

BAB II

GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT UMUM KARSA HUSADA KOTA BATU

2.1 Sejarah Rumah Sakit

Pada tahun 1912 sampai tahun 1945 merupakan awal berdirinya Rumah Sakit Umum Karsa Husada Kota Batu yang bernama Rumah Sakit Paru Batu. Tahun 1945 Rumah Sakit Paru diserahkan sepenuhnya ke Republik Indonesia. Tahun 2007, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur menetapkan Rumah Sakit Paru Batu sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT). Selang waktu 2 tahun, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur menetapkan Rumah Sakit Paru Batu sebagai Badan Layanan Usaha Daerah (BLUD) dengan status Badan Layanan Usaha Daerah (BLUD) penuh.

Pada tahun 2011, Rumah Sakit Paru Batu lulus akreditasi tingkat dasar oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Selang waktu 4 tahun, Rumah Sakit Paru Batu namanya berubah menjadi Rumah Sakit Umum Karsa Husada Kota Batu. Rumah Sakit Umum Karsa Husada Kota Batu lulus akreditasi tingkat paripurna oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) pada tahun 2019. Selang waktu 1 tahun, Rumah Sakit Umum Karsa Husada Kota Batu menjadi Rumah Sakit Tipe B non pendidikan.

2.2 Visi dan Misi Rumah Sakit

2.2.1 Visi

Menjadi Rumah Sakit pilihan utama masyarakat.

2.2.2 Misi

1. Mewujudkan pelayanan kesehatan aman, ramah dan berkualitas.
2. Mewujudkan tata kelola Rumah Sakit yang professional dan akuntabel.
3. Mewujudkan Rumah Sakit Umum Karsa Husada Kota Batu sebagai Rumah Sakit Umum Tipe B Pendidikan.
4. Mewujudkan *Smart Hospital*.
5. Meningkatkan kesejahteraan karyawan berdasarkan profesionalisme dan kepuasan pelanggan.

2.3 Bentuk Rumah Sakit

Bentuk Rumah Sakit Umum Karsa Husada Kota Batu yaitu Rumah Sakit Statis. Rumah Sakit Statis merupakan Rumah Sakit yang berdiri di suatu lokasi yang bersifat permanen dalam jangka waktu lama yang menyediakan pelayanan kesehatan seperti pelayanan gawat darurat, pelayanan rawat jalan serta pelayanan rawat inap. Selain itu, Rumah Sakit Umum Karsa Husada Kota Batu juga memberikan pelayanan medik yang meliputi pelayanan medik, pelayanan non medik serta pelayanan kebidanan dan keperawatan. Rumah Sakit Umum Karsa Husada Kota Batu beroperasi selama 24 jam (Permenkes, 2020).

Standar Pelayanan Rumah Sakit Umum Karsa Husada Kota Batu meliputi:

1. Pelayanan Instalasi:
 - a. Pelayanan IGD (Instalasi Gawat Darurat).
2. Pelayanan Instalasi Rawat Jalan:
 - a. Poli Penyakit Dalam.
 - b. Poli Bedah.
 - c. Poli Obstetri.
 - d. Poli Ginekologi.
 - e. Poli Anak.
 - f. Poli Mata.
 - g. Poli THT-KL.
 - h. Poli Saraf.
 - i. Poli Jantung.
 - j. Poli Paru.
 - k. Poli Asma.
 - l. Poli TB DOTS.
 - m. Poli Orthopedi.
 - n. Poli Urologi.
 - o. Poli Bedah Plastik.
 - p. Poli Gigi Spesialis (Bedah Mulut dan Orthodonti).
 - q. Poli Umum.
 - r. Poli Gigi.
 - s. Poli Rehab Medik.

3. Pelayanan Instalasi Rawat Inap:
 - a. Ruang Rawat Inap Amaris.
 - b. Ruang Rawat Inap Seruni.
 - c. Ruang Rawat Inap Matahari.
 - d. Ruang Rawat Inap Perinatologi.
 - e. Ruang Rawat Inap Kemuning.
 - f. Ruang Rawat Inap Dahlia.
 - g. Ruang Rawat Inap Lavender.
 - h. Ruang Rawat Inap Krisan.
4. Pelayanan Khusus:
 - a. Rawat Inap:
 - NICU.
 - Unit Stroke.
 - b. Rawat Jalan:
 - Poli Geriatri.
 - Poli VCT/CST.
 - Konseling Gizi.
5. Pelayanan Instalasi Bedah Sentral.
6. Pelayanan Instalasi Anestesi dan Terapi Intensif.
7. Pelayanan Penunjang:
 - a. Pelayanan Instalasi Farmasi.
 - b. Pelayanan Instalasi Laboratorium.
 - c. Pelayanan Instalasi Radiologi.
 - d. Pelayanan Instalasi Gizi dan Jasa Boga.
 - e. Pelayanan Instalasi Rekam Medis.
 - f. Pelayanan Instalasi Hemodialisis.
 - g. Pelayanan Instalasi *Central Strile Supply Departement (CSSD)*.
 - h. Pelayanan Instalasi Sanitasi.
 - i. Pelayanan IPS RS.
 - j. Pelayanan Instalasi Pemulasaran Jenazah.
8. Pelayanan Covid-19.
 - a. Laboratorium.

- b. Ruang Isolasi Khusus.
 - c. Pelayanan Instalasi Pemulasaran Jenazah Covid-19.
9. Sarana, Prasarana dan/atau fasilitas:
- a. Sarana Pelayanan Pasien.
 - b. Sarana Pelayanan Pemeriksaan Penunjang.
 - c. Sarana Pelayanan Administrasi.
 - d. Sarana Perkantoran.
 - e. Sarana Warung atau Kantin
 - f. Fasilitas Ibadah.
 - g. Sarana Parkir.

2.4 Akreditasi Rumah Sakit

Rumah Sakit Umum Karsa Husada Kota Batu telah terakreditasi Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) Tingkat Paripurna Tipe B Non Pendidikan. Penilaian akreditasi yang diterima oleh Rumah Sakit Umum Karsa Husada Kota Batu berdasarkan pelayanan dan tenaga kerja. Akreditasi Rumah Sakit bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien (*patient safety*) dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Karsa Husada Kota Batu.

2.5 Formularium

Formularium merupakan data obat yang selalu direvisi dan memuat informasi penting tentang sediaan obat. Komite Farmasi dan Terapi (KFT) menyusun Formularium setiap 2 tahun sekali. Tujuan dari formularium yaitu meningkatkan efektivitas terapi dalam memberikan pelayanan kesehatan sehingga penggunaan obat menjadi efektif dan efisien. Formularium Nasional digunakan sebagai pedoman Formularium Rumah Sakit. Formularium Rumah Sakit digunakan oleh Dokter sebagai penulis resep, Apoteker serta Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) yang memberikan pelayanan kefarmasian. Revisi Formularium Rumah Sakit dilakukan berdasarkan kebutuhan dan peraturan Rumah Sakit dengan memperhatikan beberapa aspek yaitu: efektivitas obat, biaya, indikasi serta risiko (Permenkes, 2016).

Berikut ini merupakan tahap – tahap menyusun Formularium Rumah Sakit berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Tahun 2020:

1. Kelompok Staf Medik (KSM) mengusulkan obat berdasarkan Panduan Praktik Klinis (PPK).
2. Kelompok Staf Medik (KSM) membuat daftar usulan obat berdasarkan peraturan pelayanan medik dan pedoman terapi.
3. Menggolongkan obat berdasarkan golongan obat.
4. Komite Farmasi dan Terapi (KFT) akan mendiskusikan usulan obat tersebut dalam rapat dan berkoordinasi dengan para ahli jika dibutuhkan.
5. Komite Farmasi dan Terapi (KFT) akan menyampaikan hasil rapat ke Staf Medik Fungsional (SMF).
6. Staf Medik Fungsional (SMF) membahas obat yang efektif dan efisien dengan harga yang terjangkau.
7. Komite Farmasi dan Terapi (KFT) akan mengusulkan daftar obat yang masuk ke dalam Formularium Rumah Sakit.
8. Komite Farmasi dan Terapi (KFT) akan mengusulkan kebijakan dalam menggunakan obat.
9. Direktur Rumah Sakit akan menetapkan Formularium Rumah Sakit.

10. Komite Farmasi dan Terapi (KFT) memberikan edukasi tentang Formularium Rumah Sakit kepada Tenaga Kesehatan.
11. Komite Farmasi dan Terapi (KFT) akan mengevaluasi dan memonitoring Formularium Rumah Sakit.

