

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Rumah sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Oleh karena itu rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat (Kemenkes RI, 2008).

Rumah Sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Rowland & Rowland dalam buku *Hospital Administration Handbook* (1984) menyampaikan bahwa rumah sakit adalah salah satu

sistem kesehatan yang paling kompleks dan paling efektif didunia. Departemen RI juga menyebutkan bahwa rumah sakit merupakan pusat pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan medik dasar dan dan medik spesialistik, pelayanan penunjang medik, pelayanan instalasi dan perawatan baik inap maupun rawat jalan (Septirahmawati,2006).

WHO menyatakan bahwa rumah sakit adalah institusi yang merupakan bagian integral dari organisasi kesehatan dan organisasi sosial, berfungsi menyediakan pelayanan kesehatan lengkap, baik kuratif maupun preventif bagi pasien rawat jalan dan rawat inap, kegiatan pelayanan medis serta perawatan. Institusi pelayanan ini juga merupakan latihan personil dan riset (Rijadi, 1997).

2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Undang-Undang Republik Indoneisa Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, menyatakan bahwa tugas rumah sakit adalah suatu instansi pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk menjalankan tugas tersebut, rumah sakit mempunyai fungsi, yaitu :

- a. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan.
- b. Penyelenggaraan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia untuk meningkatkan kemampuan dalam pemberian kesehatan.

- d. Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan teknologi di bidang kesehatan dalam rangka untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Roemer and Friedman dalam buku *Doctors in Hospital* (1971) menyatakan bahwa rumah sakit setidaknya punya lima fungsi, yaitu :

- a. Harus ada pelayanan rawat inap dengan fasilitas diagnostik dan terapeutiknya. Berbagai jenis spesialisasi, baik bedah maupun non bedah harus tersedia. Pelayanan rawat inap ini juga meliputi pelayanan keperawatan, gizi, farmasi, laboratorium, radiologi, dan berbagai pelayanan diagnostik serta terapeutik lainnya.
- b. Rumah sakit harus memiliki pelayanan rawat jalan.
- c. Rumah sakit punya tugas untuk melakukan pendidikan dan latihan.
- d. Rumah sakit perlu melakukan penelitian di bidang kedokteran kesehatan, karena keberadaan pasien di rumah sakit merupakan modal dasar untuk penelitian.
- e. Rumah sakit juga punya tanggung jawab untuk program pencegahan penyakit dan penyuluhan kesehatan bagi populasi disekitarnya.

2.1.3 Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 56 Tahun 2014 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit menyatakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengklasifikasian rumah sakit,

yaitu pelayanan, sumber daya manusia, peralatan, bangunan dan prasarana. Berdasarkan faktor tersebut, rumah sakit dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

a. Berdasarkan kepemilikannya

1) Rumah sakit umum pemerintah

Rumah sakit umum pemerintah adalah rumah sakit umum milik pemerintah, baik pusat maupun daerah, Departemen Pertahanan dan Keamanan, maupun Badan Usaha Milik Negara. Rumah sakit pemerintah dapat dibedakan menjadi empat kelas yaitu rumah sakit umum kelas A, B, C, dan D.

2) Rumah sakit umum swasta, terdiri atas :

a) Rumah sakit umum swasta pratama, yaitu rumah sakit umum swasta yang memberikan pelayanan medik bersifat umum, setara dengan rumah sakit pemerintah kelas D.

b) Rumah sakit umum swasta madya, yaitu rumah sakit umum swasta yang memberikan pelayanan medik bersifat umum dan spesialisik dalam 4 cabang, setara dengan rumah sakit pemerintah kelas C.

c) Rumah sakit umum swasta utama, yaitu rumah sakit umum swasta yang memberikan pelayanan medik bersifat umum, spesialisik dan subspealistik, setara dengan rumah sakit pemerintah kelas B.

b. Berdasarkan jenis pelayanan

1) Rumah sakit umum

Rumah sakit umum merupakan rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit, yaitu rumah sakit kelas A, B, C, D dan D pratama.

2) Rumah sakit khusus

Rumah sakit khusus merupakan rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya. Rumah sakit khusus terdiri dari rumah sakit khusus kelas A, B, dan C.

c. Berdasarkan bentuknya

1) Rumah sakit menetap, merupakan rumah sakit yang didirikan secara permanen untuk jangka waktu lama dengan tujuan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

2) Rumah sakit bergerak, merupakan rumah sakit yang siap guna dan bersifat sementara dalam jangka waktu tertentu dan dapat dipindahkan dalam satu lokasi ke lokasi lain. Rumah sakit bergerak dapat berbentuk bus, kapal laut, karavan, gerbong kereta api, atau kontainer.

- 3) Rumah sakit lapangan, merupakan rumah sakit yang didirikan di lokasi tertentu selama kondisi darurat dalam pelaksanaan kegiatan tertentu berpotensi bencana atau selama masa tanggap darurat bencana. Rumah sakit lapangan dapat berbentuk tenda di ruang terbuka, kontainer, atau bangunan permanen yang difungsikan sementara sebagai rumah sakit.

2.2 Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS)

2.2.1 Pengertian Instalasi Farmasi Rumah Sakit

Instalasi farmasi adalah unit pelaksana fungsional yang menyelenggarakan seluruh kegiatan pelayanan kefarmasian di rumah sakit (Kemenkes RI, 2016). Berdasarkan definisi tersebut maka instalasi farmasi rumah sakit secara umum dapat diartikan sebagai suatu departemen atau unit atau bagian di suatu rumah sakit dibawah pimpinan seorang apoteker dan dibantu oleh beberapa orang apoteker yang memenuhi persyaratan perundang-undangan yang berlaku dan bertanggung jawab atas seluruh pekerjaan serta kefarmasian, yang terdiri dari pelayanan yang mencakup perencanaan, pengadaan, produksi, penyimpanan, perbekalan kesehatan/sediaan farmasi, dispensing obat berdasarkan resep bagi penderita saat tinggal dan rawat jalan, pengendalian mutu dan pengendalian distribusi dan penggunaan seluruh perbekalan kesehatan di rumah sakit. Pelayanan farmasi klinik umum dan spesialis mencakup pelayanan langsung pada penderita dan

pelayanan klinik yang merupakan program rumah sakit secara keseluruhan (Septini, 2012).

Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) merupakan suatu divisi rumah sakit yang memiliki pengaruh besar pada perkembangan professional rumah sakit dan juga terhadap ekonomi serta biaya total rumah sakit. IFRS merupakan divisi rumah sakit yang memiliki tanggung jawab penuh atas pengelolaan dan pengendalian seluruh sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan lain yang beredar dan digunakan di rumah sakit (Siregar, 2004).

IFRS bertanggung jawab terhadap semua perbekalan farmasi dan termasuk salah satu *revenue center* rumah sakit (Rakhmisari, 2006). Besarnya omset obat dapat mencapai 50-60% dari anggaran pendapatan rumah sakit (Trisnantoro, 2005).

2.2.2 Tugas dan Fungsi Instalasi Farmasi Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit, bahwa instalasi farmasi memiliki tugas dan fungsi sebagai berikut :

a. Tugas IFRS

- 1) Menyelenggarakan, mengkoordinasikan, mengatur dan mengawasi seluruh kegiatan pelayanan kefarmasian yang optimal dan professional serta sesuai prosedur dan kode etik profesi.

- 2) Melaksanakan pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang efektif, aman, bermutu dan efisien.
 - 3) Melaksanakan pengkajian dan pemantauan penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai guna memaksimalkan terapi dan keamanan serta meminimalkan risiko.
 - 4) Melaksanakan Komunikasi, Edukasi dan Informasi (KIE) serta memberikan rekomendasi kepada dokter, perawat dan pasien.
 - 5) Berperan aktif dalam tim farmasi dan terapi.
 - 6) Melaksanakan pendidikan dan pelatihan serta pengembangan pelayanan kefarmasian.
 - 7) Memfasilitasi dan mendorong tersusunnya standar pengobatan dan formularium rumah sakit.
- b. Fungsi IFRS
- 1) Pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai
 - a) Memilih sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai kebutuhan pelayanan rumah sakit.
 - b) Merencanakan kebutuhan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai secara efektif, efisien dan optimal.
 - c) Mengadakan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai berpedoman pada perencanaan yang telah dibuat sesuai ketentuan yang berlaku.

- d) Memproduksi sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan di rumah sakit.
- e) Menerima sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan spesifikasi dan ketentuan yang berlaku.
- f) Menyimpan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan spesifikasi dan persyaratan kefarmasian.
- g) Mendistribusikan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai ke unit-unit pelayanan di rumah sakit.
- h) Melaksanakan pelayanan farmasi satu pintu.
- i) Melaksanakan pelayanan obat “*unit dose*”/dosis sehari.
- j) Melaksanakan komputerisasi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai (apabila sudah memungkinkan).
- k) Mengidentifikasi, mencegah dan mengatasi masalah yang terkait dengan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai.
- l) Melakukan pemusnahan dan penarikan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang sudah tidak dapat digunakan.

- m) Mengendalikan persediaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai.
 - n) Melakukan administrasi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai.
- 2) Pelayanan farmasi klinik
- a) Mengkaji dan melaksanakan pelayanan resep atau permintaan obat.
 - b) Melaksanakan penelusuran riwayat penggunaan obat.
 - c) Melaksanakan rekonsiliasi obat.
 - d) Memberikan informasi dan edukasi penggunaan obat baik berdasarkan resep maupun obat non resep kepada pasien/keluarga pasien.
 - e) Mengidentifikasi, mencegah dan mengatasi masalah yang terkait dengan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai.
 - f) Melaksanakan visit mandiri maupun bersama tenaga kesehatan lain.
 - g) Memberikan konseling pada pasien dan/atau keluarganya.
 - h) Melaksanakan Pemantauan Terapi Obat (PTO).
 - 1. Pemantauan efek terapi obat.
 - 2. Pemantauan efek samping obat.
 - 3. Pemantauan Kadar Obat dalam Darah (PKOD).
 - i) Melaksanakan Evaluasi Penggunaan Obat (EPO).

- j) Melaksanakan dispensing sediaan steril.
 - 1. Melakukan pencampuran obat suntik.
 - 2. Menyiapkan nutrisi parenteral.
 - 3. Melaksanakan penanganan sediaan sitotoksik.
 - 4. Melaksanakan pengemasan ulang sediaan steril yang tidak stabil.
- k) Melaksanakan Pelayanan Informasi Obat (PIO) kepada tenaga kesehatan lain, pasien/keluarga, masyarakat dan institusi di luar rumah sakit.
- l) Melaksanakan Penyuluhan Kesehatan Rumah Sakit (PKRS).

2.3 Kebijakan dan Prosedur Farmasi Rumah Sakit

Semua prosedur yang ada harus harus tertulis dan dicantumkan tanggal dikeluarkannya peralatan tersebut. Peraturan dan prosedur yang ada harus mencerminkan standar pelayanan farmasi yang muktahir sesuai dengan peraturan dan tujuan dari pelayanan farmasi itu sendiri (Kemenkes RI, 2004).

- a. Kriteria prosedur dibuat oleh kepala instalasi, panitia atau komite farmasi dan terapi serta para dokter.
- b. Obat hanya dapat diberikan setelah mendapatkan pesanan dari dokter dan apoteker menganalisa secara kefarmasian.
- c. Kebijakan dan prosedur yang tertulis menurut Kementerian Kesehatan RI, (2004) harus mencantumkan beberapa hal berikut :
 - 1. Macam obat yang dapat diberikan oleh perawat atas perintah dokter.

2. Label obat yang memadai.
3. Daftar obat yang tersedia.
4. Gabungan obat parenteral dan labelnya.
5. Pencatatan dalam rekam farmasi pasien beserta dosis obat yang diberikan.
6. Pengadaan dan penggunaan obat dirumah sakit.
7. Pelayanan perbekalan farmasi untuk pasien rawat inap, rawat jalan, karyawan dan pasien tidak mampu.
8. Pengelolaan perbekalan farmasi.
9. Pencatatan, pelaporan dan pengarsipan mengenai pemakaian obat dan efek samping obat bagi pasien rawat jalan rawat inap serta pencatatan penggunaan obat yang salah dan atau dikeluhkan pasien.
10. Pengawasan mutu pelayanan dan pengendalian perbekalan farmasi
11. Pemberian konseling atau informasi oleh apoteker kepada pasien maupun keluarga pasien dalam hal penggunaan dan penyimpanan obat serta berbagai aspek pengetahuan tentang obat demi meningkatkan derajat kepatuhan dalam penggunaan obat.
12. Pemantauan Terapi Obat (PTO) dan pengkajian penggunaan obat.
13. Apabila ada sumber daya farmasi lain disamping instalasi maka secara organisasi dibawah koordinasi instalasi farmasi.
14. Prosedur penarikan atau penghapusan obat.
15. Pengaturan persediaan pesanan.
16. Cara pembuatan obat yang baik.

