

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Rumah Sakit

Definisi Rumah Sakit menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit diselenggarakan berdasarkan Pancasila dan didasarkan Kepada Nilai Kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial.

Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 dijelaskan tentang tujuan rumah sakit yaitu :

- a. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
- b. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit.
- c. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit, dan
- d. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan Rumah Sakit.

Tugas rumah sakit adalah memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Adapun beberapa fungsi utama rumah sakit yaitu :

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Rumah Sakit harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan, prasarana, sumber daya manusia, kefarmasian, dan peralatan harus memenuhi ketentuan mengenai kesehatan, keselamatan lingkungan, dan tata ruang, serta sesuai dengan hasil kajian kebutuhan dan kelayakan penyelenggaraan Rumah Sakit. Persyaratan kefarmasian harus menjamin ketersediaan sediaan farmasi dan alat kesehatan yang bermutu, bermanfaat, aman dan terjangkau. Pelayanan sediaan farmasi di Rumah Sakit harus mengikuti standar pelayanan kefarmasian. Pengelolaan alat kesehatan, sediaan farmasi, dan bahan habis pakai di Rumah Sakit harus dilakukan oleh Instalasi farmasi sistem satu pintu.

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, Rumah Sakit dibagi berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya.

- a. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan dalam :
 - 1) Rumah Sakit Umum yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.

Klasifikasi Rumah Sakit Umum terdiri atas :

- a) Rumah Sakit umum kelas A

Rumah Sakit Umum Kelas A adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 5 (lima) spesialis penunjang medik, 12 (dua belas) spesialis lain dan 13 (tiga belas) subspesialis.

- b) Rumah Sakit umum kelas B

Rumah Sakit Umum Kelas B adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 4 (empat) spesialis penunjang medik, 8 (delapan) spesialis lain dan 2 (dua) subspesialis dasar.

- c) Rumah Sakit umum kelas C

Rumah Sakit Umum Kelas C adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar dan 4 (empat) spesialis penunjang medik.

- d) Rumah Sakit umum kelas D

Rumah Sakit Umum Kelas D adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) spesialis dasar.

- 2) Rumah Sakit Khusus memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.

Klasifikasi Rumah Sakit khusus terdiri atas :

- a) Rumah Sakit khusus kelas A

Rumah Sakit Khusus kelas A adalah Rumah Sakit Khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspesialis sesuai kekhususan yang lengkap.

- b) Rumah Sakit khusus kelas B

Rumah Sakit Khusus kelas B adalah Rumah Sakit Khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspesialis sesuai kekhususan yang terbatas.

- c) Rumah Sakit khusus kelas C

Rumah Sakit Khusus kelas C adalah Rumah Sakit Khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspesialis sesuai kekhususan yang minimal.

- b. Berdasarkan pengelolaannya, rumah sakit dibagi menjadi :

- 1) Rumah sakit publik yaitu rumah sakit yang dikelola oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba. Rumah sakit yang diselenggarakan berdasarkan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah. Rumah sakit yang pengelolaannya dilakukan oleh Pemerintah dan Pemerintah Daerah tidak dapat dialihkan menjadi rumah sakit privat.
- 2) Rumah sakit privat adalah rumah sakit yang dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk perseroan Terbatas atau Persero.

Dalam Pasal 29 dan Pasal 30 Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 juga dijelaskan tentang kewajiban dan hak rumah sakit. Setiap rumah sakit berkewajiban untuk memberikan :

- a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat.
- b. Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit.
- c. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya.
- d. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya.
- e. Menyediakan sarana dan pelayanan kesehatan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin.
- f. Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulans gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan.
- g. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien.
- h. Menyelenggarakan rekam medis.
- i. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia.
- j. Melaksanakan sistem rujukan.
- k. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan.
- l. Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien.
- m. Menghormati dan melindungi hak-hak pasien.
- n. Melaksanakan etika Rumah Sakit.
- o. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana.
- p. Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional.

- q. Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya.
- r. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*hospital by laws*).
- s. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas, dan
- t. Memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.
Setiap rumah sakit mempunyai hak, yaitu :
 - a. Menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit.
 - b. Menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - c. Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan.
 - d. Menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
 - e. Menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian.
 - f. Mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan.
 - g. Mempromosikan layanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - h. Mendapatkan insentif pajak bagi Rumah Sakit publik dan Rumah Sakit yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit pendidikan.
- 1. Gambaran Umum RSUD Alimuddin Umar

Rumah Sakit Umum Daerah Alimuddin Umar merupakan rumah sakit tipe C yang terletak di Kabupaten Lampung Barat, pada koordinat 5°01'976" LS dan 104°04'427" BT. Rumah sakit ini berada pada ketinggian 930 meter di atas permukaan laut dan terletak di sebidang tanah seluas 5,5 ha dengan luas bangunan 15.153 m². Rumah sakit ini dibangun pada tahun 1997/1998 dengan dana APBN dan Dana Bantuan ADB III Departemen Kesehatan RI serta APBD.

Rumah Sakit Umum Daerah Alimuddin Umar mulai beroperasi pada tanggal 9 November 1998 dan secara resmi beroperasional pada tanggal 28 November 1998 oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia, yang pada saat itu dijabat oleh Prof. Dr. dr. H. Faried Anfasa Moeloek, Sp.OG.