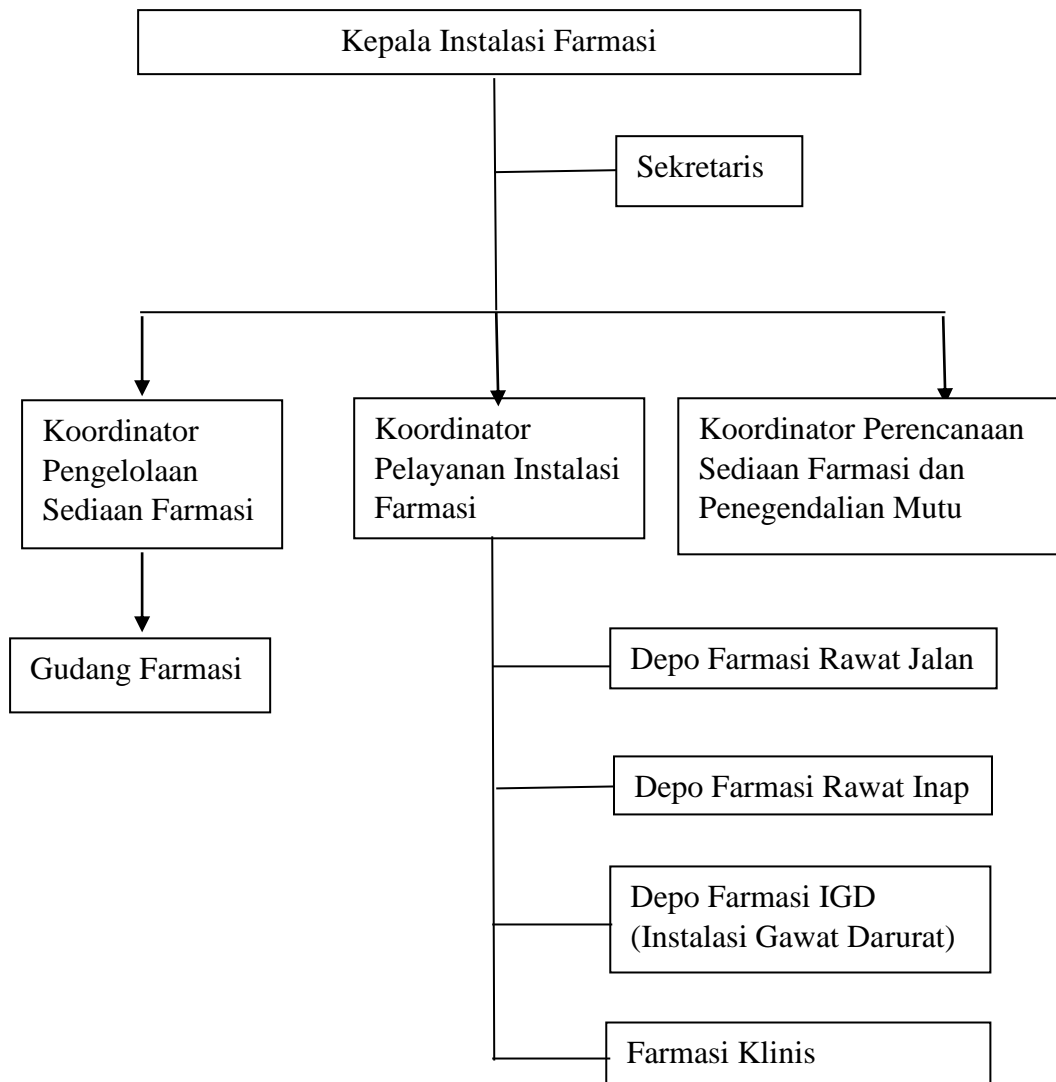
Kriteria obat yang masuk dalam Formularium Rumah Sakit:

- a. Menggunakan obat generik sebagai prioritas.
- b. Perbandingan manfaat – risiko (*benefit – risk ratio*) lebih menguntungkan pasien.
- c. Menjamin kualitas yang meliputi bioavailabilitas dan stabilitas.
- d. Penyimpanan dan pendistribusian lebih praktis.
- e. Penggunaan obat dan pendistribusian lebih praktis.
- f. Meningkatkan kepatuhan pasien.
- g. Berdasarkan biaya langsung dan biaya tidak langsung, perbandingan manfaat – risiko (*benefit – risk ratio*) yang lebih tinggi.
- h. Obat lain yang dibutuhkan dengan harga terjangkau dan terbukti memberikan efektivitas terapi secara teoritis (*evidence based medicines*).

2.6 Instalasi Farmasi Rumah Sakit

Instalasi Farmasi Rumah Sakit adalah instalasi yang memberikan pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit. Tugas Instalasi Farmasi Rumah Sakit yaitu mengelolah perbekalan farmasi dan sediaan farmasi. Perbekalan dan sediaan farmasi yaitu: Obat, Alat Kesehatan serta Bahan Medis Habis Pakai (BMHP). Selain itu juga, Instalasi Farmasi Rumah Sakit bertanggung jawab terhadap pelayanan kefarmasian dengan mengutamakan kepentingan pasien (Rusly, 2016).

2.6.1 Struktur Organisasi Instalasi Farmasi



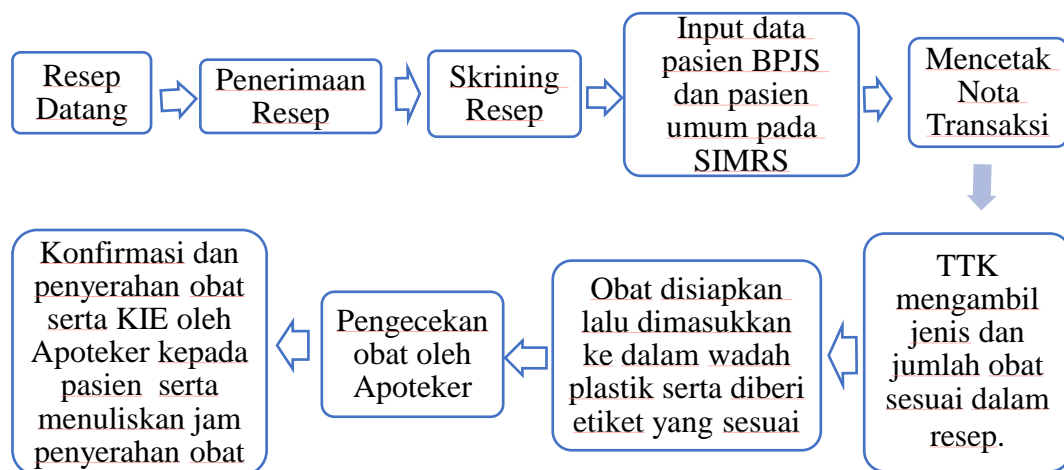
Gambar 2.1. Struktur Organisasi Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Karsa Husada Kota Batu

Berdasarkan Gambar 2.2, Struktur Organisasi Instalasi Farmasi di Rumah Sakit Umum Karsa Husada Kota Batu. Instalasi Farmasi Rumah Sakit dipimpin oleh Kepala Instalasi Farmasi yang bertugas sebagai penanggung jawab Instalasi Farmasi Rumah Sakit yang meliputi perencanaan, monitoring, mengkoordinasi, mengevaluasi serta pencatatan dan pelaporan. Sekretaris bertugas membantu Kepala Instalasi Farmasi. Koordinator bertugas untuk melakukan koordinasi sesuai dengan *jobdesk* masing – masing.

2.6.2 Depo Farmasi IGD (Instalasi Gawat Darurat)

Pelayanan Depo Farmasi IGD (Instalasi Gawat Darurat) difokuskan untuk memberikan pelayanan terhadap pasien dalam kondisi gawat agar pasien mendapat pelayanan yang lebih cepat. Peran farmasi pada Depo Farmasi IGD (Instalasi Gawat Darurat) yaitu memberikan pelayanan kepada pasien dengan menyerahkan obat sehingga obat tepat indikasi, rute, dosis serta waktu pemberian obat sehingga dapat meminimalkan risiko efek samping dan mencapai target terapi. Depo Farmasi IGD (Instalasi Gawat Darurat) beroperasi selama 24 jam.

2.6.2.1 Alur Pelayanan Depo Farmasi IGD (Instalasi Gawat Darurat)

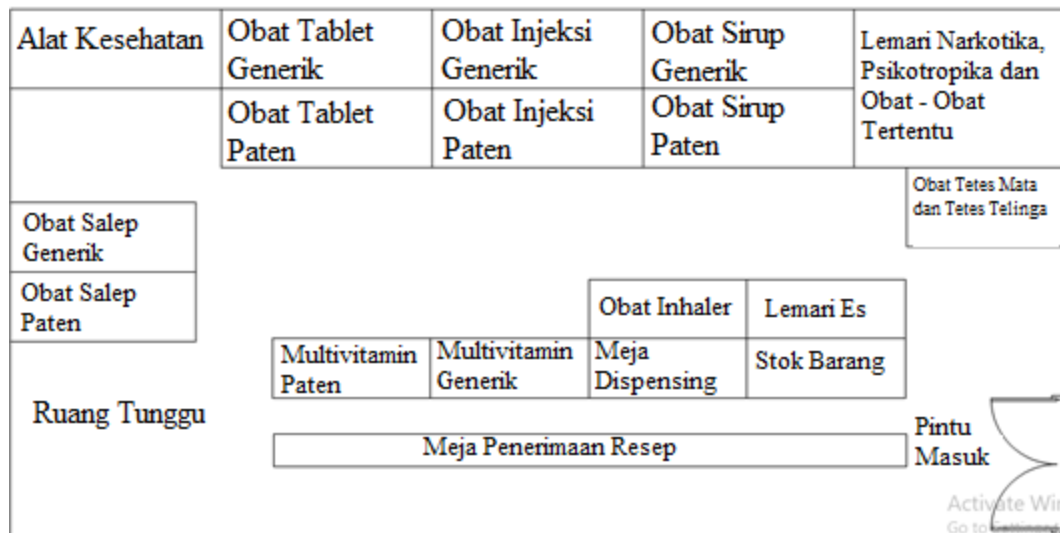


Gambar 2.2. Alur Pelayanan Depo Farmasi IGD (Instalasi Gawat Darurat)

Berdasarkan Gambar 2.3, alur pelayanan Depo Farmasi IGD (Instalasi Gawat Darurat) adalah sebagai berikut. Dimulai ketika resep datang, lalu resep dilakukan skrining administrasi, skrining farmasetis, dan skrining klinis. Skrining administrasi meliputi nama pasien, jenis kelamin, berat badan, usia, alamat, nama Dokter, nomor Surat Izin Praktik (SIP) Dokter, paraf Dokter serta tanggal penulisan resep. Skrining farmasetis meliputi nama obat, jumlah, dosis serta aturan penggunaan obat. Skrining klinis meliputi ketepatan indikasi, dosis, aturan pakai, interaksi obat serta kontraindikasi. Kemudian resep akan diinput kedalam aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) untuk membedakan antara pasien BPJS Kesehatan dengan pasien umum. Untuk pasien BPJS Kesehatan, dilakukan verifikasi nomor rekam medis dan kartu pengambilan obat.

Sedangkan untuk pasien umum, dilakukan transaksi menggunakan aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) untuk mencetak nota transaksi serta dilakukan pembayaran dikasir. Kemudian, obat disiapkan dan ditulis etiketnya oleh Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK). Apoteker melakukan pengecekan obat minimal 2 indikator (nama pasien dan alamat pasien) dan menyerahkan obat kepada pasien dengan memanggil nama pasien serta mengkonfirmasi ulang kebenaran pasien. Terakhir, Apoteker melakukan KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) dan menuliskan jam penyerahan obat.

