

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2. 1. Rumah Sakit

2. 1. 1. Pengertian Rumah Sakit

Menurut *American Hospital Association*, rumah sakit adalah sebagai organisasi yang melalui tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien. Menurut Wolper dan Pena, rumah sakit adalah tempat dimana orang sakit mencari dan menerima pelayanan kedokteran serta tempat dimana pendidikan klinik untuk mahasiswa kedokteran, perawat dan berbagai tenaga profesi kesehatan lainnya diselenggarakan. Menurut *Association of Hospital Care*, rumah sakit adalah pusat dimana pelayanan kesehatan masyarakat, pendidikan serta penelitian kedokteran diselenggarakan (<http://semangateli.blogspot.com/06/rumah-sakit-dan-puskesmas.html>, 2009).

Rumah sakit (*hospital*) adalah sebuah institusi perawatan kesehatan profesional yang pelayanannya disediakan oleh dokter, perawat, dan tenaga ahli kesehatan lainnya (http://id.wikipedia.org/wiki/Rumah_sakit, 2009).

Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) RI, No.159 b/MenKes/Per/II/1988 menjelaskan, bahwa yang dimaksud dengan rumah sakit adalah sarana upaya kesehatan menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian.

2. 1. 2. Perkembangan Rumah Sakit

Sesuai dengan perkembangan zaman, maka rumah sakit mengalami perkembangan yang dapat dibedakan atas 4 macam (<http://semangateli.blogspot.com/06/rumah-sakit-dan-puskesmas.html>, 2009) :

1. Perkembangan pada fungsi yang dimilikinya. Jika dulu hanya menyembuhkan orang sakit maka pada saat ini telah berkembang menjadi pusat kesehatan.

2. Perkembangan pada ruang lingkup kegiatan yang dilakukannya. Jika dulu ruang lingkungannya hanya tempat beristirahat, tempat mengasuh anak yatim, serta tempat tinggal orang jompo, maka pada saat ini berkembang menjadi institusi kesehatan.
3. Perkembangan fungsi yang dimiliki rumah sakit. Fungsi rumah sakit tidak hanya pada hal-hal yang sederhana tetapi telah mencakup pada hal yang spesialisistik dan bahkan subspecialistik.
4. Perkembangan kepemilikan rumah sakit. Jika dulu rumah sakit hanya didirikan oleh badan keagamaan, badan sosial, dan pemerintah, maka saat ini telah didirikan pula oleh pihak swasta.

2. 1. 3. Fungsi Rumah Sakit

Dalam Permenkes RI No.159 b/MenKes/Per/II/1988 fungsi rumah sakit adalah meliputi aspek :

1. Menyediakan dan menyelenggarakan :
 - a. Pelayanan medik
 - b. Pelayanan penunjang medik
 - c. Pelayanan perawatan
 - d. Pencegahan dan peningkatan kesehatan
2. Sebagai tempat pendidikan dan atau latihan tenaga medik dan tenaga paramedis.
3. Sebagai tempat penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi bidang kesehatan.

Berikut merupakan tugas sekaligus fungsi dari rumah sakit, yaitu (http://id.wikipedia.org/wiki/Rumah_sakit, 2009) :

1. Melaksanakan pelayanan medis dan pelayanan penunjang medis.
2. Melaksanakan pelayanan medis tambahan dan pelayanan penunjang medis tambahan.
3. Melaksanakan pelayanan kedokteran kehakiman.
4. Melaksanakan pelayanan medis khusus.
5. Melaksanakan pelayanan rujukan kesehatan.
6. Melaksanakan pelayanan kedokteran gigi.

7. Melaksanakan pelayanan kedokteran sosial.
8. Melaksanakan pelayanan penyuluhan kesehatan.
9. Melaksanakan pelayanan rawat jalan atau rawat darurat dan rawat tinggal (observasi).
10. Melaksanakan pelayanan rawat inap.
11. Melaksanakan pelayanan administratif.
12. Melaksanakan pendidikan para medis.
13. Membantu pendidikan tenaga medis umum.
14. Membantu pendidikan tenaga medis spesialis.
15. Membantu penelitian dan pengembangan kesehatan.
16. Membantu kegiatan penyelidikan epidemiologi.

Tugas dan fungsi ini berhubungan dengan kelas dan tipe rumah sakit yang di Indonesia terdiri dari rumah sakit umum dan rumah sakit khusus, kelas a, b, c, d berbentuk badan dan sebagai unit pelaksana teknis daerah. Perubahan kelas rumah sakit dapat saja terjadi sehubungan dengan turunnya kinerja rumah sakit yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan Indonesia melalui keputusan Dirjen Pelayanan Medik (http://id.wikipedia.org/wiki/Rumah_sakit, 2009).

Rumah sakit mempunyai fungsi utama menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan dan pemulihan bagi penderita, yang berarti bahwa pelayanan rumah sakit untuk penderita rawat jalan dan rawat tinggal hanya bersifat spesialisik atau sub spesialisik, sedang pelayanan yang bersifat non spesialisik atau pelayanan dasar dilakukan di Puskesmas (Depkes RI, 1982). Hal tersebut diperjelas dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI No.983/Menkes/SK/XI/1992 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum, yang menyebutkan bahwa tugas rumah sakit mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.