Pada tahun 1999, diterbitkan Perda Kabupaten Lampung Barat Nomor 06 Tahun 1999 yang menjadi Landasan Hukum Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja RSUD Alimuddin Umar di Kabupaten Lampung Barat. Letak bangunan berada di dataran tinggi yang berlokasi di Liwa, Lampung Barat. Wilayah Kabupaten Lampung Barat bervariasi mulai dari dataran sebelah barat hingga daerah bergunung, dengan batas wilayah kabupaten sebagai berikut :

- a. Sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan (Sumatera Selatan)
 - b. Sebelah selatan berbatasan dengan Kabupaten Lampung Tengah dan Kabupaten Tanggamus.
 - c. Sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Pesisir Barat
 - d. Sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Lampung Utara dan Kabupaten Way Kanan
2. Visi, Misi, Tujuan, dan Sasaran RSUD Alimuddin Umar
 - a. Visi
Visi RSUD Alimuddin Umar adalah “Kesembuhan Anda Kebanggan Kami”.
 - b. Misi
Untuk mewujudkan visi tersebut akan ditempuh dengan menjalankan misi sebagai berikut :
 - 1) Menyelenggarakan pelayanan bermutu, nyaman, dan profesional.
 - 2) Memberikan pelayanan yang terjangkau bagi masyarakat.
 - 3) Meningkatkan kualitas sumber daya manusia sesuai dengan perkembangan pengetahuan dan teknologi bidang kesehatan.
 - c. Tujuan
Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat Lampung Barat.
 - d. Sasaran
Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan Rumah Sakit.

3. Fasilitas Pelayanan RSUD Alimuddin Umar

a. Rawat Jalan

Terdapat delapan unit pelayanan rawat jalan yaitu :

- 1) Poliklinik Umum
- 2) Poliklinik Anak
- 3) Poliklinik Kebidanan
- 4) Poliklinik Penyakit Dalam
- 5) Poliklinik Bedah
- 6) Poliklinik Gigi
- 7) Poliklinik THT
- 8) Poliklinik Mata

b. Rawat Inap

Terdapat delapan ruang rawat inap yaitu :

- 1) Ruang Kebidanan
- 2) Ruang Anak dan NICU
- 3) Ruang ICU
- 4) Ruang Bedah
- 5) Ruang Penyakit Dalam
- 6) Ruang Kelas I
- 7) Ruang VIP/VVIP

c. Penunjang Medik

Terdapat tiga penunjang medik yaitu :

- 1) Radiologi
- 2) Farmasi
- 3) Laboratorium

d. Instalasi

Terdapat 11 instalasi yaitu :

- 1) Instalasi Gawat Darurat (IGD)
- 2) Instalasi Bedah Sentral (IBS)
- 3) Instalasi Hemodialisa
- 4) *Central Sterile Supply Departement* (CSSD)
- 5) Instalasi Gizi
- 6) IPSRS (Instalasi Pemeliharaan Sarana & Prasarana Rumah Sakit)

- 7) Instalasi Kesehatan Lingkungan
- 8) Instalasi Fisioterapi
- 9) Instalasi Rekam Medis
- 10) Unit Promosi Kesehatan Rumah Sakit (UPKRS)
- 11) Unit Transfusi Darah (UTS) Rumah Sakit

Berdasarkan hasil survei pra penelitian, terdapat 2 depo di Instalasi Farmasi RSUD Alimuddin Umar yaitu :

- 1) Depo Rawat Jalan
- 2) Depo Rawat Inap
4. Sumber Daya Manusia

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya, RSUD Alimuddin Umar memiliki sumber daya manusia. Sumber daya manusia di RSUD Alimuddin Umar dapat dikelompokkan menjadi tiga bagian, yaitu :

- a. Tenaga medis atau tenaga dokter
- b. Tenaga paramedis dan non medis
- c. Tenaga non kesehatan

Namun dalam struktur organisasi RSUD Alimuddin Umar sumber daya manusia dibagi menjadi dua jenis ketenagaan, yaitu :

- a. Tenaga Struktural
- b. Tenaga Fungsional

Berdasarkan data kepegawaian subbid Umum dan Kepegawaian terakhir dari Rencana Strategis (Renstra) RSUD Alimuddin Umar tahun 2022 sebanyak 355 orang dengan rincian berstatus PNS sebanyak 152 orang dan berstatus Non PNS sebanyak 203 orang.

Berdasarkan hasil survei pra penelitian, didapatkan jumlah tenaga kefarmasian di IFRS Alimuddin Umar pada tahun 2024 yaitu sebanyak 8 orang apoteker (1 kepala instalasi) dan sebanyak 11 orang Tenaga Vokasi Farmasi (TVF).

B. Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS)

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit, Instalasi

Farmasi Rumah Sakit (IFRS) adalah unit pelaksana fungsional yang menyelenggarakan seluruh kegiatan pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit. Instalasi Farmasi dipimpin oleh seorang Apoteker sebagai penanggung jawab. IFRS bertanggung jawab atas seluruh pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai di Rumah Sakit.