2.6.2.2 Denah Depo Farmasi IGD (Instalasi Gawat Darurat)



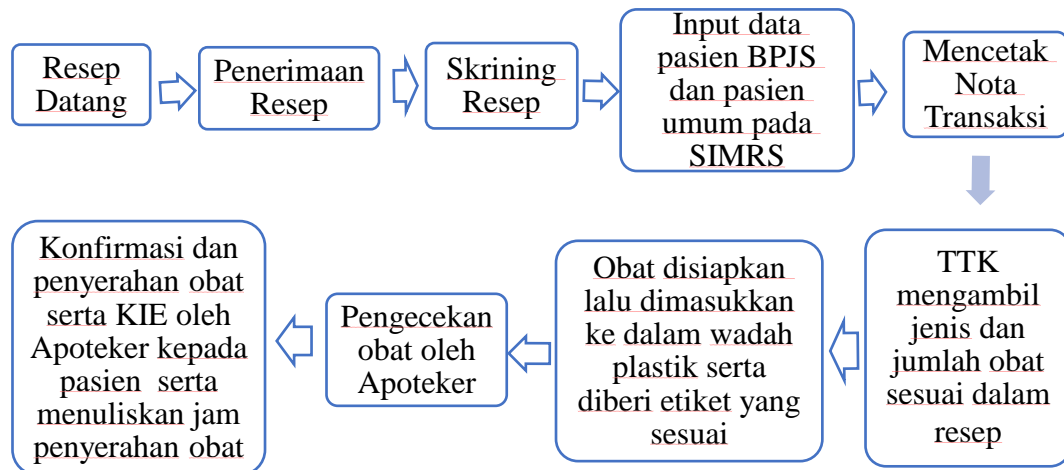
Gambar 2.3. Denah Depo Farmasi IGD (Instalasi Gawat Darurat)

Penataan obat di Depo Farmasi IGD (Instalasi Gawat Darurat) berdasarkan abjad dan bentuk sediaan obat seperti injeksi, topikal, tablet serta larutan infus. Pada setiap tempat penyimpanan terdapat obat *Look Alike Sound Alike* (LASA) dan obat *high alert*. Obat *high alert* diberi label merah pada rak penyimpanan sedangkan obat *Look Alike Sound Alike* (LASA) diberi label hijau pada rak penyimpanan. Penataan secara acak dilakukan untuk meningkatkan kewaspadaan dan meminimalisir kesalahan dalam mengambil obat. Lemari berpintu ganda yang berisi Narkotika dan Psikotropika serta Elektrolit Pekat diberi label “HARUS DIENCERKAN”. Sedangkan penyimpanan Alat Kesehatan disimpan pada rak yang berbeda.

2.6.3 Depo Farmasi Rawat Jalan

Pelayanan Depo Farmasi Rawat Jalan difokuskan untuk memberikan pelayanan terhadap pasien Rawat Jalan. Peran farmasi pada Depo Farmasi Rawat Jalan yaitu memberikan pelayanan kefarmasian kepada pasien Poli Klinik yang ada di Rumah Sakit.

2.6.3.1 Alur Pelayanan Depo Farmasi Rawat Jalan

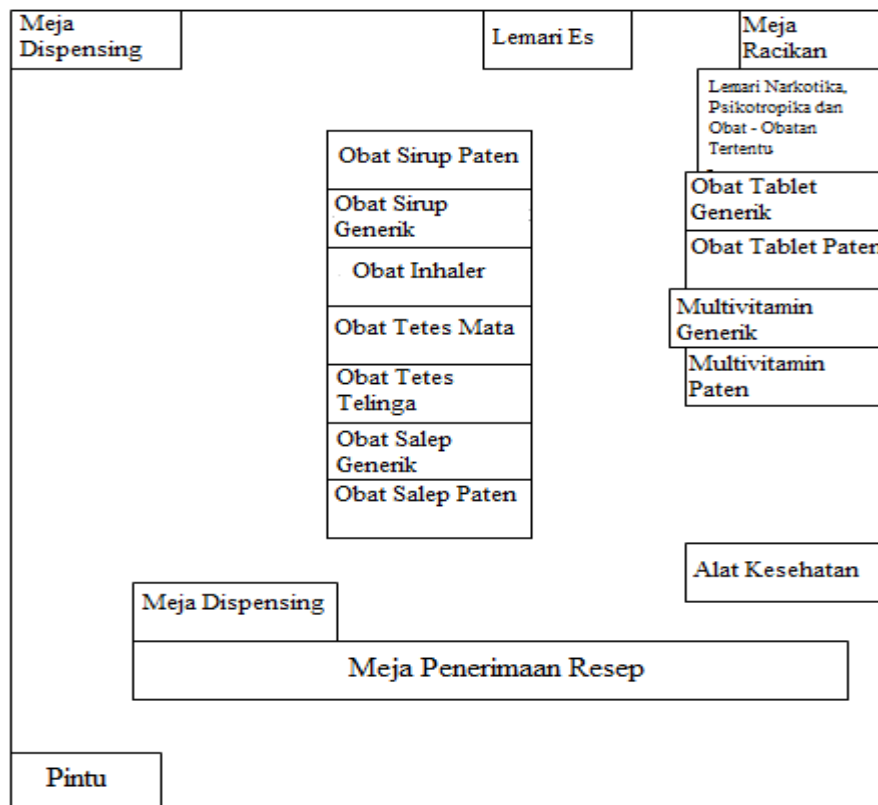


Gambar 2.4. Alur Pelayanan Depo Farmasi Rawat Jalan

Berdasarkan Gambar 2.4, alur pelayanan pada Depo Farmasi Rawat Jalan adalah sebagai berikut. Dimulai ketika resep datang yang dibawa keluarga pasien atau Perawat diterima oleh Apoteker, lalu resep akan dilakukan skrining administrasi, skrining farmasetis, dan skrining klinis. Skrining administrasi meliputi nama pasien, jenis kelamin, umur, berat badan, alamat, nama Dokter, nomor Surat Izin Praktik (SIP) Dokter, tanggal penulisan resep serta paraf Dokter. Skrining farmasetis meliputi nama obat, jumlah, dosis serta aturan penggunaan obat. Skrining klinis meliputi ketepatan dosis, ketepatan indikasi, kontraindikasi, interaksi obat serta ketepatan waktu penggunaan obat. Kemudian resep akan diinput kedalam aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) untuk membedakan antara pasien BPJS Kesehatan dengan pasien umum. Untuk pasien BPJS Kesehatan dilakukan verifikasi nomor rekam medis dan kartu pengambilan obat. Sedangkan untuk pasien umum, dilakukan transaksi menggunakan aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) untuk mencetak nota transaksi serta dilakukan pembayaran dikasir. Kemudian, obat

disiapkan dan ditulis etiketnya oleh Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK). Apoteker melakukan pengecekan obat minimal 2 indikator (nama pasien dan alamat pasien) dan menyerahkan obat kepada pasien dengan memanggil nama pasien serta mengkonfirmasi ulang kebenaran pasien. Terakhir, Apoteker melakukan KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) dan menuliskan jam penyerahan obat.

2.6.3.2 Denah Depo Farmasi Rawat Jalan



Gambar 2.5. Denah Depo Farmasi Rawat Jalan

Penataan obat di Depo Farmasi Rawat Jalan berdasarkan abjad dan bentuk sediaan obat seperti injeksi, topikal, tablet, Alat Kesehatan serta larutan infus. Obat *high alert* diberi label merah pada rak penyimpanan sedangkan obat *Look Alike Sound Alike* (LASA) diberi label hijau pada rak penyimpanan. Penataan secara acak dilakukan untuk meningkatkan kewaspadaan dan mencegah terjadinya kesalahan dalam mengambil obat. Penyimpanan ditata berdasarkan sistem *First In First Out* (FIFO) dan sistem *First Expired First Out* (FEFO) serta penempatannya tidak berdekatan antara obat dengan bahan aktif sama namun kekuatan sediaan berbeda. Lemari berpintu ganda yang berisi Narkotika dan Psikotropika serta

Elektrolit Pekat diberi label “HARUS DIENCERKAN”. Sedangkan penyimpanan Alat Kesehatan disimpan pada rak yang berbeda. Meja dispensing obat racikan berbeda dengan meja dispensing non racikan. Meja dispensing obat non racikan berada dekat rak obat sedangkan meja dispensing obat racikan jadi satu dengan meja racikan.

2.6.3.3 Penggunaan Obat *High Alert Medication*

Obat *high alert medication* adalah obat yang perlu pengawasan karena memicu terjadinya Reaksi Obat yang Tidak Dikehendaki (ROTD) dan kesalahan dalam memberikan obat. Penggunaan obat *high alert medication* di Rumah Sakit Umum Karsa Husada Kota Batu yaitu dengan melakukan pemisahan obat berdasarkan bentuk sediaan yang bertujuan untuk meminimalisir kesalahan dalam memberikan obat. Golongan obat *high alert medication* adalah sebagai berikut:

1. Obat dengan tampilan sama dan terdengar sama (*Look Alike Sound Alike/LASA* atau Nama Obat Rupa Ucapan Mirip/NORUM).
2. Obat Sitostatika.
3. Elektrolit dengan konsentrasi tinggi contohnya magnesium sulfat 50%, natrium klorida lebih dari 0,9%, kalium fosfat serta kalium klorida 2 meq/ml (Permenkes, 2016).

2.6.3.4 Pengkajian Resep

Pengkajian resep diawali ketika pasien datang membawa resep, resep diinput ke dalam aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) serta melakukan pengecekan persyaratan administrasi, persyaratan farmasetis dan persyaratan klinis bagi pasien rawat jalan dan rawat inap. Tujuan pengkajian resep yaitu untuk mencegah terjadinya kesalahan pencantuman informasi dan penulisan resep yang tidak tepat.

Persyaratan administrasi meliputi:

1. Nama pasien, jenis kelamin, umur, berat badan serta alamat pasien.
2. Nama Dokter, nomor Surat Izin Praktik Dokter (SIP), paraf Dokter serta alamat tempat praktik Dokter.
3. Poli atau Ruangan asal resep.