2. 1. 4. Klasifikasi Rumah Sakit

Berdasarkan jenis pelayanan rumah sakit dapat digolongkan menjadi (<http://farmasi-istn.blogspot.com/2008/01/klasifikasi-rumah-sakit.html>, 2009) :

1. Rumah Sakit Umum

Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialistik dan subspecialistik. Rumah sakit umum memberi pelayanan kepada berbagai penderita dengan berbagai jenis penyakit, memberi pelayanan diagnosis dan terapi untuk berbagai kondisi medik, seperti penyakit dalam, bedah, pediatrik, psikiatrik, ibu hamil, dan sebagainya.

2. Rumah Sakit Khusus

Rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang mempunyai fungsi primer, memberikan diagnosis dan pengobatan untuk penderita yang mempunyai kondisi medik khusus, baik bedah atau non bedah, misal : Rumah Sakit Ginjal, Rumah Sakit Kusta, Rumah Sakit Jantung, Rumah Sakit Bersalin dan Anak, dan lain-lain.

Berdasarkan kepemilikan, rumah sakit dibagi atas (<http://farmasi-istn.blogspot.com/2008/01/klasifikasi-rumah-sakit.html>, 2009) :

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 umum pemerintah dapat dibedakan berdasarkan unsur pelayanan, ketenagaan, fisik dan peralatan 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 spesialistik 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 subspecialistik, setara dengan rumah sakit pemerintah kelas B.

Berdasarkan fasilitas pelayanan dan kapasitas tempat tidur, rumah sakit digolongkan menjadi (<http://farmasi-istn.blogspot.com/2008/01/klasifikasi-rumah-sakit.html>, 2009) :

1. Rumah Sakit Kelas A, yaitu rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik dan subspecialistik luas, dengan kapasitas lebih dari 1000 tempat tidur.
2. Rumah Sakit Kelas B, dibagi menjadi :
 - a. Rumah sakit B1 yaitu rumah sakit yang melaksanakan pelayanan medik minimal 11 (sebelas) spesialisik dan belum memiliki sub spesialisik luas dengan kapasitas 300-500 tempat tidur.
 - b. Rumah sakit B2 yaitu rumah sakit yang melaksanakan pelayanan medik spesialisik dan sub spesialisik terbatas dengan kapasitas 500-1000 tempat tidur.
3. Rumah Sakit Kelas C, yaitu rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik dasar, yaitu penyakit dalam, bedah, kebidanan atau kandungan, dan kesehatan, dengan kapasitas 100-500 tempat tidur.
4. Rumah Sakit Kelas D yaitu rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik dasar, dengan kapasitas tempat tidur kurang dari 100.

2.1.5. Organisasi Rumah Sakit

Secara umum organisasi rumah sakit dapat dibedakan menjadi 3 kelompok organisasi rumah sakit antara lain (<http://semangateli.blogspot.com/06/rumah-sakit-dan-puskesmas.html>, 2009) :

1. Para penentu kebijakan yang dikenal dengan Dewan Perwalian, yang termasuk didalamnya adalah para pemilik rumah sakit yang bertugas menentukan kebijakan rumah sakit.

2. Para pelaksana pelayanan non medis yang diwakili oleh kalangan administrasi yang bertugas untuk mengelola aspek non medis kegiatan rumah sakit sesuai dengan kebijakan yang ditetapkan oleh Dewan Perwalian.
3. Para pelaksanan pelayanan medis yang diwakili oleh kalangan kesehatan, yang bekerja di rumah sakit untuk menyelenggarakan pelayanan medis rumah sakit.

2. 1. 6. Pelayanan Rumah Sakit

Berbagai pelayanan yang diberikan di rumah sakit dapat dibedakan menjadi dua golongan, yaitu (Siregar & Amalia, 2003) :

1. Pelayanan utama yang terdiri dari :
 - a. Pelayanan medik/keperawatan yang dilakukan oleh berbagai staf medik fungsional sesuai dengan jenis dan status penyakit penderita tertentu. Staf medik fungsional umumnya terdiri atas dokter umum, dokter gigi, dan dokter spesialis dan subspesialis dari disiplin: bedah umum, bedah syaraf, bedah jantung dan toraks, bedah tulang, bedah urologi, anestesi, bedah obstetrik dan ginekologi, bedah proktologi, penyakit dalam, dan lain sebagainya.
 - b. Pelayanan Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) yang mempunyai pengaruh besar terhadap perkembangan rumah sakit sebab hampir seluruh pelayanan yang diberikan pada penderita di rumah sakit berintervensi dengan sediaan farmasi atau perbekalan kesehatan. Bertanggung jawab atas pengelolaan dan pengendalian sediaan farmasi atau perbekalan kesehatan, mulai dari perencanaan, pemilihan, penetapan spesifikasi, pengadaan, pengendalian mutu, penyimpanan, serta *dispensing*, distribusi bagi penderita, pemantauan efek, pemberian informasi, dan sebagainya, semuanya adalah tugas, fungsi serta tanggung jawab Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS).
2. Pelayanan pendukung merupakan semua pelayanan yang mendukung pelayanan medik untuk penegakan diagnosis dan perawatan penderita. Pelayanan pendukung antara lain, pelayanan laboratorium, pelayanan ahli

gizi dan makanan, rekaman medik, bank darah, sentra sterilisasi, pemeriksaan sinar-X, dan layanan sosial.