Tugas Instalasi Farmasi meliputi (Permenkes RI No. 72/2016:V) :

- a. Menyelenggarakan, mengkoordinasikan, mengatur, dan mengawasi seluruh kegiatan pelayanan kefarmasian yang optimal dan profesional serta sesuai prosedur dan etik profesi.
- b. Melaksanakan pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai efektif, aman, bermutu, dan efisien.
- c. Melaksanakan pengkajian dan pemantauan penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai guna memaksimalkan efek terapi dan keamanan serta meminimalkan risiko.
- d. Melaksanakan komunikasi, edukasi dan informasi (KIE) serta memberikan rekomendasi kepada dokter, perawat dan pasien.
- e. Berperan aktif dalam Komite/Tim Farmasi dan Terapi.
- f. Melaksanakan pendidikan dan pelatihan serta pengembangan pelayanan kefarmasian.
- g. Memfasilitasi dan mendorong tersusunnya standar pengobatan dan formularium Rumah Sakit.

Adapun Fungsi Instalasi Farmasi meliputi (Permenkes RI No. 72/2016:V) :

- a. Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai
 - 1) Memilih sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai kebutuhan pelayanan Rumah Sakit.
 - 2) Merencanakan kebutuhan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai secara efektif, efisien, dan optimal.
 - 3) Mengadakan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai berpedoman pada perencanaan yang telah dibuat sesuai ketentuan yang berlaku.
 - 4) Memproduksi sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.

- 5) Menerima sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan spesifikasi dan ketentuan yang berlaku.
 - 6) Menyimpan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan spesifikasi dan persyaratan kefarmasian.
 - 7) Mendistribusikan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai ke unit-unit pelayanan di Rumah Sakit.
 - 8) Melaksanakan pelayanan farmasi satu pintu.
 - 9) Melaksanakan pelayanan obat “*unit dose*”/dosis sehari.
 - 10) Melaksanakan komputerisasi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai (apabila sudah memungkinkan).
 - 11) Mengidentifikasi, mencegah, dan mengatasi masalah yang terkait dengan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai.
 - 12) Melakukan pemusnahan dan penarikan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang sudah tidak digunakan.
 - 13) Mengendalikan persediaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai.
 - 14) Melakukan administrasi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai.
- b. Pelayanan Farmasi Klinik
- 1) Mengkaji dan melaksanakan pelayanan resep atau permintaan obat.
 - 2) Melaksanakan penelusuran riwayat penggunaan obat.
 - 3) Melaksanakan rekonsiliasi obat.
 - 4) Memberikan informasi dan edukasi penggunaan obat baik berdasarkan resep maupun obat non resep kepada pasien/keluarga pasien.
 - 5) Mengidentifikasi, mencegah, dan mengatasi masalah yang terkait dengan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai.
 - 6) Melaksanakan *visite* mandiri maupun bersama tenaga kesehatan lain.
 - 7) Memberikan konseling pada pasien dan/atau keluarganya.
 - 8) Melaksanakan Pemantauan Terapi Obat (PTO).
 - a) Pemantauan efek terapi obat;
 - b) Pemantauan efek samping obat;
 - c) Pemantauan Kadar Obat Dalam Darah (PKOD).

- 9) Melaksanakan Evaluasi Penggunaan Obat (EPO).
- 10) Melaksanakan dispensing sediaan steril.
 - a) Melakukan pencampuran obat suntik;
 - b) Menyiapkan nutrisi parenteral;
 - c) Melaksanakan penanganan sediaan sitotoksik;
 - d) Melaksanakan pengemasan ulang sediaan steril yang tidak stabil.
- 11) Melaksanakan Pelayanan Informasi Obat (PIO) kepada tenaga kesehatan lain, pasien/keluarga, masyarakat dan institusi di luar Rumah Sakit.
- 12) Melaksanakan Penyuluhan Kesehatan Rumah Sakit (PKRS).

C. Sumber Daya Manusia Tenaga Kefarmasian

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, tenaga kefarmasian pada Rumah Sakit Umum kelas A paling sedikit terdiri atas :

- a. 1 (satu) apoteker sebagai kepala instalasi farmasi Rumah Sakit;
- b. 5 (lima) apoteker yang bertugas di rawat jalan yang dibantu oleh paling sedikit 10 (sepuluh) tenaga teknis kefarmasian;
- c. 5 (lima) apoteker di rawat inap yang dibantu oleh paling sedikit 10 (sepuluh) tenaga teknis kefarmasian;
- d. 1 (satu) apoteker di instalasi gawat darurat yang dibantu oleh minimal 2 (dua) tenaga teknis kefarmasian;
- e. 1 (satu) apoteker di ruang ICU yang dibantu oleh paling sedikit 2 (dua) tenaga teknis kefarmasian;
- f. 1 (satu) apoteker sebagai koordinator penerimaan dan distribusi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian Rumah Sakit; dan
- g. 1 (satu) apoteker sebagai koordinator produksi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian Rumah Sakit.