4. Tanggal penulisan resep.

Persyaratan farmasetik meliputi:

1. Kekuatan sediaan dan bentuk sediaan.
2. Jumlah obat dan dosis obat.
3. Stok obat dan stabilitas.
4. Cara, aturan serta teknik penggunaan.

Persyaratan klinis meliputi:

1. Tepat indikasi, rute, dosis serta waktu penggunaan obat.
2. Duplikasi pengobatan.
3. Reaksi Obat yang Tidak Dikenhendaki (ROTD) dan alergi.
4. Kontraindikasi.
5. Interaksi Obat.

2.6.3.5 Pelayanan Resep Racikan

Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) melakukan peracikan obat dengan waktu maksimal 60 menit. Obat racikan adalah obat yang dicampur dengan beberapa macam atau jenis obat agar menjadi sediaan homogen berupa puyer, kapsul, salep maupun sirup. Sebelum melakukan peracikan obat, resep diskriming terlebih dahulu oleh Apoteker untuk mengetahui apakah resep sudah sesuai atau tidak, melihat bentuk sediaan, dosis, jumlah obat yang dibutuhkan serta dilakukan perhitungan jumlah dari setiap obat yang akan diracik. Lalu, menyiapkan Alat Pelindung Diri (APD), peralatan dan bahan yang dibutuhkan seperti mortir, stamper dan lain - lain. Obat yang sudah diracik, dimasukkan ke dalam kemasan obat racikan dan plastik serta ditulis etiketnya oleh Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK). Apoteker melakukan pengecekan minimal 2 indikator (nama pasien dan alamat pasien) dan menyerahkan obat kepada pasien dengan memanggil nama pasien serta mengkonfirmasi ulang kebenaran pasien. Terakhir, Apoteker melakukan KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) dan menuliskan jam penyerahan obat.

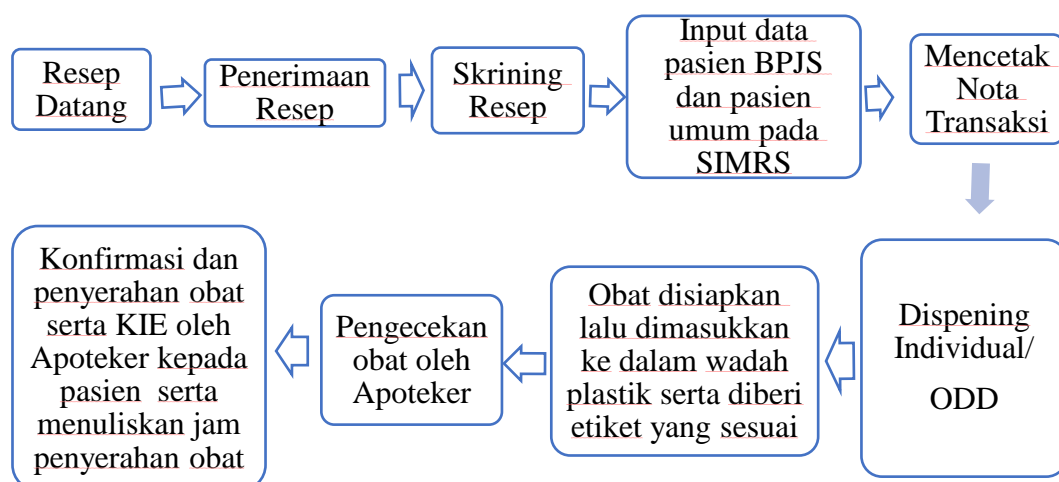
2.6.3.6 Pelayanan Resep Non Racikan

Obat non racikan adalah obat dalam sediaan tunggal dan pemberiannya tidak mengubah bentuk sediaan asal. Pelayanan resep non racikan membutuhkan waktu maksimal 30 menit. Pelayanan resep non racikan dimulai dengan menulis etiket. Selanjutnya, Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) mengambil jumlah obat dan jenis obat dalam resep. Obat yang sudah disiapkan dimasukkan ke dalam plastik dan ditulis etiketnya oleh Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK). Apoteker melakukan pengecekan minimal 2 indikator (nama pasien dan alamat pasien) dan menyerahkan obat kepada pasien dengan memanggil nama pasien serta mengkonfirmasi ulang kebenaran pasien. Terakhir, Apoteker melakukan KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) dan menuliskan jam penyerahan obat.

2.6.4 Depo Farmasi Rawat Inap

Pelayanan Depo Farmasi Rawat Inap difokuskan untuk memberikan pelayanan terhadap pasien Rawat Inap. Peran farmasi pada Depo Farmasi Rawat Inap yaitu memberikan obat kepada pasien dengan menyerahkan obat agar obat tepat indikasi, rute, dosis, waktu pemberian obat sehingga dapat meminimalkan risiko efek samping serta mencapai target terapi. Depo Farmasi Rawat Inap beroperasi selama 24 jam.

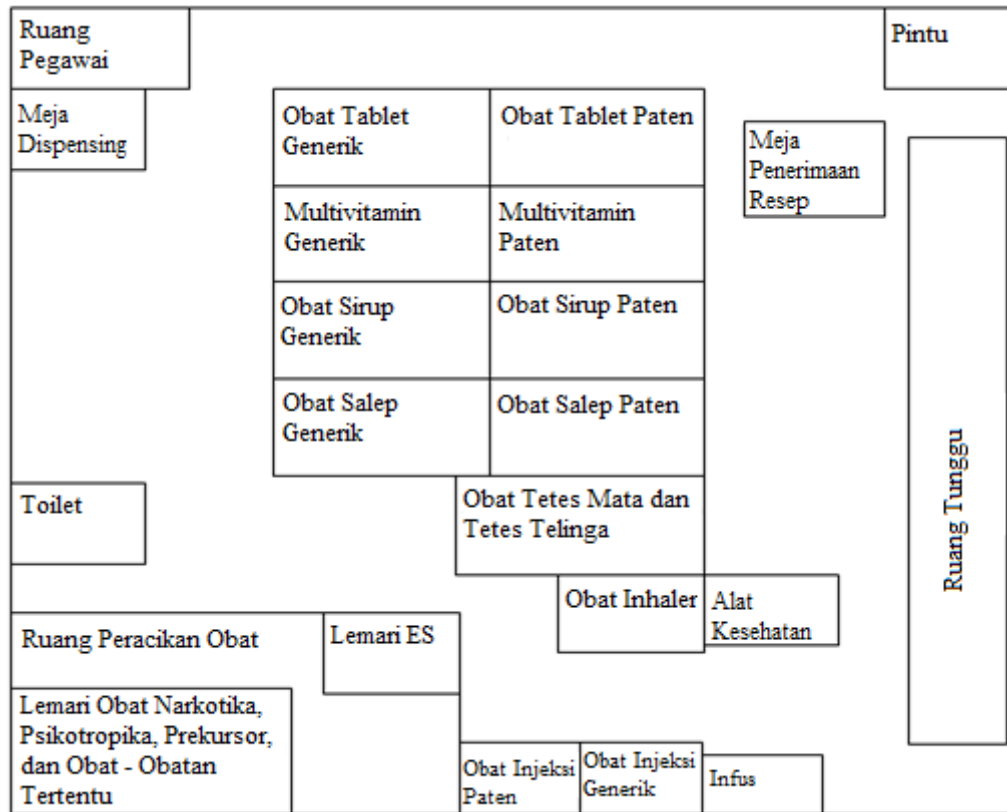
2.6.4.1 Alur Pelayanan Depo Farmasi Rawat Inap



Gambar 2.6. Alur Pelayanan Depo Farmasi Rawat Inap

Berdasarkan Gambar 2.6, alur pelayanan pada Depo Farmasi Rawat Inap adalah sebagai berikut. Dimulai ketika resep datang yang dibawa keluarga pasien atau Perawat diterima oleh Apoteker, lalu resep dilakukan skrining administrasi, skrining farmasetis, dan skrining klinis. Skrining administrasi meliputi nama pasien, jenis kelamin, berat badan, usia, alamat, nama Dokter, nomor Surat Izin Praktik (SIP) Dokter, paraf Dokter serta tanggal penulisan resep. Skrining farmasetis meliputi nama obat, jumlah, dosis serta aturan penggunaan obat. Skrining klinis meliputi indikasi, dosis, aturan pakai, kontraindikasi serta interaksi obat. Kemudian resep akan diinput kedalam aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) untuk membedakan antara pasien BPJS Kesehatan dengan pasien umum. Untuk pasien BPJS Kesehatan dilakukan verifikasi nomor rekam medis dan kartu pengambilan obat. Sedangkan untuk pasien umum, dilakukan transaksi menggunakan aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) untuk mencetak nota transaksi serta dilakukan pembayaran dikasir. Khusus pasien yang masih dirawat di Rumah Sakit, obat disiapkan secara *Unit Dose Dispensing* (UDD) dan *One Dose Dispensing* (ODD). Lalu, obat disiapkan dan ditulis etiketnya oleh TTK (Tenaga Teknis Kefarmasian). Apoteker melakukan pengecekan obat minimal 2 indikator (nama pasien dan alamat pasien) menyerahkan obat ke Perawat atau keluarga pasien dengan memanggil nama pasien dan mengkonfirmasi ulang kebenaran pasien. Terakhir, Apoteker melakukan KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) dan menuliskan jam penyerahan obat.

2.6.4.2 Denah Depo Farmasi Rawat Inap



Gambar 2.7. Denah Depo Farmasi Rawat Inap

Penataan obat di Depo Farmasi Rawat Inap berdasarkan abjad dan bentuk sediaan obat seperti tablet, injeksi, topikal, Alat Kesehatan serta larutan infus. Selain itu, penataan obat ditata berdasarkan sistem *First In First Out* (FIFO) dan sistem *First Expired First Out* (FEFO) serta penempatannya tidak berdekatan antara obat dengan bahan aktif sama namun kekuatan sediaan berbeda.