John Griffith dikutip oleh Aditama YT (2000) menyebutkan bahwa pelayanan pendukung atau pelayanan penunjang medik harus dapat menjalankan fungsinya untuk :

1. Memuaskan pasien.
2. Memuaskan dokter yang juga merupakan konsumen.
3. Memberi pelayanan yang mampu bersaing dengan pesaing lain.
4. Mampu memberi harga yang kompetitif.
5. Dapat meminimalkan gangguan dan kesalahan pelayanan yang merugikan.

2. 1. 7. Prasarana Rumah Sakit

Prasarana rumah sakit antara lain meliputi (<http://fpks-dpr.or.id/main.php>, 2009) :

1. Instalasi air
2. Instalasi mekanikal dan elektrikal
3. Instalasi gas
4. Instalasi uap
5. Instalasi pengelolaan limbah
6. Pencegahan dan penanggulangan kebakaran.
7. Instalasi tata udara
8. Komunikasi

2. 2. Instalasi Farmasi Rumah Sakit

2. 2. 1. Pengertian Instalasi Farmasi Rumah Sakit

Instalasi adalah fasilitas penyelenggara pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, kegiatan penelitian, pengembangan, pendidikan, pelatihan dan pemeliharaan sarana rumah sakit (Depkes RI, 1992).

Farmasi adalah suatu profesi kesehatan yang berhubungan dengan pembuatan dan distribusi dari produk yang berkhasiat obat. Farmasi juga meliputi profesi yang sah dan fungsi ekonomi dari distribusi produk yang berkhasiat obat yang baik dan aman (Aditama YT, 2000).

Farmasi rumah sakit adalah seluruh aspek kefarmasian yang dilakukan di rumah sakit (Siregar & Amalia, 2003).

Jadi, Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) adalah suatu bagian/unit/divisi tempat penyelenggaraan semua kegiatan pekerjaan kefarmasian yang ditujukan untuk keperluan rumah sakit itu sendiri (Siregar & Amalia, 2003).

Secara umum Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) dapat diartikan sebagai suatu departemen atau unit di rumah sakit di bawah pimpinan seorang apoteker dan dibantu oleh beberapa orang apoteker yang memenuhi persyaratan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan kompeten secara profesional, tempat atau fasilitas penyelenggaraan yang bertanggung jawab atas seluruh pekerjaan serta pelayanan kefarmasian yang mencakup perencanaan, pengadaan, produksi, penyimpanan, dispensing obat berdasarkan resep, pengendalian mutu, dan pengendalian distribusi dan penggunaan seluruh perbekalan kesehatan di rumah sakit (Siregar & Amalia, 2003).

Kepustakaan lain mengartikan Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) sebagai suatu unit di rumah sakit yang merupakan fasilitas penyelenggaraan kefarmasian di bawah pimpinan seorang farmasis dan memenuhi persyaratan secara hukum untuk mengadakan, menyediakan, dan mengelola seluruh aspek penyediaan perbekalan kesehatan di rumah sakit yang berintikan pelayanan produk yang lengkap dan pelayanan farmasi klinik yang sifat pelayanannya berorientasi kepada kepentingan penderita ([http:// farmasi-istn.blogspot.com](http://farmasi-istn.blogspot.com) 2008/01/instalasi-farmasi-rumah-sakit.html, 2009).

Pelayanan farmasi rumah sakit merupakan salah satu kegiatan di rumah sakit yang menunjang pelayanan kesehatan yang bermutu. Hal tersebut diperjelas dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit, yang menyebutkan bahwa pelayanan farmasi rumah sakit adalah bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan rumah sakit yang berorientasi kepada pelayanan pasien, penyediaan obat yang bermutu, termasuk pelayanan farmasi klinik, yang terjangkau bagi semua lapisan masyarakat.

2. 2. 2. Tujuan Instalasi Farmasi Rumah Sakit

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1197/Menkes/SK/X/2004, tujuan Instalasi Farmasi Rumah Sakit, adalah sebagai berikut :

1. Melaksanakan pelayanan farmasi yang optimal baik dalam keadaan biasa maupun dalam keadaan gawat darurat, sesuai dengan keadaan pasien maupun fasilitas yang tersedia.
2. Menyelenggarakan kegiatan pelayanan profesional berdasarkan prosedur kefarmasian dan etik profesi.
3. Melaksanakan KIE (Komunikasi Informasi dan Edukasi) mengenai obat.
4. Menjalankan pengawasan obat berdasarkan aturan-aturan yang berlaku.
5. Melakukan dan memberi pelayanan bermutu melalui analisa, telaah dan evaluasi pelayanan.
6. Mengawasi dan memberi pelayanan bermutu melalui analisa, telaah dan evaluasi pelayanan
7. Mengadakan penelitian di bidang farmasi dan peningkatan metoda.