Tenaga kefarmasian pada Rumah Sakit Umum kelas B paling sedikit terdiri atas :

- a. 1 (satu) orang apoteker sebagai kepala instalasi farmasi Rumah Sakit;
- b. 4 (empat) apoteker yang bertugas di rawat jalan yang dibantu oleh paling sedikit 8 (delapan) orang tenaga teknis kefarmasian;
- c. 4 (empat) orang apoteker di rawat inap yang dibantu oleh paling sedikit 8 (delapan) orang tenaga teknis kefarmasian;
- d. 1 (satu) orang apoteker di instalasi gawat darurat yang dibantu oleh minimal 2 (dua) orang tenaga teknis kefarmasian;
- e. 1 (satu) orang apoteker di ruang ICU yang dibantu oleh paling sedikit 2 (dua) orang tenaga teknis kefarmasian;
- f. 1 (satu) orang apoteker sebagai koordinator penerimaan dan distribusi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian Rumah Sakit; dan
- g. 1 (satu) orang apoteker sebagai koordinator produksi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian Rumah Sakit.

Tenaga kefarmasian pada Rumah Sakit Umum kelas C paling sedikit terdiri atas :

- a. 1 (satu) orang apoteker sebagai kepala instalasi farmasi Rumah Sakit;
- b. 2 (dua) apoteker yang bertugas di rawat jalan yang dibantu oleh paling sedikit 4 (empat) orang tenaga teknis kefarmasian;
- c. 4 (empat) orang apoteker di rawat inap yang dibantu oleh paling sedikit 8 (delapan) orang tenaga teknis kefarmasian;
- d. 1 (satu) orang apoteker sebagai koordinator penerimaan, distribusi dan produksi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian Rumah Sakit.

Tenaga kefarmasian pada Rumah Sakit Umum kelas D paling sedikit terdiri atas :

- a. 1 (satu) orang apoteker sebagai kepala instalasi farmasi Rumah Sakit;
- b. 1 (satu) apoteker yang bertugas di rawat inap dan rawat jalan yang dibantu oleh paling sedikit 2 (dua) orang tenaga teknis kefarmasian;
- c. 1 (satu) orang apoteker sebagai koordinator penerimaan, distribusi dan produksi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian Rumah Sakit.

D. Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit

Definisi 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 juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat. SPM di Rumah Sakit diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

Standar Pelayanan Minimal untuk jenis pelayanan farmasi adalah sebagai berikut :

- a. Waktu tunggu pelayanan resep
 - 1) Waktu tunggu pelayanan obat jadi: ≤ 30 menit
 - 2) Waktu tunggu pelayanan obat racikan: ≤ 60 menit
- b. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat: 100%
- c. Kepuasan Pelanggan: $\geq 80\%$
- d. Penulisan resep sesuai formularium: 100%

Standar ini menjadi acuan bagi rumah sakit dalam memberikan pelayanan kefarmasian yang efektif dan efisien kepada pasien.

E. Waktu Tunggu Pelayanan Resep

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129 (2008), definisi waktu tunggu dibagi menjadi dua, yaitu :

- a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi.

- b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan.

Waktu tunggu menjadi salah satu indikator standar pelayanan minimal farmasi di rumah sakit (Yuliyanti dan Lakoan, 2023). Menurut (Arini, Y. Nila, Suwastini, 2020), faktor-faktor yang dapat mempengaruhi waktu tunggu pelayanan resep antara lain :

- a. Jenis Resep

Waktu tunggu pelayanan resep racikan cenderung lebih lama dibandingkan dengan pelayanan resep obat jadi. Hal ini disebabkan pada penggerjaan resep racikan diperlukan waktu untuk penginputan resep, menghitung ketepatan dosis, serta perlu juga dilakukan peracikan pada tahap penggerjaannya. Namun, beberapa resep obat jadi juga memerlukan waktu penggerjaan yang lebih lama, seperti resep obat jadi pada pasien dengan penyakit kronis. Resep ini memerlukan waktu yang lebih lama pada proses penginputan karena harus dilakukan pengecekan penggunaan lama obatnya dan obat yang diresepkan cenderung berjumlah banyak.

- b. Sumber Daya Manusia (SDM)

Menurut penelitian Siregar (2018) dalam penelitiannya (Arini, Y. Nila, Suwastini, 2020), jumlah SDM dalam pelayanan resep sangat berpengaruh terhadap waktu tunggu pelayanan resep. Semakin banyak tenaga farmasi yang dimiliki, maka semakin cepat pula pelayanan resep didepo farmasi. Menurut Permenkes RI Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit, menjelaskan bahwa penghitungan kebutuhan apoteker berdasarkan beban kerja pada pelayanan kefarmasian di rawat jalan yang meliputi pelayanan kefarmasian manajerial dan pelayanan farmasi klinik

dengan aktivitas pengkajian resep, penyerahan obat, pencatatan penggunaan obat (PPP), dan konseling, idealnya dibutuhkan tenaga apoteker dengan rasio 1 apoteker untuk 50 pasien. Oleh karena kurangnya tenaga apoteker maupun TTK di depo farmasi rawat jalan Rumah Sakit, sehingga menyebabkan TTK terkadang melakukan tugas penyerahan obat atas persetujuan apoteker, sehingga hal ini mempengaruhi waktu pelayanan resep.