17. Penyebaran informasi mengenai obat yang sesuai dengan peraturan.
 18. Pengamanan pelayanan farmasi dan penyimpanan obat harus terjamin.
 19. Peracikan, penyimpanan dan pembuangan obat-obat sitotoksik.
 20. Prosedur yang harus ditaati bila terjadi kontaminasi terhadap staf.
- d. Harus ada sistem yang mendokumentasi penggunaan obat yang salah dan atau mengatasi masalah obat.
 - e. Kebijakan dan prosedur harus konsisten terhadap pelayanan rumah sakit lainnya.

2.4 Pelayanan Kefarmasian

Pelayanan kefarmasian merupakan suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kesehatan pasien (Kemenkes RI, 2009). Sesuai PP No. 51 / 2009 tentang pekerjaan kefarmasian menjelaskan bahwa pelayanan kefarmasian adalah pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien.

Pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit adalah bagian tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan rumah sakit yang berorientasi kepada pelayanan pasien, alat kesehatan, penyediaan sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan terjangkau bagi semua lapisan masyarakat termasuk pelayanan

farmasi klinik (Kemenkes RI, 2016). Pelayanan kefarmasian merupakan suatu pelayanan yang dilakukan secara langsung serta bertanggung jawab terhadap pasien yang erat kaitannya dengan sediaan farmasi agar tercapai hasil yang pasti dalam peningkatan mutu kehidupan pasien. Standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit meliputi standar pelayanan manajerial serta pelayanan farmasi klinik. Kegiatan yang bersifat manajerial berupa pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang meliputi:

a. Pemilihan

Pemilihan merupakan kegiatan untuk menetapkan jenis sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan (Kemenkes RI, 2016).

b. Perencanaan

Kebutuhan Perencanaan kebutuhan adalah kegiatan untuk menentukan jumlah dan periode pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan hasil kegiatan pemilihan untuk menjamin terpenuhinya kriteria tepat jenis, tepat jumlah, tepat waktu dan efisien (Kemenkes RI, 2016).

c. Pengadaan

Pengadaan merupakan kegiatan yang dimaksudkan untuk merealisasikan perencanaan kebutuhan (Kemenkes RI, 2016).

d. Penerimaan

Penerimaan adalah kegiatan yang dilakukan dalam menjamin kesesuaian jenis, spesifikasi, jumlah, mutu, waktu penyerahan serta harga yang tertera dalam surat pesanan sesuai kondisi fisik yang diterima (Kemenkes RI, 2016).

e. Penyimpanan

Penyimpanan yang dilakukan harus dapat menjamin kualitas dan keamanan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan persyaratan kefarmasian (Kemenkes RI, 2016).

f. 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 (Kemenkes RI, 2016).

g. Pemusnahan dan penarikan

Pemusnahan dan penarikan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang tidak dapat digunakan harus dilaksanakan dengan cara yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku (Kemenkes RI, 2016).

h. Pengendalian

Pengendalian dilakukan terhadap jenis dan jumlah persediaan dan penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai (Kemenkes RI, 2016).

i. Administrasi

Administrasi dilakukan secara tertib serta berkesinambungan yang bertujuan memudahkan penelusuran kembali kegiatan yang sudah berlalu (Kemenkes RI, 2016).

2.5 Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal dan merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh badan layanan umum kepada masyarakat (Kemenkes RI, 2008).

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 tentang standar pelayanan minimal rumah sakit menyebutkan bahwa terdapat beberapa indikator dalam standar pelayanan di farmasi meliputi :

a. Waktu tunggu obat

1) Waktu tunggu obat jadi

Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi. Dimensi mutu waktu tunggu obat jadi yaitu efektifitas, kesinambungan pelayanan

dan efisiensi. Adapun tujuannya yaitu untuk menggambarkan kecepatan pelayanan dibagian kefarmasian. Standar pelayanan terhadap indikator waktu tunggu obat jadi < 30 menit.

2) Waktu tunggu obat racikan

Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima racikan. Tujuan adanya standar waktu tunggu obat racikan adalah untuk menggambarkan kecepatan pelayanan di bagian kefarmasian. Standar pelayanan terhadap indikator waktu tunggu obat racik yang sudah ditetapkan yaitu < 60 menit. Adapun dimensi mutu waktu tunggu obat racik yaitu efektifitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi.

b. Tidak adanya kesalahan pemberian obat

Kesalahan pemberian obat meliputi salah dalam memberikan jenis obat, salah dalam memberikan dosis, salah orang dan salah jumlah obat yang diberikan dapat berakibat fatal. Maka, adanya standar terhadap tidak adanya kesalahan dalam pemberian obat dapat membantu dan meminimalisir kejadian tersebut. Standar tidak adanya kesalahan pemberian obat yaitu 100%, sehingga dapat diartikan bahwa tidak boleh sedikitpun ada kesalahan yang terjadi pada proses pemberian obat. Adapun tujuannya yaitu untuk menggambarkan kejadian kesalahan dalam pemberian obat terhadap pasien.

c. Kepuasan pelanggan

Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi. Dimensi mutu pada indikator kepuasan pasien adalah kenyamanan. Tujuan dari adanya indikator ini yaitu untuk menggambarkan persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi yang diberikan. Adapun standar dari kepuasan pelanggan yaitu $\geq 80\%$.

d. Penulisan resep sesuai formularium

Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit. Dimensi mutu pada indikator ini yaitu efisiensi yang bertujuan untuk menggambarkan efisiensi pelayanan obat kepada pasien. Standar yang telah ditetapkan terkait dengan kesesuaian penulisan resep dengan formularium yaitu 100%.