Sedangkan tujuan Instalasi Farmasi Rumah Sakit menurut *The American Society of Hospital Pharmacist* (1994), adalah sebagai berikut :

1. Turut berpartisipasi aktif dalam penyembuhan penderita dan memupuk tanggung jawab dalam profesi dengan landasan filosofi dan etika.
2. Mengembangkan ilmu dan profesi dengan konsultasi pendidikan dan penelitian.
3. Mengembangkan kemampuan administrasi dan manajemen, penyediaan obat dan alat kesehatan di rumah sakit.
4. Meningkatkan keterampilan tenaga farmasi yang bekerja di instalasi farmasi rumah sakit.
5. Memperhatikan kesejahteraan staf dan pegawai yang bekerja di lingkungan instalasi farmasi rumah sakit.
6. Mengembangkan pengetahuan tentang farmasi rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan.

2. 2. 3. Tugas Pokok Dan Fungsi Instalasi Farmasi Rumah Sakit

Tugas pokok dan fungsi Instalasi Farmasi Rumah Sakit Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1197/Menkes/SK/X/2004, adalah sebagai berikut:

Tugas Pokok Instalasi Farmasi Rumah Sakit, antara lain :

1. Melaksanakan pelayanan farmasi yang optimal.
2. Menyelenggarakan kegiatan pelayanan farmasi profesional berdasarkan prosedur kefarmasian dan etik profesi.
3. Melaksanakan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE).
4. Memberi pelayanan bermutu melalui analisa, dan evaluasi untuk meningkatkan mutu pelayanan farmasi.
5. Melakukan pengawasan berdasarkan aturan-aturan yang berlaku.
6. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan di bidang farmasi.
7. Mengadakan penelitian dan pengembangan di bidang farmasi.
8. Memfasilitasi dan mendorong tersusunnya standar pengobatan dan formularium rumah sakit.

Fungsi Instalasi Farmasi Rumah Sakit, antara lain :

1. Pengelolaan perbekalan farmasi yang meliputi:
 - a. Memilih perbekalan farmasi sesuai kebutuhan pelayanan rumah sakit.
 - b. Merencanakan kebutuhan perbekalan farmasi secara optimal.
 - c. Mengadakan perbekalan farmasi berpedoman pada perencanaan yang telah dibuat sesuai ketentuan yang berlaku.
 - d. Memproduksi perbekalan farmasi untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan di rumah sakit.
 - e. Menerima perbekalan farmasi sesuai dengan spesifikasi dan ketentuan yang berlaku.
 - f. Menyimpan perbekalan farmasi sesuai dengan spesifikasi dan persyaratan kefarmasian.
 - g. Mendistribusikan perbekalan farmasi ke unit-unit pelayanan di rumah sakit.
2. Pelayanan kefarmasian dalam penggunaan obat dan alat kesehatan yang meliputi:
 - a. Mengkaji instruksi pengobatan/resep pasien.

- b. Mengidentifikasi masalah yang berkaitan dengan penggunaan obat dan alat kesehatan.
- c. Mencegah dan mengatasi masalah yang berkaitan dengan obat dan alat kesehatan.
- d. Memantau efektifitas dan keamanan penggunaan obat dan alat kesehatan.
- e. Memberikan informasi kepada petugas kesehatan, pasien/keluarga.
- f. Memberi konseling kepada pasien/keluarga.
- g. Melakukan pencampuran obat suntik.
- h. Melakukan penyiapan nutrisi parenteral.
- i. Melakukan penanganan obat kanker.
- j. Melakukan penentuan kadar obat dalam darah.
- k. Melakukan pencatatan setiap kegiatan.
- l. Melaporkan setiap kegiatan.

Secara khusus pelayanan farmasi meliputi (Rakhmisari D, 2006):

1. Sistem pengadaan dan inventaris.
2. Pembuatan obat termasuk pembungkusan kembali sesuai kebutuhan dan Cara Pembuatan Obat yang Baik (CPOB).
3. Bantuan penyelenggaraan sistem distribusi yang efisien, baik bagi pasien rawat inap maupun rawat jalan.
4. Pelayanan keprofesian meliputi pencampuran, penyampaian obat dalam hal dosis, indikasi, efek samping, perhitungan kadar dan harga.
5. Pelayanan bahan dan alat steril untuk keperluan pembedahan, kegiatan medis dan perawatan tertentu di ruangan dan di dalam rumah sakit.
6. Pemberian informasi yang baik kepada staf dan pasien.

2.3. Manajemen Farmasi

Untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, maka perlu dilaksanakan fungsi manajemen farmasi yang tentu tidak terlepas dari konsep umum manajemen logistik, di mana unturnya meliputi: perencanaan, penganggaran, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, penghapusan, dan

pengendalian (Rakhmisari D, 2006). Di bawah ini penjelasan dari masing-masing manajemen farmasi, yaitu sebagai berikut:

1. Perencanaan

Perencanaan barang farmasi merupakan suatu proses kegiatan seleksi perbekalan farmasi dan penentuan jumlah barang farmasi dalam rangka pengadaan. Tujuan yang ingin dicapai adalah untuk mendapat jenis dan jumlah barang farmasi sesuai dengan kebutuhan dan menghindari terjadinya kekosongan barang farmasi.