c. Sarana dan Prasarana

Menurut penelitian Siregar (2018) dalam penelitiannya (Arini, Y. Nila, Suwastini, 2020), sarana dan prasarana yang kurang memadai menyebabkan pelayanan resep menjadi lambat.

d. Ketidaklengkapan Data Pasien

Ketidaklengkapan data pasien yang dituliskan pada resep membuat petugas depo farmasi harus mengkonfirmasi ulang kepada pasien sehingga menyebabkan lamanya waktu pelayanan resep.

e. Penulisan Obat yang tidak sesuai dengan Formularium

Penulisan Obat yang tidak sesuai dengan Formularium juga dapat menyebabkan lamanya pelayanan resep, sehingga membuat petugas farmasi harus mengkonfirmasi ulang kepada dokter penulis resep.

f. Stok Obat

Stok obat yang habis dapat menyebabkan pelayanan resep menjadi lama.

F. Pengkajian dan Pelayanan Resep

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit, Resep adalah permintaan tertulis dokter ataupun dokter gigi pada apoteker dalam bentuk kertas maupun elektronik agar menyediakan dan menyerahkan obat pada pasien sesuai peraturan berlaku.

Definisi Resep menurut Syamsuni A (2005:18), Resep adalah permintaan tertulis dari seorang dokter, dokter gigi, dokter hewan yang diberi izin berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku kepada Apoteker Pengelola Apotek (APA) untuk menyiapkan dan atau membuat, meracik serta menyerahkan obat kepada pasien.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit, Pengkajian Resep dilakukan untuk menganalisa adanya masalah terkait Obat harus dikonsultasikan kepada dokter penulis Resep. Ada tiga aspek yang perlu diperhatikan dalam skrining resep yaitu kelengkapan administratif, kesesuaian farmasetik, dan pertimbangan klinis.

Kelengkapan administratif meliputi :

- a. Nama, umur, jenis kelamin, berat badan, dan tinggi badan pasien;
- b. Nama, nomor izin, alamat, dan paraf dokter;
- c. Tanggal resep; dan
- d. Ruangan/unit asal resep.

Kesesuaian farmasetik meliputi :

- a. Nama obat, bentuk, dan kekuatan sediaan;
- b. Dosis dan jumlah obat;
- c. Stabilitas; dan
- d. Aturan dan cara penggunaan.

Pertimbangan klinis meliputi :

- a. Ketepatan indikasi, dosis, dan waktu penggunaan obat;
- b. Duplikasi pengobatan;
- c. Alergi dan reaksi obat yang tidak dikehendaki (rotd);
- d. Kontraindikasi; dan
- e. Interaksi obat.

Resep yang lengkap memuat hal-hal berikut (Syamsuni A, 2005:21) :

- a. Nama, alamat dan nomor izin praktik dokter, dokter gigi atau dokter hewan;
- b. Tanggal penulisan resep (*inscriptio*);
- c. Tanda R/ pada bagian kiri setiap penulisan resep (*invocatio*);
- d. Nama setiap obat dan komposisinya (*praescriptio/ordonatio*);
- e. Aturan pemakaian obat yang tertulis (*signatura*);
- f. Tanda tangan atau paraf dokter penulis resep sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (*subscriptio*);
- g. Jenis hewan dan nama serta alamat pemiliknya untuk resep dokter hewan;

- h. Tanda seru dan/atau paraf dokter untuk resep yang melebihi dosis maksimalnya.

dr. Supriyadi SIP. No. 228/K/84 Jl. Z.A. Pagar Alam No. 2B Telp. 123456789 B.Lampung	B.Lampung, 06-06-2025
R/ Acetosal 500 mg <u>Codein HCl</u> 20 mg CTM 4 mg SL q.s. m.f. pulv. dtd No. XV da in caps. S.t.d.d caps I	
Paraf/Tanda Tangan Dokter	
Pro : Tn. Kevin (dewasa) Jl. Pagar Alam No. 42, Kedaton	

Sumber : Syamsuni A, 2005

Gambar 2.1 Contoh Resep.

Menurut (Verawaty dan Diska, 2020) tahapan kerja pelayanan resep obat jadi pasien rawat Jalan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit terdiri dari 5 tahapan, yaitu :

- a. Tahap Penerimaan Resep

Pada tahap ini, dimulai saat pasien memberikan lembar resep ke Instalasi Farmasi Rumah Sakit kemudian petugas farmasi melakukan pengkajian

kelengkapan resep sampai dengan resep selesai diinput kedalam Sistem Informasi Rumah Sakit melalui komputer dan juga termasuk pembuatan etiket hingga etiket dan perincian harga dicetak.

b. Tahap Pengambilan Obat

Selanjutnya, pada tahap ini dimulai pada saat petugas farmasi melakukan pengambilan obat sesuai dengan obat yang ditulis pada resep sampai dengan obat diletakkan diatas meja kerja.

c. Pemberian etiket dan Pengemasan

Kemudian, pada tahap ini dimulai saat petugas farmasi menuliskan waktu kadaluwarsa obat hingga selesai penempelan etiket pada kemasan.

d. Tahap Pengecekan Obat

Pada tahap ini, dimulai ketika petugas farmasi melakukan *cross check* terhadap data pasien dan macam-macam nama obat berdasarkan resep, nota resep dan etiket yang tertera pada masing-masing obat serta *copy* resep bila terdapat pengulangan atau ada obat yang tidak ditebus.

e. Penyerahan Obat

Terakhir, pada tahap ini dimulai ketika petugas farmasi melakukan pemanggilan nomor antrean pasien melalui sistem dilanjutkan dengan pemanggilan nama pasien, selanjutnya dilakukan identifikasi pasien dan penyerahan obat yang disertai dengan pemberian informasi penggunaan obat tersebut.