2.6 Resep

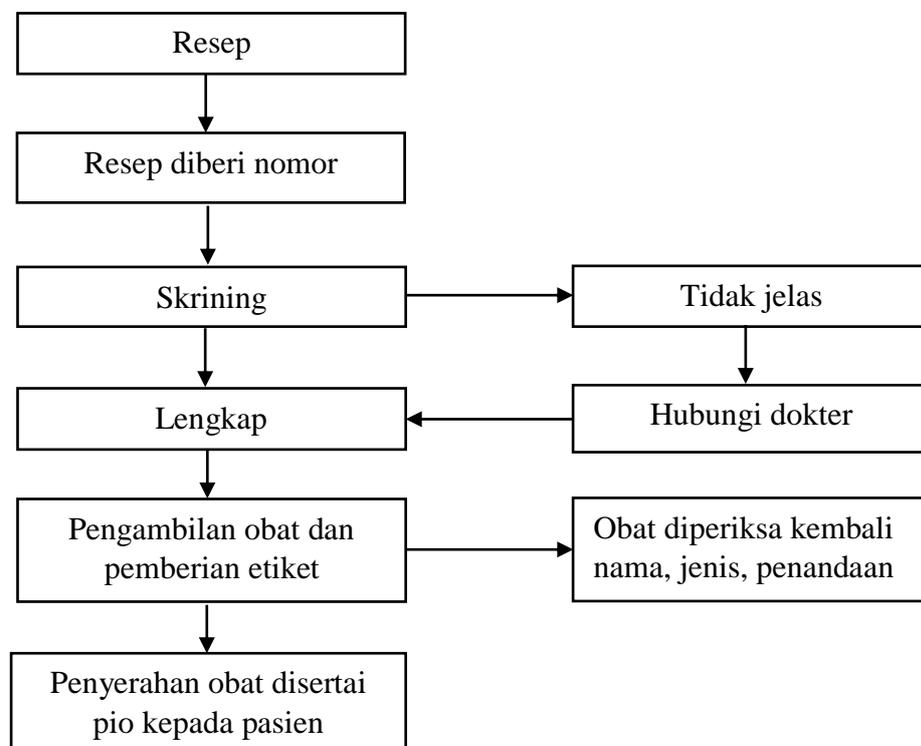
Resep adalah permintaan tertulis dari dokter, dokter gigi dan dokter hewan kepada apoteker, untuk menyediakan dan menyerahkan sediaan farmasi dan alat kesehatan bagi pasien (Kemenkes RI, 2017). Resep selalu dimulai dengan tanda R/ yang artinya *Recipe* (ambilah) yang didalamnya tertera nama dan jumlah obat. Umumnya resep tertulis dalam bahasa latin. Resep yang lengkap harus memuat :

- a. Nama, alamat dan nomor izin praktik dokter, dokter gigi dan dokter hewan.
- b. Tanggal penulisan resep, nama setiap obat atau komposisi obat.
- c. Tanda R/ pada bagian kiri setiap penulisan resep.

- d. Tanda tangan atau paraf dokter sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- e. Nama pasien / jenis hewan, umur serta alamat pasien / pemilik hewan.
- f. Tanda seru dan paraf dokter untuk resep obat dalam jumlah melebihi dosis maksimum.

2.7 Pelayanan Resep

Pelayanan resep adalah suatu pelayanan terhadap permintaan tertulis dari dokter, dokter gigi dan dokter hewan yang diberi izin berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku mulai dari penomoran, verifikasi, penulisan etiket, peracikan, pengemasan, pengecekan, sampai dengan penyerahan obat (Kemenkes RI, 2016).



Gambar 2.1 Skema Alur Pelayanan Resep

Pelayanan resep merupakan salah satu proses operasional dimana aktivitas didalamnya terdiri atas administrasi dan operasional. Apabila output dari pengelolaan aktivitas dalam operasional pelayanan resep farmasi rawat jalan memenuhi kebutuhan konsumen maka dapat memberikan dampak positif. Aktivitas utama pelayanan resep farmasi rawat jalan adalah penerimaan resep, pengelolaan resep serta peracikan. Dimana ketiga aktivitas ini dapat memakan waktu yang berbeda berdasarkan jenis resep dan jumlah item pada setiap lembar (Wijono, 1999).

Menurut Permenkes No. 72 tahun 2016, alur pelayanan resep adalah sebagai berikut :

a. *Skimming* resep

Apoteker melakukan *skimming* resep meliputi :

- 1) Administratif
 - a) Nama, umur, jenis kelamin, berat badan dan tinggi badan pasien
 - b) Nama, nomor ijin, alamat dan paraf dokter
 - c) Tanggal resep
 - d) Ruangan atau unit asal resep
- 2) Kesesuaian farmasetik
 - a) Nama obat, bentuk dan kekuatan sediaan
 - b) Dosis dan jumlah obat
 - c) Stabilitas
 - d) Aturan dan cara penggunaan
- 3) Kesesuaian klinis

- a) Ketepatan indikasi, dosis dan waktu penggunaan obat
- b) Duplikasi pengobatan
- c) Alergi dan reaksi obat yang tidak dikehendaki (RTOD)
- d) Kontraindikasi dan interaksi obat

b. Penyiapan obat

1) Peracikan

Peracikan merupakan kegiatan menyiapkan, menimbang, mencampur, mengemas dan memberikan etiket pada wadah. Pada pelaksanaan peracikan obat harus dibuat suatu prosedur tetap dengan memperlihatkan dosis, jenis dan jumlah obat serta penulisan etiket yang benar.

2) Etiket

Etiket harus jelas dan dapat dibaca

3) Kemasan yang diserahkan

Obat hendaknya dikemas dengan rapi dalam kemasan yang cocok sehingga terjaga kualitasnya.

4) Penyerahan obat

Sebelum obat diserahkan pada pasien harus dilakukan pemeriksaan akhir terhadap kesesuaian antara obat dengan resep. Penyerahan obat dilakukan oleh apoteker disertai pemberian informasi obat dan konseling pada pasien dan tenaga kesehatan.

5) Pelayanan Informasi Obat (PIO)

Apoteker harus memberikan informasi yang benar, jelas dan mudah dimengerti, akurat, etis, bijaksana dan terkini. Informasi obat pada pasien

sekurang-kurangnya meliputi : cara pemakaian obat, cara penyimpanan obat, jangka waktu pengobatan, aktivitas serta makanan dan minuman yang harus dihindari selama terapi.