2.6.4.3 Penggunaan Obat *High Alert Medication*

Obat *high alert* diberi label merah pada rak penyimpanan dan obat *Look Alike Sound Alike* (LASA) diberi label hijau pada rak penyimpanan. Penataan dilakukan secara acak untuk meningkatkan kewaspadaan dan mencegah terjadinya kesalahan pengambilan obat. Penggunaan lemari berpintu ganda untuk Narkotika dan Psikotropika serta Elektrolit Pekat diberi label “HARUS DIENCERKAN”. Sedangkan penyimpanan Alat Kesehatan disimpan pada rak yang berbeda.

2.6.4.4 Resep Tidak Terbaca

Depo Farmasi IGD (Instalasi Gawat Darurat), Depo Farmasi Rawat Jalan, Depo Farmasi Rawat Inap menerima resep Dokter dengan tulisan yang tidak dapat dibaca, maka perlu dikonfirmasi untuk meminimalisir kesalahan dalam skrining resep serta memberikan obat sesuai resep. Lalu, Apoteker Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) menghubungi Dokter atau Perawat dengan mengkonfirmasi nama pasien atau penulisan obat pada rekam medis pasien. Mencatat hasil konfirmasi pada resep beserta nama petugas dan waktu konfirmasi. Resep yang sudah dikonfirmasi dan dapat dibaca langsung disiapkan sesuai prosedur pelayanan resep. Sedangkan resep yang tidak dapat dibaca dan belum dikonfirmasi maka ditunda pelayanannya. Kemudian menghubungi pasien untuk memberikan informasi terkait penundaan pelayanan resep. Melakukan serah terima informasi penundaan pelayanan resep kepada Apoteker atau Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) yang bertugas pada *shift* berikutnya apabila resep tidak terbaca dan belum dikonfirmasi. Mencatat bukti serah terima informasi pada buku serah terima. Apoteker atau Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) mengkonfirmasi kepada Dokter dan menghubungi Perawat atau menghubungi pasien untuk mengambil obat yang tertunda pelayanannya. Penundaan pelayanan resep maksimal 1 x 24 jam.

2.6.4.5 Penggantian Obat pada Resep Dokter

Penggantian obat dengan resep Dokter dilakukan karena terjadi kekosongan obat di Instalasi Farmasi Rumah Sakit atau Pedagang Besar Farmasi (PBF), obat belum tersedia di Rumah Sakit atau tidak termasuk dalam formularium. Dalam mengganti obat dengan resep Dokter, Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) melihat stok obat di Instalasi Farmasi dan Gudang Farmasi. Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) akan menginformasikan kepada Dokter penulis resep apabila terdapat kekosongan stok atau tidak sesuai dengan formularium. Selanjutnya, Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) akan memberikan alternatif pengganti obat dengan obat sejenis (merk berbeda dengan bahan aktif sama atau obat lain dalam satu golongan terapi) yang terdaftar dalam formularium dan stok tersedia di Instalasi Farmasi. Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) akan

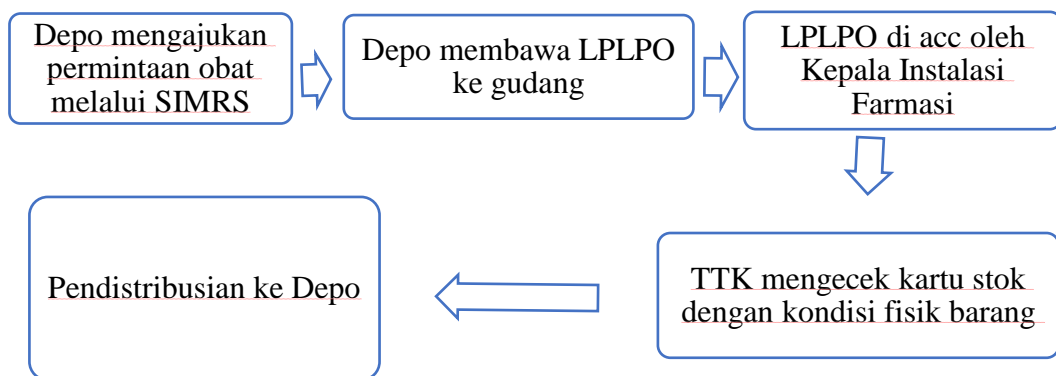
nenulis perubahan nama obat, jumlah, dosis, bentuk sediaan, waktu konfirmasi pada resep dan paraf Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) untuk obat yang sudah disetujui penggantinya. Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) akan membuat *copy* resep apabila Dokter penulis resep tidak bersedia mengganti obat karena pertimbangan tertentu. Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) memberikan *copy* resep kepada pasien disertai dengan informasi dan penjelasan yang mudah dipahami.

2.6.5 Gudang Farmasi

Gudang farmasi merupakan tempat penyimpanan obat dan pendistribusian obat ke Depo Farmasi IGD (Instalasi Gawat Darurat), Depo Farmasi Rawat Jalan serta Depo Farmasi Rawat Inap. Gudang Farmasi juga harus memperhatikan beberapa faktor yaitu:

1. Akses yang mudah.
2. Sirkulasi udara yang baik.
3. Tempat penyimpanan (rak) dan palet plastik.
4. Tempat penyimpanan khusus (Lemari Obat Narkotika, Psikotropika dan Obat – Obat Tertentu).

2.6.5.1 Alur Pelayanan Gudang Farmasi

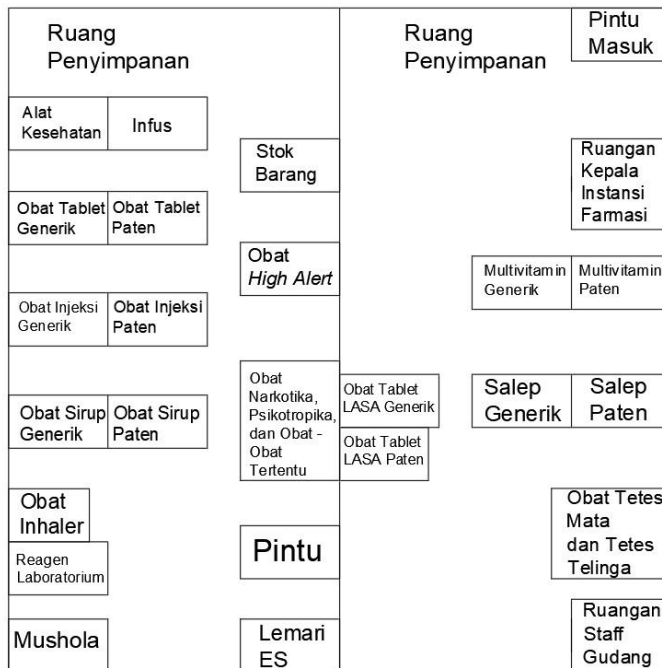


Gambar 2.8. Alur Pelayanan Gudang Farmasi

Berdasarkan Gambar 2.8 alur pelayanan pada Gudang Farmasi adalah sebagai berikut. Dimulai dari Depo pelayanan mengajukan permintaan obat melalui aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS). Lalu, Depo membawa Laporan Permintaan dan Laporan Penggunaan Obat (LPLPO) ke

Gudang Farmasi. Kemudian pihak Gudang Farmasi menyerahkan Laporan Permintaan dan Laporan Penggunaan Obat (LPLPO) ke Kepala Instalasi Farmasi untuk divalidasi. Setelah divalidasi oleh Kepala Instalasi Farmasi, pihak Gudang akan mengecek kartu stok dengan kondisi fisik barang apakah sudah sesuai atau tidak. Terakhir, obat siap didistribusikan ke Depo pelayanan.

2.6.5.2 Denah Gudang Farmasi



Gambar 2.9. Denah Gudang Farmasi

2.6.6 Pengelolaan Sediaan Farmasi

Pengelolaan sediaan farmasi merupakan kegiatan yang dimulai dari pemilihan, perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pemusnahan, pengendalian, serta pencatatan dan pelaporan dengan tujuan yaitu:

1. Mengelola sediaan farmasi sehingga menjadi efektif dan efisien.
2. Mengaplikasikan farmakoekonomi.
3. Memperdalam ilmu pengetahuan dan kompetensi atau kemampuan Apoteker atau Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK).
4. Melakukan pengendalian mutu.

2.6.6.1 Pemilihan

Pemilihan merupakan kegiatan untuk menetapkan jenis Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) berdasarkan:

- a. Formularium Rumah Sakit dan pedoman diagnosa atau standar pengobatan serta penatalaksanaan terapi.
- b. Standar Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) yang telah ditetapkan.
- c. Pola penyakit.
- d. Efektivitas dan keamanan.
- e. Pengobatan berbasis bukti.
- f. Mutu.
- g. Harga.
- h. Ketersediaan di pasaran.

2.6.6.2 Perencanaan

Perencanaan merupakan kegiatan untuk menentukan jumlah Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP). Menentukan jumlah dalam perencanaan harus berdasarkan pemilihan dengan kriteria yaitu tepat jumlah, tepat waktu, tepat jenis sehingga kegiatan perencanaan menjadi efektif dan efisien dan berjalan sesuai dengan rencana. Tujuan dari perencanaan yaitu agar tidak terjadi kekosongan obat. Ada beberapa metode perencanaan yaitu metode konsumsi, metode epidemiologi serta kombinasi metode konsumsi dan epidemiologi dengan menyesuaikan biaya yang ada (Permenkes, 2016).

Kegiatan perencanaan harus mempertimbangkan:

- a. Biaya yang ada
- b. Menetapkan prioritas.
- c. Sisa obat.
- d. Laporan Permintaan Obat dan Laporan Penggunaan Obat (LPLPO).
- e. Waktu pemesanan dan waktu pengiriman.
- f. Perkembangan rencana.

Ada beberapa tahap dalam perencanaan yaitu: metode konsumsi, metode ABC (*Always, Better, Control*), metode VEN (Vital, Esensial dan Non Esensial) serta metode epidemiologi (Rusly, 2016).

- **Metode Konsumsi**

Metode Konsumsi merupakan metode perencanaan berdasarkan data konsumsi obat setiap tahun. Kelebihan metode konsumsi yaitu: data lebih akurat dan tidak memerlukan data penyakit. Kekurangan metode konsumsi yaitu tidak bisa digunakan sebagai rujukan dasar penggunaan obat.