2. Penganggaran

Penganggaran merupakan realisasi pendanaan dari kegiatan operasional yang telah disesuaikan dengan usulan dari perencana/user dengan memperhitungkan efektivitas dan efisiensi. Fungsinya untuk menghitung kebutuhan dengan harga satuan yaitu skala mata uang, dapat berdasarkan harga pembelian waktu yang lalu atau menurut informasi harga terbaru.

3. Pengadaan

Pengadaan merupakan kegiatan untuk merealisasikan kebutuhan yang telah ditetapkan atau disetujui dalam fungsi sebelumnya yaitu perencanaan dan penganggaran. Pengadaan barang farmasi bersifat teknis menyangkut pihak luar dan dalam penyelenggaraannya terkait dengan berbagai kebijaksanaan pemerintah seperti Keppres No.16 Tahun 1994 tentang pelaksanaan anggaran pendapatan dan belanja negara khususnya Pasal 21 mengenai pengadaan barang dan jasa.

4. Penerimaan

Penerimaan merupakan kegiatan yang sangat penting dimana seluruh jenis, jumlah, kualitas dan spesifikasi serta persyaratan lainnya dari suatu barang farmasi yang diterima harus sama dengan yang tercantum dalam surat perjanjian/kontrak. Kegiatan ini merupakan suatu proses penyaringan barang farmasi yang tidak sesuai dengan kontrak yang telah ditetapkan seperti kuantitas, kualitas, spesifikasi, kemasan dan segel/merk.

5. Penyimpanan

Penyimpanan merupakan suatu kegiatan dan usaha untuk melakukan pengurusan penyelenggaraan dan pengaturan barang persediaan di dalam ruang

penyimpanan. Pengelolaan penyimpanan yang tidak baik dapat berdampak kepada meningkatnya anggaran rumah sakit dan biaya yang ditanggung oleh pengguna layanan farmasi, seperti bertambah panjangnya lama hari rawat serta timbulnya efek samping dan toksisitas bahkan kematian akibat pemakaian dari suatu obat/barang farmasi.

6. Pendistribusian

Pendistribusian merupakan kegiatan pengurusan, penyelenggaraan, dan pengaturan pemindahan barang farmasi dari tempat penyimpanan ke tempat pemakai/*user* sehingga menjamin kelancaran pelayanan farmasi yang bermutu dan pada akhirnya dapat menentukan keberhasilan dari terapi yang diberikan. Prinsip dari pendistribusian barang farmasi adalah barang farmasi yang diperlukan harus selalu tersedia pada saat diperlukan.

7. Penghapusan

Penghapusan merupakan proses menghapus tanggung jawab Bendahara Barang atau pengelola barang atas bahan atau barang tertentu sekaligus mengeluarkan dari catatan/pembukuan sesuai dengan peraturan yang berlaku. Penghapusan dapat dilakukan dengan pemusnahan yaitu dibuang, dibakar atau dipendam/ditanam; dijual/dilelang. Dalam rumah sakit pemerintah hasil penjualan dan pelelangan harus disetor ke kas negara.

8. Pengendalian

Pengendalian merupakan upaya sistematis dalam proses memastikan kegiatan yang telah dilakukan sesuai dengan kegiatan yang direncanakan. Tujuan pengendalian barang farmasi adalah untuk menyimpan sedikit mungkin persediaan/barang farmasi di dalam rumah sakit, dengan tetap menjaga agar tidak kekurangan untuk barang-barang farmasi yang penting serta menciptakan keseimbangan antara persediaan dengan permintaan.

Aktivitas utama layanan resep farmasi rawat jalan adalah penerimaan resep, pengelolaan resep serta peracikan. Di mana ketiga aktivitas tersebut akan mengkonsumsi waktu yang berbeda berdasarkan jenis resep dan jumlah item pada setiap lembar resep. Sebagai contoh pada jenis resep racikan akan mengkonsumsi waktu yang lebih lama dibandingkan dengan obat jadi. Demikian juga jumlah item pada setiap resep akan mempengaruhi waktu

layanan resep tersebut (Wijono D, 1999). Jadi komponen aktivitas di dalam satu siklus layanan resep yang dilakukan secara tidak efektif akan menentukan waktu tunggu yang harus ditanggung oleh konsumen (Donabedian A, 1980).

Prinsip mendasar manajemen obat adalah optimasi dana dalam rangka pengadaan obat keperluan lain rumah sakit. Optimasi seperti ini berarti (Silalahi B, 1989) :

1. Meningkatkan efisiensi suplai dan manajemen obat serta keperluan lainnya.
2. Meningkatkan penggunaan obat secara rasional.