6) **Konseling**

Apoteker harus memberikan konseling mengenai sediaan farmasi, pengobatan dan perbekalan kesehatan lainnya, sehingga dapat memperbaiki kualitas hidup pasien atau yang bersangkutan terhindar dari bahaya penyalahgunaan atau penggunaan salah sediaan farmasi atau perbekalan kesehatan lainnya. Untuk penderita penyakit tertentu seperti kardiovaskular, diabetes, TBC, asthma, dan penyakit kronis lainnya, apoteker harus memberikan konseling secara berkelanjutan.

7) **Monitoring Penggunaan Obat**

Setelah penyerahan obat kepada pasien, apoteker harus melaksanakan pemantauan penggunaan obat, terutama untuk pasien tertentu seperti kardiovaskular, diabetes, TBC, asma, dan penyakit kronis lainnya.

8) **Promosi dan Edukasi**

Apoteker dan juga tenaga teknis kefarmasian harus memberikan edukasi apabila masyarakat ingin mengobati diri sendiri (swamedikasi) untuk penyakit ringan dengan memilihkan obat yang sesuai dan tenaga farmasi harus berpartisipasi secara aktif dalam promosi dan edukasi serta ikut membantu diseminasi informasi, antara lain dengan penyebaran leaflet atau brosur, poster, penyuluhan dan lain-lain.

2.8 Waktu Tunggu Pelayanan Resep dan Faktor yang Mempengaruhi

Waktu tunggu pelayanan resep adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat. Waktu tunggu pelayanan resep terbagi menjadi dua yaitu waktu tunggu obat jadi dan waktu tunggu obat racikan. Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi dengan kategori < 30 menit, dan waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan dengan kategori < 60 menit (Kemenkes RI, 2008).

Menurut Ayuning (2011) penyebab lamanya waktu pelayanan resep umum yaitu :

- a. Adanya komponen *delay* yang menyebabkan proses menjadi lebih lama. *Delay* disebabkan antara lain karena petugas belum mengerjakan resep karena mengerjakan kegiatan lain atau mengerjakan resep sebelumnya. Hal ini terlihat dari hasil penelitiannya, dimana total waktu komponen *delay* lebih besar dari total waktu komponen tindakan baik pada resep racikan maupun resep non racikan sehingga menandakan bahwa proses pelayanan resep kurang efektif.
- b. Obat sering kosong sehingga membutuhkan waktu lagi untuk mengambil obat tersebut di gudang ataupun rawat inap.
- c. Program komputer yang belum sempurna.
- d. SDM yang kurang cekatan dan kurang terampil dalam meracik obat.

- e. Belum dijalankannya prosedur tertulis secara maksimal. Belum ada instruksi kerja secara tertulis yang lebih detail mengenai setiap kegiatan dalam proses pelayanan resep umum dan SOP tidak diletakkan di ruangan yang mudah terlihat dan dibaca oleh petugas.

Menurut Wongkar L (2000) mengatakan bahwa ada beberapa faktor yang memberikan kontribusi terhadap waktu tunggu pelayanan resep, yaitu :

- c. Jenis resep, disini jenis resep dibedakan menjadi resep racikan dan non racikan. Resep racikan membutuhkan waktu lebih lama yaitu 92,7% dibandingkan dengan jenis resep non racikan yaitu sebesar 35,6%.
- d. Jumlah resep dan kelengkapan resep. Jumlah item dalam resep akan mempengaruhi waktu pelayanan resep. Pada penelitiannya menunjukkan bahwa jumlah item obat yang banyak membutuhkan waktu pelayanan lebih lama yaitu 66,3% dibandingkan dengan item obat yang lebih sedikit yaitu 33,8%.
- e. Shift petugas, dimana pada shift pagi memerlukan waktu pelayanan lebih cepat dibandingkan shift sore.
- f. Ketersediaan SDM yang cukup dan terampil sehingga dapat mengurangi lama waktu pelayanan resep di instalasi farmasi.
- g. Ketersediaan obat sesuai resep yang diterima sehingga waktu yang terbuang untuk mencari obat pengganti lain dapat dikurangi.
- h. Sarana dan fasilitas yang dapat menunjang proses pelayanan resep, seperti pemakaian alat-alat teknologi yang lebih canggih dan dapat memberikan kepuasan kepada pasiennya.

- i. Partisipasi pasien atau keluarga pasien selama menunggu proses pelayanan resep.

2.9 Obat

Menurut Permenkes No 72 Tahun 2016 obat adalah bahan atau paduan bahan, termasuk produk biologi yang digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan dan kontrasepsi untuk manusia. Obat Jadi adalah sediaan atau paduan bahan- bahan yang siap untuk digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologis atau keadaan patologi, dalam rangka penetapan diagnosa pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan kontrasepsi. Menurut Mullarkey (2009) Obat racikan adalah obat yang dibentuk dengan mencampur bahan-bahan aktif serta mengubah suatu bentuk sediaan menjadi bentuk sediaan lain.

Salah satu standar minimal pelayanan di Rumah Sakit adalah waktu tunggu. Waktu tunggu pelayanan resep adalah tenggang waktu tunggu mulai dari pasien menyerahkan resep sampai menerima obat. Waktu tunggu menjadi salah satu standar minimal pelayanan farmasi di Rumah Sakit. Menurut Kepermenkes Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, waktu tunggu pelayanan farmasi terbagi menjadi 2 (dua), yaitu waktu tunggu pelayanan obat jadi (non racikan) dan waktu tunggu pelayanan obat racikan. Waktu tunggu pelayanan obat jadi (non

racikan) merupakan tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat non racikan dengan standar minimal yang ditetapkan kementerian kesehatan yaitu < 30 menit, sedangkan waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan yaitu < 60 menit (Margiluruswati, 2017).

2.10 Rawat Jalan.

Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia (2018) bahwa rawat jalan atau berobat jalan adalah upaya responden yang mempunyai keluhan kesehatan untuk memeriksakan atau mengatasi gangguan keluhan kesehatannya dengan mendatangi tempat pelayanan kesehatan modern atau tradisional tanpa menginap, termasuk mendatangkan petugas medis ke rumah pasien, membeli obat atau melakukan pengobatan sendiri. Menurut Penelitian Tugiarso, dkk (2018). Rawat jalan merupakan pelayanan medis kepada seorang pasien untuk pengobatan yang dilakukan tanpa pasien menginap di rumah sakit.