- **Metode ABC (*Always, Better, Control*)**

Metode ABC (*Always, Better, Control*) merupakan metode untuk menentukan jumlah obat yang direncanakan berdasarkan prioritas dan biaya. Metode ABC (*Always, Better, Control*) yang dibagi menjadi 3 kelompok yaitu:

1. Kelompok A: Obat yang menggunakan biaya 70% dengan jumlah obat tidak lebih dari 20%. Kelompok A merupakan obat vital yang sangat dibutuhkan dan perlu dimonitoring.
2. Kelompok B: Obat yang menggunakan biaya 20% dengan jumlah obat sekitar 10% – 80%. Kelompok B merupakan obat yang tidak terlalu kritis, namun laporan penggunaan obat dan sisa stok harus dilaporkan sehingga memudahkan untuk mengontrol obat.
3. Kelompok C: Obat yang menggunakan biaya 10% dengan jumlah obat sekitar 10% - 15%. Obat yang masuk ke dalam kelompok C merupakan obat yang harganya murah dan jumlah pemakaiannya sedikit.

- **Metode VEN (Vital, Esensial dan Non Esensial)**

Metode VEN (Vital, Esensial dan Non Esensial) merupakan metode perencanaan berdasarkan tingkat keparahan pasien yang memerlukan obat dengan reaksi yang sangat cepat. Metode VEN (Vital, Esensial dan Non Esensial) dibagi menjadi 3 kelompok yaitu:

1. Kelompok Vital: Obat utama untuk menyelamatkan jiwa pada saat pasien kritis. Obat vital memiliki kriteria yaitu jumlah obat sedikit tetapi harus ada karena dikhawatirkan obat tidak digunakan. Contoh obat vital yaitu obat jantung, Insulin serta Antitoksin.
2. Kelompok Esensial: Obat yang terbukti menyembuhkan penyakit untuk pasien baik rawat inap dan rawat jalan dengan kriteria stoknya harus banyak. Contoh obat esensial yaitu antibiotik, obat lambung, Kortikosteroid serta Paracetamol.
3. Kelompok Non Esensial: Obat penunjang untuk mendukung terapi utama. Contoh obat non esensial yaitu vitamin dan suplemen.

- **Metode Epidemiologi**

Metode Epidemiologi merupakan metode yang digunakan untuk merencanakan kebutuhan obat berdasarkan kasus penyakit, waktu tunggu pasien (*lead time*) serta jumlah pasien. Contohnya obatnya yaitu obat COVID-19 (*Coronavirus Disease - 19*).

Rumah Sakit Umum Karsa Husada Kota Batu melakukan Perencanaan dimulai dengan menyusun Rencana Belanja Anggaran (RBA) yang dibuat untuk satu tahun kedepan, namun tidak dibelanjakan sekaligus karena tempat yang belum mencukupi. Pembelian dilakukan setiap 2 minggu sekali yaitu: diminggu pertama dan ketiga untuk kebutuhan selama 1 bulan. Jika pengorderan minggu pertama terdapat obat yang tidak dapat terrealisasikan, maka dapat diorder kembali pada minggu kedua.

2.6.6.3 Pengadaan

Pengadaan merupakan kegiatan untuk merealisasikan kebutuhan. Pengadaan yang baik harus memastikan kualitas, jumlah, ketersediaan serta harga yang terjangkau sehingga pengadaan menjadi efektif dan efisien. Selain itu, pengadaan berhubungan dengan jumlah barang yang dibutuhkan, pemilihan barang, pemilihan distributor atau Pedagang Besar Farmasi (PBF), penyesuaian kebutuhan dengan biaya, pengawasan proses pengadaan barang, spesifikasi barang serta biaya pengadaan (Permenkes, 2016).

Pengadaan obat dilakukan sesuai dengan Formularium Nasional bagi pasien BPJS Kesehatan dan Formularium Rumah Sakit bagi pasien umum. Bagian Pengadaan Barang melakukan pengorderan barang dengan menerbitkan Surat Pesanan (SP) yang dikirimkan ke Pedagang Besar Farmasi (PBF). Metode pemesanan barang yang digunakan oleh Rumah Sakit Umum Karsa Husada Kota Batu menggunakan metode E – Katalog dan non E – Katalog.

Metode E – Katalog memiliki kelebihan dan kekurangan sebagai berikut:

- Harga lebih murah.
- Waktu pemesanan lama.
- Proses pemesanan membutuhkan waktu 2 – 3 hari.
- Penyedia diberi waktu pengiriman sampai 21 hari sebelum hangus.
- Untuk menyiasati agar tidak lama.

Metode non E – Katalog memiliki kelebihan dan kekurangan sebagai berikut:

- Harga yang bervariasi.
- Waktu pemesanan lebih cepat.
- Penyedia diberi waktu pengiriman 4 hari sampai dengan 1 minggu.

Faktor yang mempengaruhi keterlambatan obat adalah sebagai berikut:

1. Stok obat kosong.
2. Jumlah obat terbatas.
3. Belum melakukan pembayaran sehingga tidak dilakukan pengiriman.

Ada beberapa hal yang diperhatikan dalam pengadaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) yaitu:

- a. Bahan baku obat harus disertai Sertifikat Analisa.
- b. Bahan berbahaya disertai dengan dokumen *Material Safety Data Sheet* (MDDS).
- c. Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) harus mempunyai Nomor Izin Edar.
- d. Masa kadaluarsa (*expired date*) minimal 2 tahun kecuali untuk Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) tertentu (vaksin, reagensia dan lain - lain) atau pada kondisi tertentu sehingga dapat dipertanggung jawabkan.

2.6.6.4 Penerimaan

Penerimaan merupakan kegiatan memastikan jumlah, jenis, spesifikasi, kualitas, waktu penyerahan serta harga yang tercantum dalam Surat Pesanan (SP) atau kontrak dengan kondisi fisik barang yang diterima. Semua dokumen yang berhubungan dengan penerimaan harus disimpan dengan baik. Ketika Pedagang Besar Farmasi (PBF) mengirimkan barang, wajib melampirkan Surat Pesanan (SP) beserta faktur barang. Barang yang diterima di Gudang Farmasi akan dicek terlebih dahulu oleh Bagian Penerimaan Barang. Pengecekan yang dilakukan meliputi kesesuaian Surat Pesanan (SP) dengan faktur, kesesuaian faktur dengan barang, kesesuaian faktur dengan kondisi fisik barang, masa kadaluarsa harus lebih dari 1 tahun, barang tidak rusak atau pecah serta jumlah barang tidak kurang dan tidak lebih (Permenkes, 2016).

2.6.6.5 Penyimpanan

Bagian penyimpanan bertanggung jawab untuk mengontrol suhu, pengecekan kartu stok, mengontrol stabilitas seperti penyimpanan infus yang harus disimpan dibawah palet plastik, melakukan pemeriksaan kadaluarsa serta mengecek ketersediaan stok. Penyimpanan dilakukan menurut golongan obat, jenis sediaan, bentuk sediaan, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP). Selain itu, penyimpanan ditata dan diatur menurut abjad, *First In First Out* (FIFO) serta *First Expired First Out* (FEFO). Penyimpanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) yang penamaan dan tampilannya sama yaitu *Look Alike Sound Alike* (LASA) atau Nama Obat Rupa Ucapan Mirip (NORUM) tidak diletakkan berdekatan dengan diberi label atau tanda khusus untuk menimalisir kesalahan pengambilan obat. Staff Gudang Farmasi wajib mengisi kartu stok dengan menulis jumlah barang yang masuk dan keluar (Permenkes, 2016).

Gudang Farmasi memiliki SPO (Standar Prosedur Operasional) tersendiri dalam melakukan penyimpanan obat *high alert*. Adapun prosedur yang dilakukan oleh Gudang Farmasi adalah sebagai berikut:

1. Simpan *High Alert Medication* didalam lemari atau tas yang mempunyai kunci.
2. Beri label yang jelas pada semua tempat penyimpanan.
3. Jika *High Alert Medication* harus disimpan di ruangan perawatan pasien, beri label peringatan *High Alert Medication*.
4. Beri label.
5. Beri label pada masing – masing item obat dengan ketentuan:
 - a. Elektrolit konsentrat diberi label warna orange.
 - b. Insulin diberi label warna kuning.
 - c. Nama Obat Rupa Ucapan Mirip (NORUM) atau *Look Alike Sound Alike* (LASA) diberi label warna hijau.

Gudang Farmasi memiliki SPO (Standar Prosedur Operasional) tersendiri dalam melakukan penyimpanan obat Narkotika, Psikotropika dan Prekursor. Adapun prosedur yang dilakukan oleh Gudang Farmasi adalah sebagai berikut:

1. Pisahkan obat yang tergolong Narkotika, Psikotropika dan Prekursor.
2. Obat Narkotika, Psikotropika dan Prekursor disimpan dalam lemari khusus yang mempunyai kunci ganda.
3. Penataan Narkotika, Psikotropika dan Prekursor dipisahkan berdasarkan bentuk sediaan.
4. Penyimpanan obat Narkotika, Psikotropika dan Prekursor dilakukan secara alfabetis dan *First Expired First Out* (FEFO).
5. Obat Narkotika, Psikotropika dan Prekursor yang keluar harus berdasarkan resep yang ditulis dan ditandatangani oleh Dokter.
6. Setiap obat Narkotika, Psikotropika dan Prekursor yang keluar harus segera ditulis di kartu stok.
7. Kunci lemari Narkotika, Psikotropika dan Prekursor dibawa Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) yang dikuasakan.