Sedangkan alur pelayanan resep obat racikan adalah sebagai berikut (Yuliyanti dan Lakoan, 2023):

- 1) Penerimaan resep dari pasien;
- 2) Pengkajian resep;
- 3) Perhitungan dosis obat;
- 4) Peracikan, pencampuran, dan pengemasan;
- 5) *Double checking* atau pemeriksaan ulang antara resep fisik dengan obat yang disiapkan sebelum tahapan penyerahan obat;
- 6) Proses pengkajian resep secara farmasetika dilakukan pada saat menyerahan obat kepada pasien oleh apoteker. Hal ini dikarenakan petugas yang menerima resep dari pasien adalah TTK.

G. Sistem Jaminan Kesehatan

1. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

a. Pengertian Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Jaminan sosial merupakan salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya (UU No. 24/2011, I).

b. Fungsi dan Tugas BPJS

BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Dalam melaksanakan fungsi, BPJS bertugas untuk (UU No. 24/2011, IV) :

- 1) Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta;
- 2) Memungut dan mengumpulkan Iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja;
- 3) Menerima Bantuan Iuran dari Pemerintah;
- 4) Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan Peserta;
- 5) Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial;
- 6) Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial; dan
- 7) Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

c. Hak dan Kewajiban Peserta

Setiap Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berhak (Permenkes RI No. 28/2014:III) :

- 1) Mendapatkan nomor identitas tunggal peserta
- 2) Memperoleh manfaat pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan)

- 3) Memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) sesuai yang diinginkan. Perpindahan fasilitas kesehatan tingkat pertama selanjutnya dapat dilakukan setelah 3 (tiga) bulan. Khusus bagi peserta: Askes sosial dari PT. Askes (Persero), Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) dari PT. (Persero) Jamsostek, program Jamkesmas dan TNI/POLRI, 3 (tiga) bulan pertama penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) ditetapkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan).
- 4) Mendapatkan informasi dan menyampaikan keluhan terkait dengan pelayanan kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Setiap Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berkewajiban untuk (Permenkes RI No. 28/2014:III) :

- 1) Mendaftarkan diri dan membayar iuran, kecuali Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan pendaftaran dan pembayaran iurannya dilakukan oleh Pemerintah.
 - 2) Mentaati prosedur dan ketentuan yang telah ditetapkan.
 - 3) Melaporkan perubahan data kepesertaan kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) dengan menunjukkan identitas peserta pada saat pindah domisili, pindah kerja, menikah, perceraian, kematian, kelahiran dan lain-lain.
2. Pasien Umum (Non-BPJS)

Pasien umum adalah pasien yang berobat membayar sendiri segala biaya perobatan dan perawatan sesuai dengan ketentuan ketentuan yang berlaku. Segala biaya bagi setiap umum yang berobat rawat jalan dibebankan langsung kepada pasien saat dilakukan pemeriksaan rawat jalan, sebagai biaya dibebankan kepad apasien sesuai dengan ketentuan yang berlaku di rumah sakit (Yunita, Husin, Ningsih, 2023)

H. *E-Prescribing*

1. Definisi *E-prescribing*

E-prescribing atau sistem peresepan elektronik adalah suatu sistem peresepan dengan menggunakan perangkat lunak yang didesain untuk mempermudah dalam pelayanan peresepan obat mulai dari tahap *prescribing* (penulisan resep), tahap *transcribing* (pembacaan resep untuk proses dispensing), tahap dispensing (penyiapan hingga penyerahan resep oleh petugas), tahap administration (proses penggunaan obat) dan proses monitoring (Sabila, Oktarlina, Utami, 2018).

Resep elektronik (*e-prescribing*) didefinisikan sebagai resep yang ditransmisikan menggunakan media elektronik, dan menghubungkan berbagai informasi antara dokter, alat pembuat *e-prescribing*, apotek, bagian keuangan, atau rencana kesehatan baik secara langsung ataupun tidak langsung. *E-prescribing* tidak hanya mentransmisikan informasi secara dua arah antara dokter dengan alat pembuat *e-prescribing*, tetapi juga mentransmisikan dan menggabungkan sistem catatan elektronik yang dikenal sebagai Electronic Health Record (EHR) System (Sabila, Oktarlina, Utami, 2018).