2.11 Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) dr. Arif Zainudin Surakarta

Gambaran Umum RSJD Surakarta Sebelum diintegrasikan ke dalam binaan Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Tengah seperti saat ini, letak semula RS Jiwa Daerah Surakarta berada di jantung Kota Solo yang beralamat (lokasi lama) di Jl. Bhayangkara No. 50 Surakarta. Pada awalnya rumah sakit ini didirikan pada tahun 1918 dan diresmikan terpakai tanggal 17 Juli 1919 dengan nama “*Doorgang huisvoor krankzinnigen*” dan dikenal pula dengan nama

Rumah Sakit Jiwa “MANGUNJAYAN” yang menempati area seluas $\pm 0,69$ ha dengan kapasitas tampung sebanyak 216 tempat tidur (TT).

Atas dasar kesepakatan bersama pada tahun 1986 dalam bentuk Ruislag dengan Pemda Dati II Kodya Surakarta, kantor RS Jiwa Pusat Surakarta akan dipergunakan sebagai kantor KONI Kodia Surakarta, maka dalam proses pembangunan fisik lebih lanjut pada tanggal 3 Februari 1986, Rumah Sakit Jiwa Surakarta menempati lokasi yang baru di tepian sungai Bengawan Solo, tepatnya jalan Ki Hajar Dewantoro No. 80 Surakarta dengan luas area 10 ha lebih dengan luas bangunan 10.067 m². Pada saat ini pemanfaatan lahan mencapai 45% dan daya tampung yang tersedia sebanyak 340 tempat tidur (TT) dengan wilayah kerja mencakup Eks. Karesidenan Surakarta, wilayah lain di Provinsi Jawa Tengah, Jawa Timur bagian barat dan sebagian wilayah DIY. Berdasarkan UU No. 22 Tahun 1999 tentang Otonomi Daerah, maka RS Jiwa Pusat Surakarta berubah menjadi RS Jiwa Daerah Surakarta di bawah Pemda Provinsi Jawa Tengah. RS Jiwa Pusat Surakarta diserahkan dari Pemerintah Pusat kepada Pemerintah Daerah pada tahun 2001 berdasarkan SK Menteri Kesehatan No. 1079/Menkes/SK/X/2001 tanggal 16 Oktober 2001.

Adapun penetapan RS Jiwa Pusat menjadi RS Jiwa Daerah Surakarta berdasarkan SK Gubernur Jawa Tengah No. 440/09/2002 pada bulan Februari 2002. Kemudian sejak tahun 2009 RS Jiwa Daerah Surakarta telah menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Provinsi Jawa Tengah. Daerah RSJD Surakarta merupakan Rumah Sakit khusus kelas A. Saat ini terdapat beberapa instalasi di RS Jiwa Daerah Surakarta antara lain: Instalasi Rawat Jalan,

Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Gangguan Mental Organik (GMO) dan Napza, Instalasi Psikogeriatri, Instalasi Kesehatan Anak dan Remaja, Instalasi Elektromedik, Instalasi Psikologi, Instalasi Rehabilitasi, Instalasi Fisioterapi, Instalasi Gigi dan Mulut, Instalasi Laboratorium, Instalasi Radiologi, Instalasi Farmasi, Instalasi Gizi, Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat, Instalasi Rekam Medik Rumah Sakit, Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit, Instalasi Pengelolaan Arsip & Perpustakaan Rumah Sakit, Instalasi Humas dan Pemasaran Rumah Sakit, Instalasi Sistem Informasi Manajemen (SIM) Rumah Sakit, Instalasi Sanitasi dan Instalasi Laundry.

RSJD Surakarta berkapasitas 340 tempat tidur dan terbagi dalam 16 ruang perawatan. Ruang perawatan meliputi Ruang VIP; Ruang Kelas I; Ruang Kelas II dan Ruang Kelas III. Pasien yang memerlukan perawatan khusus, seperti pasien lanjut usia dirawat di Ruang Dewi Kunti, penderita adiksi dan NAPZA serta pasien Psikiatri yang disertai penyakit fisik dirawat di Ruang Wisanggeni, sedangkan pasien gaduh gelisah dirawat di ruang intensif. Pasien laki-laki dan perempuan dirawat dalam ruang terpisah. Adapun berbagai kegiatan yang dilakukan adalah membantu rehabilitasi pasien agar dapat hidup mandiri, berfungsi dalam keluarga atau masyarakat serta untuk mengembangkan keterampilan dan memperoleh dukungan dalam hidupnya. Kegiatan tersebut meliputi: terapi kelompok (*problem solving*), terapi aktivitas sehari-hari, terapi gerak/olahraga, terapi rekreasi (terapi musik), terapi okupasi, terapi keterampilan, terapi religious, *Day care* dan *Home visit* (kunjungan rumah).

2.12 Sejarah Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) dr. Arif Zainudin Surakarta

Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta merupakan rumah sakit jiwa daerah tipe kelas A yang berada di bawah Pemerintahan Daerah Provinsi Jawa Tengah yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan jiwa kepada masyarakat untuk pencegahan, pemulihan, dan rehabilitasi gangguan jiwa sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Sebelum diintegrasikan ke dalam binaan Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Tengah seperti saat ini, letak semula RSJD Surakarta berada di “jantung” Kota Solo yang beralamat (lokasi lama) di Jl. Bhayangkara No. 50 Surakarta. Pada awalnya rumah sakit ini didirikan pada tahun 1918 dan diresmikan terpakai tanggal 17 Juli 1919 dengan nama “Doorganghuis voor krankzinnigen” dan dikenal pula dengan nama Rumah Sakit Jiwa “MANGUNJAYAN” yang menempati areal seluas ±0,69 ha dengan kapasitas tampung sebanyak 216 tempat tidur (TT).

Atas dasar kesepakatan bersama pada tahun 1986 dalam bentuk “Ruislag” dengan Pemda Dati II Kodya Surakarta, kantor RS Jiwa Pusat Surakarta akan dipergunakan sebagai kantor KONI Kodia Surakarta, maka dalam proses pembangunan fisik lebih lanjut pada tanggal 3 Februari 1986 Rumah Sakit Jiwa Surakarta menempati lokasi yang baru di tepian sungai Bengawan Solo, tepatnya Jalan Ki Hajar Dewantoro No. 80 Surakarta dengan luas area 10 ha lebih dan luas bangunan 10.067 m².