2. 4. Arus Barang Di Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS)

Setiap terjadi penjualan berarti terjadi pengeluaran barang dari apotek dan barang yang keluar tersebut harus diisi kembali hingga jumlah barang itu tetap. Tetapi hal ini tidak mungkin mengadakan keseimbangan setiap hari untuk setiap produk karena frekuensi pembelian menjadi sangat tinggi dan berakibat volume pekerjaan menjadi besar (Anief M, 1995).

Oleh karena itu harus dicari waktu yang tepat kapan saat pembelian produk yang wajar dilakukan hingga ada keseimbangan antara beban pekerjaan dan kemampuan memenuhi permintaan dalam penjualan (Anief M, 1995).

Arus keluar masuknya barang akan melalui jalur seperti (Anief M, 1995):

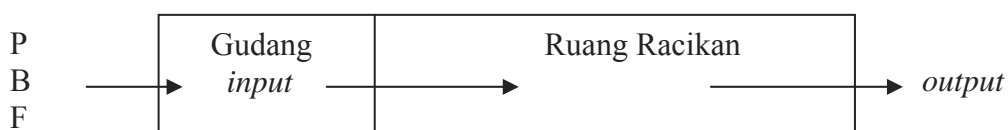
1. Dari PBF masuk gudang
2. Dari gudang masuk ruang racikan
3. Dari ruang racikan ke tangan pasien

Dari arus barang terdapat tiga jenis kegiatan yang terlibat (Anief M, 1995):

1. Pengadaan barang (pembelian)
2. Pergudangan (penyimpanan)
3. Penyerahan barang (penjualan)

Di bawah ini gambar arus barang di Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) :

Gambar 2. 1 Arus Barang Di Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS)



Sumber : Anief M., 1995, *Manajemen Farmasi*; Gajah Mada University Press, Yogyakarta

P
A
S
I
E
N

2. 5. Peranan Apoteker Di Instalasi Farmasi Rumah Sakit

2. 5. 1. Pengertian Apoteker

Apoteker adalah seseorang yang mempunyai keahlian dan kewenangan di bidang kefarmasian baik di apotek, rumah sakit, industri, pendidikan, dan bidang lain yang masih berkaitan dengan bidang kefarmasian. Pendidikan apoteker dimulai dari pendidikan sarjana, kurang lebih empat tahun, ditambah satu tahun untuk pendidikan profesi apoteker. Apoteker di Indonesia bergabung dalam organisasi profesi Apoteker yang disebut Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia (ISFI) (<http://id.wikipedia.org/wiki/Apoteker>, 2009).

Dalam menjaga dan memajukan kesehatan, kekuatan mental dan fisik rakyat adalah pemberian informasi yang cukup mengenai obat pada orang yang memerlukan informasi oleh orang yang dalam kedudukannya cakap memberikan informasi tersebut dan orang yang diharapkan tahu banyak tentang obat adalah Apoteker (Aditama YT, 2000). Seorang Apoteker harus mampu menjelaskan obat pada pasien, sebab (Aditama YT, 2000) :

- a. Dia tahu bagaimana obat tersebut diminum.
- b. Dia tahu reaksi samping obat yang mungkin ada.
- c. Dia tahu stabilnya obat dalam bermacam-macam kondisi.
- d. Dia tahu toksisitas obat dan dosisnya.
- e. Dia tahu cara dan rute pemakaian obat.

2. 5. 2. Tanggung Jawab Apoteker

Tanggung jawab seorang Apoteker rumah sakit adalah sebagai berikut (Aditama YT, 2000) :

1. Mengawasi pembuatan obat-obat yang digunakan di rumah sakit.
2. Menyediakan dan mengawasi akan kebutuhan obat dan suplai obat ke bagian-bagian.
3. Menyelenggarakan sistem pencatatan dan pembukuan yang baik.
4. Merencanakan, mengorganisasi, menentukan kebijakan IFRS.
5. Memberikan informasi mengenai obat (konsultan obat) kepada dokter dan perawat.
6. Ikut memberikan program pendidikan dan *training* kepada perawat.

7. Melaksanakan keputusan komisi farmasi dan terapi. Komisi farmasi dan terapi adalah komisi penasihat yang bertugas memberi nasihat kepada staf medis, Apoteker administrator rumah sakit dalam segala persoalan yang menyangkut soal penggunaan obat di rumah sakit.

2. 5. 3. Peranan Apoteker Di Industri Farmasi Termasuk Kosmetik Dan Obat Tradisional

Apoteker di dalam industri farmasi memiliki peran (Aditama YT, 2000) :

1. Bidang tehnik, yaitu :
 - a. Apoteker bekerja di laboratorium *quality control*.
 - b. Apoteker bekerja di bidang pembuatan obat (*manufacturing*).
2. Bidang administrasi, meliputi pembelian bahan (*inventory control*), pemasaran, dokumentasi, registrasi, urusan paten dan perundang-undangan.
3. Bidang *medical representative* merupakan salah satu bagian yang sangat penting sebagai badan kontrak antara industri farmasi dalam dunia pengobatan.

Kewajiban Apoteker dalam bidang laboratorium analisa tidak hanya dalam kontrol tetapi juga dalam perkembangan/penemuan obat baru dan bentuk sediaanannya.