2. Keunggulan *E-prescribing*

E-prescribing mempunyai beberapa keunggulan dibanding dengan peresepan manual, diantaranya :

a. Mencegah kesalahan pembacaan resep

Sistem elektronik menghilangkan masalah tulisan dokter yang tidak terbaca yang sering terjadi pada resep manual.

b. Memberikan dosis obat yang tepat

Sistem dapat membantu memastikan ketepatan dosis yang diberikan kepada pasien.

c. Input data lebih cepat

Proses pemasukan data menjadi lebih efisien dibandingkan dengan pencatatan manual.

d. Lebih hemat penggunaan kertas

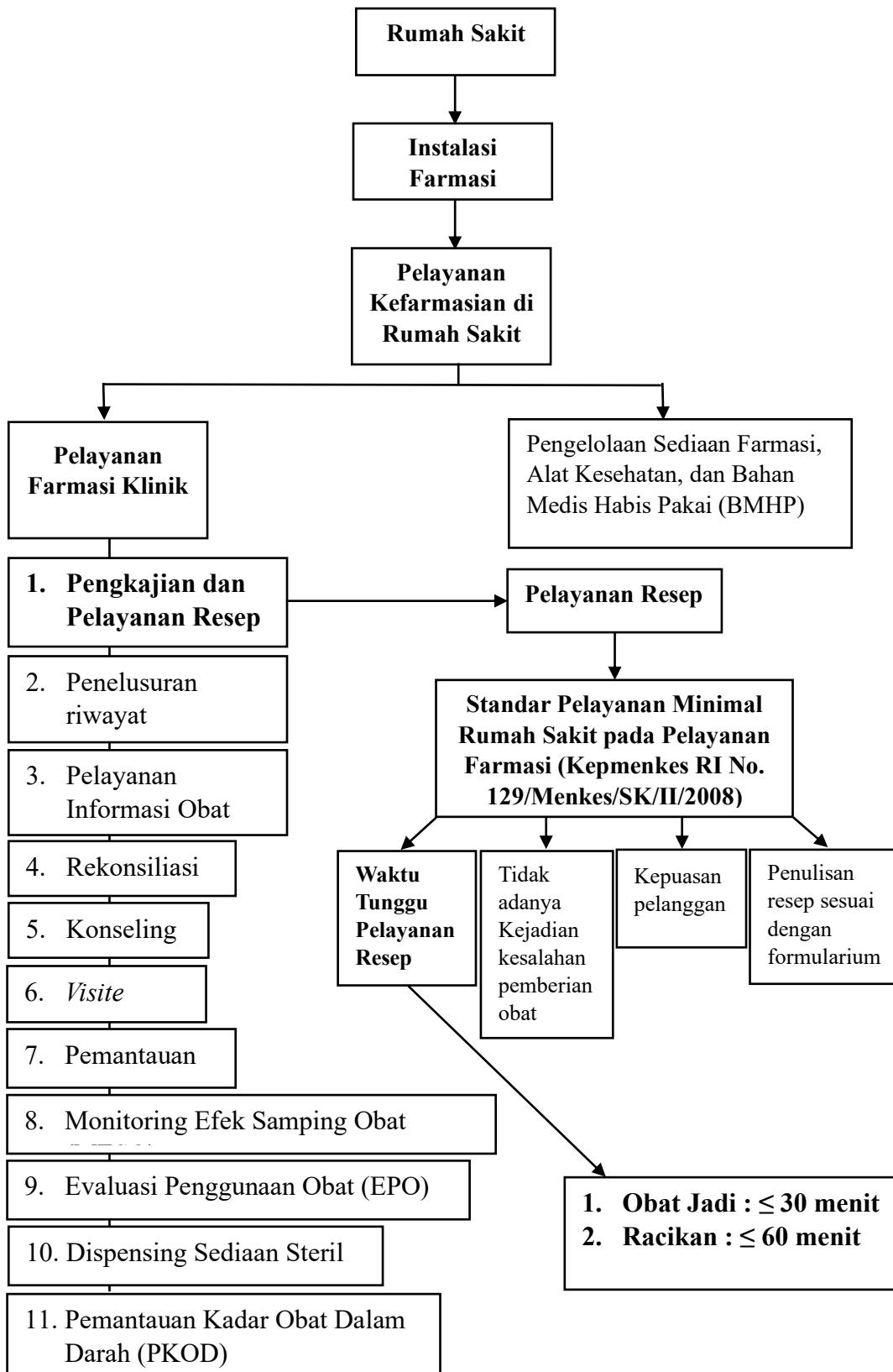
Mengurangi penggunaan kertas dalam proses peresepan.

e. Lebih praktis

Memudahkan seluruh proses peresepan dari dokter hingga apotek.

Pada peresepan manual, tulisan dokter terkadang tidak terbaca sehingga dapat menyebabkan kesalahan, penulisan resep seringkali harus diulang, dalam proses pemesanan, pencatatan dilakukan secara manual dan memerlukan waktu yang lebih lama dibandingkan dengan *e-prescribing* (Sabila, Oktarlina, Utami, 2018).