Selain itu juga, Gudang Farmasi memiliki SPO (Standar Prosedur Operasional) tersendiri dalam melakukan pemantauan suhu lemari pendingin obat. Adapun prosedur yang dilakukan oleh Gudang Farmasi adalah sebagai berikut:

1. Pastikan dekat lemari pendingin telah tersedia formulir Pemantauan Suhu Lemari Pendingin Obat.
2. Lakukan pengamatan suhu lemari pendingin dengan melihat monitor thermometer pada shift pagi jam 07.00, siang jam 14.00 serta malam hari jam 21.00. Suhu normal lemari pendingin obat dalam rentang 2 – 8 °C.
3. Bubuhkan titik pada kolom suhu, waktu, dan tanggal yang sesuai.
4. Tulis inisial nama dan paraf pada kolom setiap hari setelah melakukan pemantauan suhu ruangan.
5. Lakukan identifikasi penyebab ketidak sesuaian suhu jika suhu berada di luar rentang suhu normal dan lakukan upaya perbaikan (misalnya, periksa apakah sensor suhu rendah berada di dalam lemari pendingin, apakah setting suhu sudah optimal).
6. Lakukan pada Bagian Pemeliharaan Sarana jika sudah dilakukan upaya perbaikan tetapi suhu tetap diluar rentang normal.
7. Untuk melihat kualitas obat, laporkan apabila terdapat suhu yang tidak sesuai ke Kepala Instalasi Farmasi untuk tindak lanjut penanganan obat yang ada di lemari pendingin obat.

2.6.6.6 Distribusi

Distribusi merupakan kegiatan menyerahkan atau menyalurkan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) dari Gudang Farmasi ke Depo pelayanan hingga sampai ke pasien dengan memastikan kualitas, jumlah, jenis serta stabilitas. Selain itu, distribusi mempertimbangkan efisiensi waktu dengan tujuan untuk memberikan kemudahan sehingga meningkatkan efisiensi sistem distribusi yang ada. Rumah Sakit melaksanakan pendistribusian perlu pengawasan dan mengendalikan stok yang ada di Gudang Farmasi (Permenkes, 2016).

Bagian Ditribusi bertanggung jawab terhadap pendistribusian obat dan Alat Kesehatan ke Depo Farmasi IGD (Instalasi Gawat Darurat), Depo Farmasi Rawat Jalan, Depo Farmasi Rawat Inap. Permintaan barang oleh setiap Depo melalui aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dengan menginput nama barang dan jumlah barang yang dibutuhkan. Kemudian Gudang Farmasi mendapatkan notifikasi permintaan, Staff Gudang melakukan pengecekan stok dan merilis jumlah stok yang dikeluarkan. Terakhir, dilakukan penyiapan barang dan didistribusi disertai dengan lampiran *printout* pengeluaran barang.

Sistem distribusi di Depo Pelayanan dilakukan dengan cara:

a. Sistem Persediaan Lengkap di Ruangan (*floor stock*)

- 1) Pendistribusian Sediaan Farmasi, Alat kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) untuk di Ruang Rawat Inap diatur oleh Instalasi Farmasi Rumah Sakit.
- 2) Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) yang disimpan dalam Ruang Rawat Inap sesuai dengan jumlah dan jenis yang dibutuhkan.
- 3) Saat tutup atau diatas jam kerja dan tidak ada Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK), maka pendistribusiannya diserahkan kepada penganggung jawab ruangan.
- 4) Melakukan serah terima kembali pengelolaan obat *floor stock* kepada petugas Farmasi penanggung jawab ruangan.
- 5) Apoteker memberikan informasi, peringatan dan adanya interaksi obat.

b. Sistem Resep Perorangan

Pendistribusian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) berdasarkan resep perorangan pada pasien rawat jalan dan rawat inap melalui Instalasi Farmasi Rumah Sakit.

c. Sistem Unit Dosis

Pendistribusian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) berdasarkan resep perorangan menggunakan unit dosis tunggal atau ganda sekali pakai penggunaan per pasien. Sistem unit dosis digunakan untuk pasien rawat inap. Sistem distribusi *Unit Dose Dispensing* (UDD)

direkomendasikan bagi pasien rawat inap dengan tujuan untuk meminimalisir tingkat kesalahan pemberian obat.

d. Sistem Kombinasi

Sistem pendistribusian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) pada pasien rawat inap dengan perpaduan Sistem Persediaan Lengkap di Ruangan (*floor stock*) + Sistem Resep Perorangan, Sistem Resep Perorangan (*floor stock*) + Sistem Unit Dosis serta Sistem Persediaan Lengkap di Ruangan (*floor stock*) + Sistem Unit Dosis.

2.6.6.7 Pemusnahan

Tanggung jawab lain dari Gudang Farmasi adalah pemusnahan. Prosedur pemusnahan diawali dengan melakukan perhitungan stok pada setiap Depo dan Gudang Farmasi. Stok obat dibagi menjadi dua yaitu stok BPJS Kesehatan dan stok non BPJS Kesehatan. Staff Gudang mendata dan mencatat obat yang kadaluarsa atau rusak yang meliputi nama obat, jumlah, masa kadaluarsa serta keterangan (kadaluarsa atau rusak). Kemudian, obat disimpan dalam kardus penyimpanan dan diberi label atau tulisan “Obat Kadaluarsa/Rusak Jangan Digunakan” berdasarkan tanggal, bulan serta tahun kadaluarsa terdekat. Kardus obat yang kadaluarsa disimpan secara terpisah dengan kardus obat yang akan didistribusikan ke Depo Farmasi (Permenkes, 2016).

Berdasarkan laporan tersebut, Gudang Farmasi melakukan seleksi jenis obat yang dapat diretur dan obat yang tidak dapat diretur. Barang yang dapat diretur dan dikembalikan ke Pedagang Besar Farmasi (PBF) sesuai peraturan Pedagang Besar Farmasi (PBF) masing-masing. Sedangkan untuk barang yang tidak dapat diretur disimpan hingga waktu pemusnahan. Apoteker atau Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) akan melaporkan daftar obat yang siap dimusnahkan kepada Kepala Instalasi Farmasi. Selanjutnya, Kepala Instalasi Farmasi berdiskusi dengan Tim Pemusnahan Barang Rumah Sakit terkait daftar obat yang siap dimusnahkan, menyiapkan berita acara pemusnahan dan waktu pelaksanaan pemusnahan. Pemusnahan dilakukan oleh Tim Pemusnahan Barang Rumah Sakit dan Staff Instalasi Farmasi dengan cara dibakar di Incenerator (alat pembakaran) atau ditanam serta disaksikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Syarat pemusnahan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) jika:

- a. Obat tidak lulus uji kualitas atau persyaratan mutu.
- b. Kadaluarsa.
- c. Tidak memenuhi syarat untuk dipergunakan dalam pelayanan kesehatan atau kepentingan akademis.
- d. Pencabutan izin edar.

Tahapan pemusnahan terdiri dari:

- a. Membuat daftar Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) yang akan dimusnahkan.
- b. Membuat Berita Acara Pemusnahan.
- c. Mengatur waktu pelaksanaan, cara serta lokasi pemusnahan.
- d. Menyelenggarakan tempat pemusnahan.
- e. Melakukan pemusnahan disesuaikan dengan jenis dan bentuk sediaan serta peraturan yang berlaku.

2.6.6.8 Pengendalian

Pengendalian merupakan kegiatan yang mengatur dan mengontrol jumlah stok dan jenis Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP). Instalasi Farmasi Rumah Sakit bekerja sama dengan Komite Farmasi dan Terapi (KFT) berperan dalam melakukan pengendalian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) di Rumah Sakit (Permenkes, 2016).

Ada beberapa tujuan pengendalian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) yaitu:

- a. Menggunakan obat sesuai dengan Formularium Rumah Sakit.
- b. Menggunakan obat sesuai dengan diagnosa dan penatalaksanaan terapi.
- c. Memonitoring stok obat agar terhindar dari kekosongan atau kekurangan, kadaluarsa, kelebihan, pengembalian pesanan, kehilangan serta kerusakan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP).

Ada beberapa langkah – langkah yang dilakukan untuk mengendalikan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) yaitu:

- a. Melaksanakan monitoring dan mengevaluasi stok yang jarang digunakan (*slow moving*).
- b. Melaksanakan monitoring dan mengevaluasi stok yang tidak digunakan dalam waktu tiga bulan berturut – turut (*death stock*).
- c. Melaksanakan monitoring dan mengevaluasi stok opname secara berkala.

2.6.6.9 Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dan pelaporan merupakan kegiatan dalam pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP). Pencatatan dan pelaporan harus dilaporkan dan divalidasi oleh Kepala Instalasi Farmasi Rumah Sakit. Pencatatan dan pelaporan dibuat oleh Instalasi Farmasi Rumah Sakit dalam waktu tertentu (laporan setiap bulan, laporan setiap 3 bulan, laporan setiap 6 bulan, laporan tahunan). Selain itu, pencatatan dan pelaporan yang dibuat oleh Instalasi Farmasi Rumah Sakit berdasarkan peraturan yang dibuat Rumah Sakit (Permenkes, 2016).

Tujuan pencatatan yaitu:

- a. Sebagai syarat Kementerian Kesehatan atau Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM).
- b. Dasar akreditasi Rumah Sakit.
- c. Dasar audit Rumah Sakit.
- d. Dokumentasi Instalasi Farmasi Rumah Sakit.

Tujuan pelaporan yaitu:

- a. Koordinasi antara tingkat pengelolah.
- b. Mempersiapkan laporan tahunan yang berisi tentang kegiatan di Instalasi Farmasi; dan
- c. Laporan Tahunan.

2.6.7 Supervisi

Supervisi merupakan kegiatan Apoteker atau Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) ke Ruang Rawat Inap untuk mengontrol pengelolaan perbekalan farmasi. Tujuan supervisi yaitu untuk menjamin keamanan dan ketersediaan perbekalan farmasi di Ruang Rawat Inap. Supervisi dilakukan Apoteker atau Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) setiap satu minggu sekali pada hari kerja. Parameter supervisi meliputi penyimpanan obat, identifikasi atau labelisasi, kelayakan obat rekonstitusi, pembuangan sisa obat serta pendistribusian obat. Setelah melakukan supervisi, Apoteker atau Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) mencatat hasil supervisi di lembar supervisi. Lembar supervisi ditandatangani oleh Apoteker atau Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) dan Kepala Ruang Rawat Inap. Hasil supervisi diserahkan kepada Kepala Instalasi Farmasi untuk dilaporkan dalam laporan bulanan.