2. 5. 4. Peranan Apoteker Dalam Bidang Tugas Lain

Dalam bidang tugas lain, Apoteker mempunyai peran sebagai berikut (Aditama YT, 2000) :

1. Pada Pedagang Besar Farmasi (PBF), Apoteker hendaknya menduduki kepala departemen pelayanan profesional bila diadakan di PBF, sebabnya obat-obatan yang diperdagangkan dapat dilakukan secara efektif dan sekaligus membantu dan mendorong industri farmasi memproduksi obat-obat yang bermutu tinggi.
2. Pada bidang pemerintahan, terutama di Departemen Kesehatan di Direktorat POM ialah pengawasan obat dan makanan termasuk pengawasan minuman, kosmetik, dan jamu (obat tradisional).

3. Pada bidang militer, juga banyak diperlukan tenaga Apoteker untuk bekerja di Angkatan Laut, Angkatan Darat, Angkatan Udara, dan juga di Angkatan Kepolisian.
4. Pada bidang pendidikan farmasi, disini Apoteker bekerja sebagai dosen dan sebagai tenaga peneliti.
5. Pada bidang riset farmasi, Apoteker dapat ikut aktif menggali sumber obat baru.

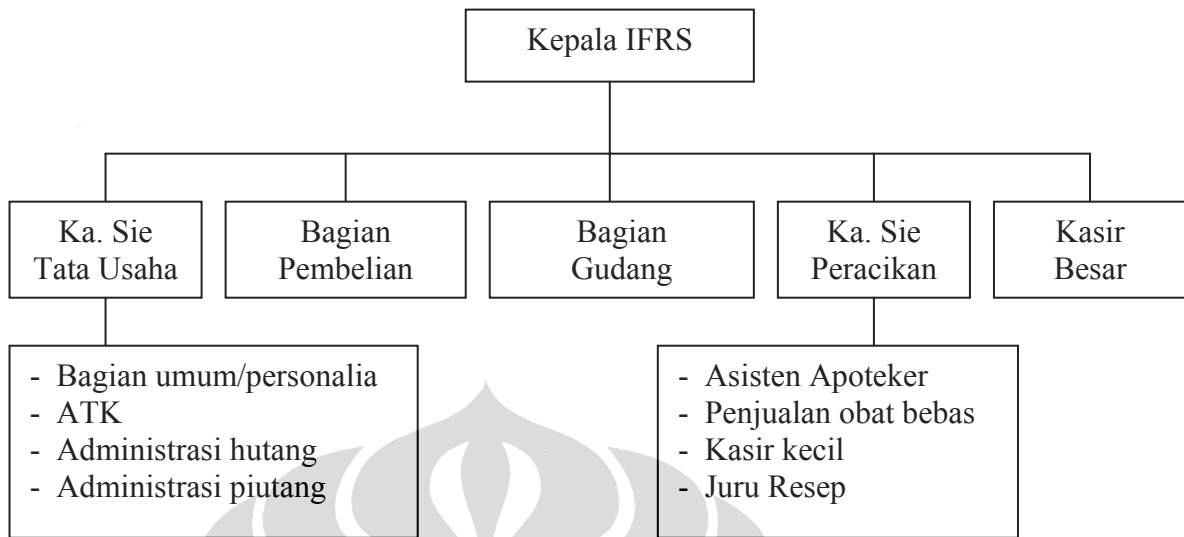
2. 6. Struktur Organisasi Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS)

Struktur organisasi IFRS dapat didesain dalam berbagai tahap berikut (Siregar & Amalia, 2003) :

1. Tetapkan struktur dasar dari organisasi atau segmentasi utama IFRS yaitu pengadaan, pelayanan, dan pengembangan.
2. Identifikasi semua unsur operasi (kegiatan yang dapat diidentifikasi yang perlu dilakukan)
3. Tetapkan tanggung jawab untuk melakukan unsur operasi itu kepada segmentasi utama dari struktur organisasi dasar IFRS, yaitu segmen pengadaan, segmen pelayanan, dan segmen pengembangan.
4. Kumpulkan pekerjaan itu (dalam segmen utama) dibagi-bagi lagi menjadi paket pekerjaan yang logis yang disebut tugas.
5. Tetapkan tanggung jawab dan wewenang berkaitan dengan tiap tugas.
6. Tetapkan hubungan tiap tugas dengan tugas lain. Hal ini mencakup hubungan hierarki (garis komando) dan pola komunikasi dan koordinasi yang dengan melalui itu dilaksanakan semua kegiatan antar unit/bagian dalam IFRS.
7. Padukan pekerjaan bagian/unit internal IFRS dan bagian/unit eksternal IFRS (bagian/unit rumah sakit) sehingga tujuan mutu dapat dicapai dalam cara yang optimal.