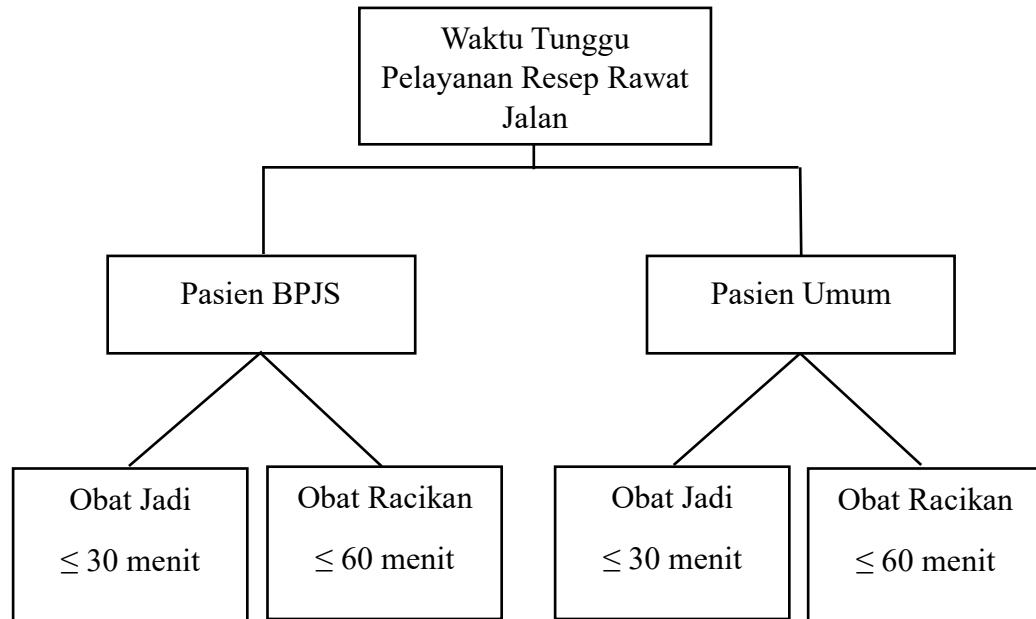
I. Kerangka Teori



Sumber : (Keputusan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008)

Gambar 2.2 Kerangka Teori

J. Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep.

K. Definisi Operasional

Tabel 2.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Waktu tunggu untuk resep obat Jadi Pasien BPJS dan Umum	Waktu yang diperlukan untuk menyiapkan resep obat jadi pasien rawat jalan yang berstatus sebagai pasien BPJS dan Umum yang dilayani oleh IFRS RSUD Alimuddin Umar. Mulai dari nomor antrian diterima sampai obat diserahkan ke pasien (setelah PIO)	Observasi	Stopwatch	Satuan waktu (menit)	Rasio
2.	Waktu tunggu untuk resep obat Racikan Racikan Pasien BPJS dan Umum	Waktu yang diperlukan untuk menyiapkan resep obat Racikan pasien rawat jalan yang berstatus sebagai Pasien BPJS dan Umum yang dilayani oleh IFRS RSUD Alimuddin Umar. Mulai dari nomor antrian diterima sampai obat diserahkan ke pasien (setelah PIO).	Observasi	Stopwatch	Satuan waktu (menit)	Rasio
3.	Kesesuaian Waktu tunggu untuk resep obat Jadi Pasien BPJS dan Umum berdasarkan Kepmenkes RI No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.	Tingkat kesesuaian antara hasil waktu tunggu resep obat jadi pasien BPJS dan Umum dengan standar waktu tunggu obat jadi yang ditetapkan dalam Kepmenkes RI No. 129 Tahun 2008.	Observasi	Stopwatch	1. ≤ 30 menit: Memenuhi Syarat 2. ≥ 30 menit: Tidak Memenuhi Syarat	Ordinal
4.	Kesesuaian Waktu tunggu untuk resep obat	Tingkat kesesuaian antara hasil waktu tunggu resep obat racikan pasien BPJS dan	Observasi	Stopwatch	1. ≤ 60 menit: Memenuhi Syarat 2. ≥ 60 menit: Tidak	Ordinal

	Racikan Pasien BPJS dan Umum berdasarkan Kepmenkes RI No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.	Umum dengan standar waktu tunggu obat racikan yang ditetapkan dalam Kepmenkes RI No. 129 Tahun 2008.			Memenuhi Syarat
5.	Jenis Resep	Jenis obat yang diresepkan, baik berupa racikan maupun obat jadi, yang memengaruhi durasi pelayanan.	Observasi	Lembar Checklist	Obat Jadi/Obat Racikan Nominal
6.	Sumber Daya Manusia (SDM)	Jumlah petugas farmasi yang memengaruhi kecepatan pelayanan resep.	Observasi dan Wawancara	Lembar Observasi	Memadai/Tidak Memadai Ordinal
7.	Sarana dan Prasarana	Kondisi dan ketersediaan alat serta ruang yang menunjang pelayanan resep.	Observasi	Lembar Observasi	Memadai/Tidak Memadai Ordinal
8.	Kelengkapan Data Pasien	Kelengkapan resep yang meliputi : 1. Nama, Umur, Jenis Kelamin, Berat Badan, Tinggi Badan Pasien 2. Tempat dan Tanggal Penulisan Resep, Tanda R/ 3. Nama, Alamat, No. Telp, Paraf, dan No. Izin Praktik Dokter 3. Nama, Bentuk Sediaan, Jumlah, dan Aturan Pakai Obat.	Observasi	Lembar Checklist	Lengkap/Tidak Lengkap Ordinal
9.	Ketersediaan Stok Obat	Kondisi ketersediaan obat yang memengaruhi waktu pelayanan.	Observasi dan Wawancara	Lembar Checklist	Tersedia/Habis Ordinal