2.7 Instalasi *Central Sterile Supply Department* (CSSD)

Instalasi *Central Sterile Supply Department* (CSSD) adalah instalasi yang berperan dalam menyediakan Alat Kesehatan yang bersih dan steril serta meminimalkan risiko penyakit infeksi di Rumah Sakit. Tujuan *Central Sterile Supply Department* (CSSD) yaitu membantu instalasi yang membutuhkan Alat Kesehatan yang steril untuk meminimalisir risiko timbulnya penyakit infeksi, mencegah kasus penyakit infeksi, mengendalikan kasus penyakit infeksi, mencegah kasus infeksi nosokomial serta memaksimalkan peran Tenaga Kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien (Rusly, 2018).

2.7.1 Tugas Instalasi CSSD (*Central Sterile Supply Department*)

Tanggung jawab CSSD (*Central Sterile Supply Department*) tergantung dari proses sterilisasi, struktur organisasi Rumah Sakit serta kapasitas Rumah Sakit. Tugas utama *Central Sterile Supply Department* (CSSD) adalah:

1. Melaksanakan atau melakukan proses sterilisasi Alat Kesehatan/bahan.
2. Menyalurkan Alat Kesehatan yang sudah steril ke kamar operasi, ruang perawatan lainnya.
3. Mempertahankan standart yang telah ditentukan.

4. Mendokumentasikan setiap kegiatan sterilisasi.
5. Mengadakan penelitian untuk mengetahui dampak yang dihasilkan dengan tujuan untuk pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial.
6. Mengedukasi pemahaman sterilisasi berhubungan dengan CSSD (*Central Sterile Supply Development*).
7. Mengadakan pelatihan untuk meningkatkan ilmu pengetahuan petugas Instalasi Sterilisasi.
8. Menganalisa dan mengevaluasi hasil sterilisasi (Rusly, 2018).

2.7.2 Alur Pelayanan *Central Sterile Supply Departement* (CSSD)

Pelayanan *Central Sterile Supply Departement* (CSSD) dimulai dari seleksi/pencatatan alat oleh petugas. Lalu, alat yang akan disterilkan direndam terlebih dahulu, dicuci, dikeringkan dan dikemas serta diberi label. Alat tersebut dicek kemasannya diberi indikator luar dan dalam serta tanggal sterilisasi dan siap untuk disterilisasi. Dilakukan sterilisasi dengan uap air panas dengan suhu 121°C selama 30 menit. Kemudian diberi kertas kontrol indikator yang meliputi daftar alat, tanggal sterilisasi serta unit atau ruang. Alat dinyatakan steril apabila terjadi perubahan warna pada indikator luar maupun dalam dari terang menjadi garis hitam (Rusly, 2018).

Penyimpanan alat steril dilakukan untuk alat yang sudah disterilkan oleh petugas Instalasi *Central Sterile Supply Departement* (CSSD). Penataan alat harus digelar tidak boleh ditumpuk. Tempat penyimpanan di ruang Instalasi CSSD tersendiri (terpisah dari ruang operasional). Ruangan ditutup rapat, suhu ruangan 18-22°C dan kelembapan 35-75%. Pengambilan alat di Instalasi *Central Sterile Supply Departement* (CSSD) dalam kondisi bersih dan layak pakai dengan membawa Surat Permintaan Steril. Selanjutnya, mengisi blangko penyerahan alat disertai buku penyerahan alat. Sedangkan untuk pelayanan *cito*, harus menyerahkan pada Instalasi *Central Sterile Supply Departement* (CSSD) kurang lebih 2 jam dalam kondisi alat sudah bersih dan siap pakai. Alat yang sudah steril harus diambil oleh ruangan/poli maksimal selama 2 hari. Apabila belum diambil dalam waktu tersebut, maka petugas *Central Sterile Supply Departement* (CSSD) melakukan sterilisasi ulang (Rusly, 2018).

Sterilisasi bahan logam dimulai dengan melakukan dekontaminasi, pembersihan, pengeringan oleh unit kegiatan. Instrumen non steril diterima dari instalasi atau unit yang mengirimkan dan diperiksa kelengkapannya sesuai dengan Surat Pengantar Barang yang terlampir pada setiap alat. Selanjutnya diberi kode dan nama asal alat/bahan serta diberi kertas indikator pada bagian alat/bahan yang akan disterilkan. Setelah semuanya siap, alat atau bahan instrument tersebut dimasukkan pada alat sterilisasi dan diatur sedemikian rupa baik posisi dan letaknya agar proses sterilisasi bisa merata dan sempurna.

2.8 Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) merupakan strategi dalam mengatasi penyakit infeksi agar pasien, Tenaga Kesehatan serta masyarakat umum tidak tertular saat berada di Rumah Sakit, Apotek, Puskesmas serta Praktik Mandiri. Salah satu acara resmi yaitu *Asian Pasific Economic Comitte (APEC)* atau *Global Health Security Agenda (GHSA)*, Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) merupakan topik yang sering didiskusikan. Selain itu, *Health Care Associated Infection (HAIs)* mendeskripsikan penyakit infeksi menimbulkan dampak langsung yang mempengaruhi keuangan negara dalam mencegah penyakit infeksi. Terjadinya penyakit infeksi dapat diatasi jika taat dan patuh serta menerapkan program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (PPI) (Permenkes, 2017).

Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Pertama yang dilakukan adalah memahami konsep dasar penyakit dan mengambil kebijakan. Untuk itu, perlu dilakukan penyusunan pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan tujuan untuk mencegah penularan atau penyebaran penyakit infeksi, meningkatkan keselamatan pasien (*patient safety*), meningkatkan efisiensi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

2.8.1 Tujuan dan Sasaran

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di Rumah Sakit Umum Karsa Husada Kota Batu dilakukan dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan sehingga melindungi pasien, Tenaga Kesehatan serta masyarakat dari penyakit infeksi yang berhubungan dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Sasaran Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan disusun dan digunakan oleh seluruh Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

2.8.2 Ruang Lingkup

Ruang lingkup program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Infeksi (PPI) meliputi pengawasan atau kewaspadaan isolasi, penerapan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan. Adapun langkah – langkah yang dilakukan untuk mencegah terjadinya penyakit infeksi yaitu mengedukasi penggunaan Antimikroba yang teratur. Selain itu perlu dilakukan monitoring melalui *Infection Control Risk Assesment (ICRA)* dan monitoring lainnya secara berkala. Untuk mendukung dan melaksanakan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) baik di Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Praktik Mandiri wajib mengaplikasikan atau penerapan seluruh program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). Sedangkan untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya, mengaplikasikan atau penerapan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) disesuaikan dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tersebut (Permenkes, 2017).

2.8.3 Konsep Dasar Penyakit Infeksi

Berdasarkan sumber infeksi, infeksi berasal dari masyarakat atau komunitas (*Community Acquired Infection*) dan dari Rumah Sakit. Penyakit infeksi yang ditemukan di Rumah Sakit selama pasien dirawat disebut Infeksi Nosokomial (*Hospital Acquired Infection*). Sekarang disebut Infeksi Terkait Layanan Kesehatan (*Health Care Associated Infections*). Pengertian *Health Care Associated Infections* secara luas yaitu kejadian infeksi tidak hanya berasal dari Rumah Sakit, tetapi juga berasal dari Fasilitas Kesehatan lainnya. Infeksi tidak

terbatas terjadi pada pasien, Tenaga Kesehatan serta pengunjung yang tertular saat berada di Rumah Sakit (Permenkes, 2017).

Untuk mengetahui dan memastikan adanya infeksi yang terjadi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan menurut *Health Care Associated Infection* (HaIs) ada beberapa hal yang perlu dipahami yaitu pengertian infeksi, infeksi yang berhubungan dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan, rantai infeksi serta faktor risikonya. Untuk itu, perlu langkah – langkah dalam merencanakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).

1. Infeksi adalah kondisi yang disebabkan oleh patogen dengan atau tanpa gejala.

Infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan menurut *Health Care Associated Infection* (HAIs) yaitu pasien yang mengalami infeksi selama dirawat di Rumah Sakit. Ketika masuk Rumah Sakit, pasien tersebut tidak mengalami infeksi dan infeksi yang tidak mengalami inkubasi. Selain itu, munculnya infeksi terjadi setelah pasien pulang dari Rumah Sakit yang disebabkan oleh pekerjaan Tenaga Kesehatan selama memberikan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.

2. Rantai Infeksi (*chain of infection*) merupakan siklus yang menyebabkan terjadinya infeksi. Untuk perlu dilakukan tindakan pengendalian dan pencegahan infeksi secara efektif dan efisien serta mengetahui adanya rantai infeksi. Mata rantai infeksi yang ditemukan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dapat dihilangkan atau diputus sehingga penularan infeksi dapat dicegah dan tidak menyebar atau menyebabkan infeksi yang lebih parah. Terdapat beberapa rantai penularan infeksi yaitu:

a. Agen infeksi (*infectious agent*) merupakan mikroorganisme penyebab infeksi. Infeksi pada manusia berupa virus, bakteri, jamur serta parasit. Terdapat beberapa faktor terjadinya infeksi yaitu: patogenitas, virulensi serta jumlah. Jika terdiagnosa atau ditemukan adanya infeksi melalui pemeriksaan laboratorium mikrobiologi, maka semakin cepat tindakan pengendalian, pencegahan serta pengobatan yang dilakukan dalam menangani infeksi.

- b. *Reservoir* merupakan tempat atau sumber infeksi yang hidup, tumbuh serta berkembang biak. Infeksi ditularkan ke manusia, hewan, tumbuhan, Alat Kesehatan, air, tanah, lingkungan serta bahan – bahan organik lainnya. Selain itu, sumber infeksi ditemukan pada orang sehat, vagina, saluran pencernaan, saluran pernapasan serta permukaan kulit.
- c. Jalan keluar infeksi merupakan tempat keluarnya infeksi melalui kelamin atau kulit, saluran kemih, saluran pencernaan serta saluran pernapasan.
- d. Cara Penularan merupakan cara penyebaran mikroorganisme dari tempat infeksi. Terdapat beberapa cara penularan yaitu: *airborne*, *droplet*, *airbone*, kontak langsung, kontak tidak langsung, makanan, minuman, darah, serangga serta hewan pengerat.
- e. Jalan masuk infeksi merupakan tempat masuknya infeksi melalui kelamin atau kulit, saluran kemih, saluran pencernaan serta saluran pernapasan.