Berdasarkan UU No. 22 Tahun 1999 tentang Otonomi Daerah, maka RS Jiwa Pusat Surakarta berubah menjadi Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta

dibawah UPT Provinsi Jawa Tengah. RS Jiwa Pusat Surakarta diserahkan dari Pemerintah Pusat kepada Pemerintah Daerah pada tahun 2001 berdasarkan SK Menteri Kesehatan No. 1079/Menkes/SK/X/2001 tanggal 16 Oktober 2001. Adapun penetapan RS Jiwa Pusat menjadi Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta berdasarkan SK Gubernur Jawa Tengah No. 440/09/2002 pada bulan Februari 2002. Kemudian sejak tahun 2009 Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta telah menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Provinsi Jawa Tengah.

Pada awal berdiri Rumah Sakit Jiwa ini dipimpin oleh Dr. Engelhard kemudian dilanjutkan Dr. Semeru, Dr. Wignyobroto, dan Dr R.M. Soejarwadi. Kemudian pada era pembangunan saat ini Direktur RSJD Surakarta telah berganti-ganti hingga saat ini, yaitu :

1986-1980	: dr. Anna Janti
1980-1984	: dr. Th. Lestari
1984-1996	: dr. G. Pandu Setiawan, SpKJ.
1996-2001	: dr. H. Lukman Mustar, SpKJ.
2001-2003	: dr. Giarto, SpKJ.
2004-2005	: dr. Arif Zainudin, SpKJ
2006-2008	: dr. Siti Nuraini Arief, SpKJ.
2008-2009	: dr. Muhammad Sigit Wahyu Purnomo, SpKJ.
2009-2010	: dr. Suprihartini, SpKJ.
2010- sekarang	: dr. Endro Suprayitno, SpKJ.

Saat ini, luas bangunan telah mencapai 20.995 m² dan daya tampung yang tersedia 340 tempat tidur (TT) dengan wilayah kerja Rumah Sakit Jiwa

Daerah Surakarta mencakup Eks Karesidenan Surakarta, wilayah lain di Provinsi Jawa Tengah, Jawa Timur bagian barat dan sebagian wilayah DIY. Dalam menjalankan pelayanan kesehatan serta administrasi penggunaan kartu JAMKESMAS, JAMKESDA, dan PKMS, RSJD Surakarta bekerja sama dengan beberapa kabupaten atau kota di sekitar Eks Karesidenan Surakarta, seperti dengan Kabupaten Karanganyar, Boyolali, Sragen, Wonogiri, Blora, Sukoharjo, dan Semarang.

2.13 Visi, Misi, Motto, Nilai-Nilai, dan Tujuan Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) dr. Arif Zainudin Surakarta

a. Visi

Menjadi pusat pelayanan kesehatan jiwa pilihan yang professional, berbudaya dan berstandar Internasional.

b. Misi

- 1) Memberikan pelayanan kesehatan jiwa professional dan paripurna yang terjangkau masyarakat.
- 2) Meningkatkan mutu pelayanan sesuai dengan standar internasional secara berkelanjutan.
- 3) Menerapkan nilai-nilai budaya kerja aparatur dalam memberikan pelayanan kepada pelanggan.
- 4) Melaksanakan Pendidikan, Penelitian, dan Pengembangan IPTEK di bidang kesehatan jiwa.

5) Meningkatkan peran serta dan kemandirian masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan jiwa yang optimal.

c. Motto

“Melayani Lebih Baik”

d. Nilai-Nilai

P Profesional dalam pelayanan;

R Ramah dalam bersikap terhadap pelanggan;

O Obyektif dalam penyampaian informasi;

A Antusias dalam semangat kerja;

K Kooperatif dalam kerjasama terpadu;

T Target dalam pencapaian program;

I Intensif dalam pelaksanaan tugas;

F Favorit dalam kinerja unggulan rumah sakit.

e. Tujuan

1) Tujuan Umum

Sebagai lembaga pelayanan di bidang jasa yang melayani kebutuhan masyarakat mengenai kesehatan. Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta ini juga sama seperti rumah sakit lain yang melayani kesehatan masyarakat pada umumnya.

2) Tujuan Khusus

Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta ini berbeda dengan Rumah Sakit Umum karena pasien yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa ini adalah pasien

yang mengalami gangguan pada kejiwaannya, sehingga perlu penanganan khusus dari para ahli medis.

f. Organisasi dan Sumber daya Manusia

Susunan organisasi Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta saat ini berdasarkan Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 97 Tahun 2008, tentang penjabaran tugas pokok, fungsi, dan tata kerja rumah sakit jiwa daerah. Menyusun sebuah struktur organisasi merupakan langkah RSJD Surakarta dalam mengoptimalkan kinerja dari sumber daya manusia. Individu-individu yang menjabat dalam organisasi tersebut adalah individu-individu yang berkompeten di bidangnya, hal ini dilakukan agar tujuan RSJD Surakarta tercapai secara maksimal.

Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta memiliki sumber daya manusia sebanyak 442 orang, dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 2.1. Daftar Sumber Daya Manusia RSJD Surakarta

No.	Sumber Daya Manusia	Jumlah
1	Dokter Umum	13
2	Dokter gigi	2
3	Apoteker	5
4	Psikiater	7
5	Psikolog	6
6	Perawat	200
7	Tenaga Kesehatan Masyarakat	4
8	Asisten Apoteker	9
9	Analisis Kesehatan	7
10	Sanitarian	2
11	Nutrisionis	9
12	Fisioterapis	3
13	Terapis Okupasi	2
14	Terapis Speech	1
15	Radiografer	3
16	Perekam Medis	7
17	Teknisi Elektro Medis	2
18	Sarjana Non Kesehatan	27
19	Lain-lain	133

2.14 Landasan Teori

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan perawatan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Kemenkes RI, 2009). Kualitas pelayanan merupakan hal yang penting sehingga banyak penelitian tentang hal tersebut. Indeks kesehatan masyarakat Indonesia pada tahun 2010 menduduki peringkat ke 110 dari 172 negara di dunia (Ratnamiasih dkk, 2015).

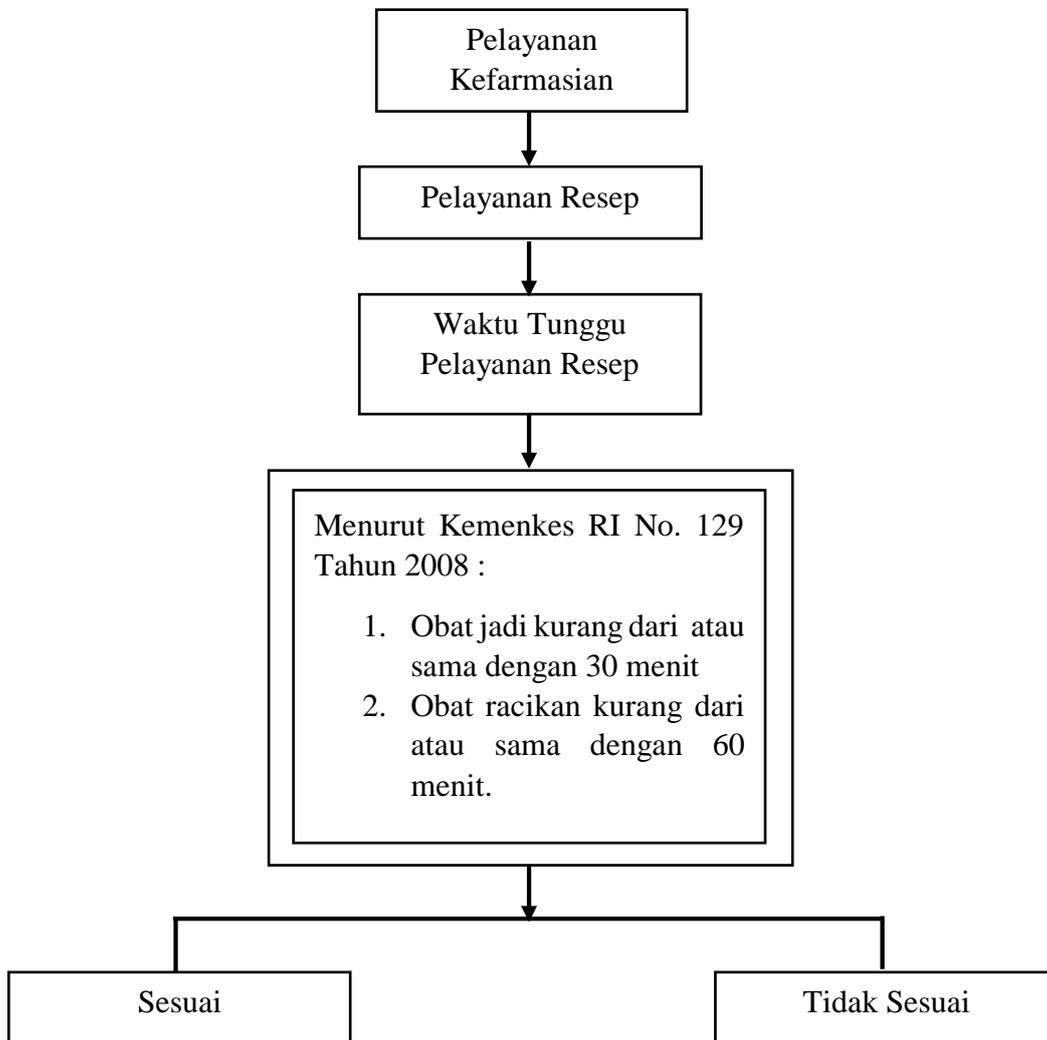
Instalasi Farmasi Rumah Sakit merupakan salah satu bagian dari layanan yang ada di rumah sakit yang telah memberikan kontribusi sebesar 50% pada pendapatan rumah sakit (*revenue center*) (Herjunianto dkk, 2014). Fungsi pelayanan yang dilakukan oleh instalasi rumah sakit harus sesuai dengan persyaratan perundang-undangan yang berlaku serta praktik profesional dan etika yang dapat diterima (Satibi, 2016). Pelayanan kefarmasian rumah sakit selalu berorientasi kepada penyediaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai serta pelayanan pasien yang bermutu dan terjangkau bagi semua lapisan masyarakat (Kemenkes RI, 2016).

Pelayanan farmasi rumah sakit merupakan salah satu kegiatan di rumah sakit yang menunjang pelayanan kesehatan yang bermutu (Satibi dkk., 2017). Salah satu upaya tercapainya pelayanan paripurna didalam setiap melakukan pelayanan di rumah sakit adalah pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM). Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh

oleh setiap warga secara minimal dan juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur pelayanan minimal yang diberikan oleh badan layanan umum kepada masyarakat. Peraturan yang berlaku tentang standar minimal pelayanan rumah sakit menyebutkan bahwa waktu tunggu pelayanan obat jadi < 30 menit dan obat racikan < 60 menit (Kemenkes RI, 2008).

Faktor yang mempengaruhi lamanya waktu pelayanan resep obat diantaranya yaitu jam sibuk pelayanan, komponen *delay* waktu akibat luas ruangan yang kurang baik dan jenis resep obat racikan. Pada jenis resep ini, resep obat racikan memerlukan waktu pelayanan lebih lama (Damanik, 2019). Selain itu, faktor berkontribusi terhadap lamanya waktu tunggu pelayanan resep antara lain seperti jenis, jumlah dan kelengkapan resep, ketersediaan sumber daya manusia yang cukup terampil, ketersediaan obat yang sesuai, serta sarana dan fasilitas yang memadai. Salah satu hal yang berhubungan dengan kebijakan yang mempengaruhi waktu tunggu pelayanan resep adalah mengenai formularium. Adanya ketidaksesuaian resep dengan formularium memperlambat waktu layanan, oleh karena itu dibutuhkan waktu tambahan untuk melakukan konfirmasi obat pengganti dengan dokter (Wijaya, 2012).

2.15 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

2.16 Keterangan Empirik

Berdasarkan landasan teori, dapat diperoleh keterangan empirik dalam penelitian ini adalah didapatkan nilai rata-rata dan kesesuaian waktu tunggu pelayanan resep pasien rawat jalan di Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) dr. Arif Zainudin Surakarta terhadap standar pelayanan minimal farmasi di rumah sakit yang sudah ditentukan.