Berikut ini contoh struktur organisasi Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS):

Bagan 2. 2 Contoh Struktur Organisasi Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS)



Sumber : Rakhmisari D., 2006, *Bahan Kuliah Manajemen Instalasi Farmasi Rumah Sakit*; Program Diploma III Perumhaskitan FKUI, Jakarta

2. 7. Manajemen Waktu

Waktu menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (1997) adalah seluruh rangkaian saat ketika proses, perbuatan atau keadaan berada atau berlangsung. Dalam hal ini, skala waktu merupakan interval antara dua buah keadaan/kejadian, atau bisa merupakan lama berlangsungnya suatu kejadian. Skala waktu diukur dengan satuan detik (sekon), menit, jam, hari (Senin, Selasa, Rabu, Kamis, Jumat, Sabtu, Minggu), pekan (minggu), bulan (Januari, Februari, Maret, April, Mei, Juni, Juli, Agustus, September, Oktober, November, Desember), tahun, windu, dekade (dasawarsa), abad, milenium (alaf) dan seterusnya (<http://id.wikipedia.org/wiki/waktu>, 2009).

Waktu adalah sumber yang unik. Waktu tidak dapat ditabung, tapi hanya dapat dipergunakan dengan bijaksana. Waktu yang sudah berlalu hilang selamanya. Waktu tidak dapat diganti dan tidak elastis. Waktu adalah sumber penting bagi seseorang. Waktu juga tidak mungkin dibalik jalannya. Waktu sama bagi siapapun. Setiap orang memiliki 24 jam, tujuh hari seminggu dan 52 minggu setiap tahun. Banyaknya waktu tidak begitu penting, tetapi yang lebih penting adalah bagaimana waktu itu dikelola. Waktu masa mendatang dapat dikelola dengan efektif hanya dengan merencanakannya dari sekarang (Timpe DA, 1991).

Pengelolaan waktu yang baik sangat bermanfaat dalam penghematan biaya proyek maupun pemanfaatan aset organisasi yang paling berharga yaitu orang atau pegawai. Dalam kata-kata Peter F. Drucker, “Waktu adalah sumber, yang paling langka dan jika itu tidak dapat dikelola, maka hal lainpun tidak dapat dikelola.” Obyek dari manajemen waktu adalah untuk menambah dan mengoptimalkan penggunaan dari waktu luang (Timpe DA, 1991).

Manajemen waktu merupakan perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, dan pengawasan produktivitas waktu. Waktu menjadi salah satu sumber daya untuk kerja. Sumber daya yang mesti dikelola secara efektif dan efisien. Efektifitas terlihat dari tercapainya tujuan menggunakan waktu yang telah ditetapkan sebelumnya. Dan efisien tidak lain mengandung dua makna, yaitu makna pengurangan waktu yang ditentukan dan makna investasi waktu menggunakan waktu yang ada. Manajemen waktu bertujuan kepada produktifitas yang berarti rasio *output* dengan *input*. (<http://id.shvoong.com/business-management/management/1658500-manajemen-waktu>, 2009).

Menurut Timpe DA (1991) prinsip mengelola waktu dari setiap fungsi dalam manajemen adalah sebagai berikut :

Tabel 2 .1. Prinsip Mengelola Waktu Dari Setiap Fungsi Dalam Manajemen

Fungsi	Nama	Prinsip
Merencanakan	Prioritas	Untuk mendapatkan hasil optimum, waktu yang ada harus dijatahkan atau dianggarkan kepada tugas dalam peringkat kepentingannya.
Mengorganisasikan	Konsolidasi	Tugas yang serupa hendaknya dikelompokkan untuk penggunaan waktu dan usaha seekonomis mungkin untuk meniadakan tindakan yang berulang serta gangguan.
Menempatkan staf	Orientasi	Semakin banyak seseorang mengetahui tentang pekerjaan dan lingkungannya, semakin baik pekerjaan itu dapat dilakukan.

Tabel 2 .1. (“sambungan”)

Fungsi	Nama	Prinsip
Mengarahkan	Mendelegasikan	Efektivitas seorang manajer akan bervariasi langsung dengan kemampuannya untuk mendelegasikan dengan efektif.
Mengendalikan	Ketiadaan yang direncanakan	Manajer yang merencanakan untuk masa konsentrasi tanpa gangguan akan mencapai hasil lebih baik.
Berkomunikasi	Keringkasan	Menghemat dalam berkata dan bertindak melestarikan waktu sementara mendatangkan kejelasan dan pengertian.
Membuat keputusan	Penundaan	Mengalihkan, menunda atau tidak mengambil keputusan segera dapat menjadi kebiasaan yang memboroskan waktu, hilangnya kesempatan, menambah tekanan pada batasan waktu dan menimbulkan keadaan genting.

Sumber : Timpe DA., 1991, *Seri Ilmu dan Seni Manajemen Bisnis Mengelola Waktu*; PT. Elex Media Komputindo, Jakarta

Ruang lingkup waktu yang dianggap sebagai waktu produktif dan waktu non produktif menurut *International Labour Office* (1986), adalah sebagai berikut:

1. Waktu kerja produktif, terbagi atas dua waktu kerja, yaitu :
 - a. Waktu kerja dasar adalah waktu minimum yang mutlak dibutuhkan untuk menghasilkan suatu kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan perencanaan dan tidak dapat diperkecil atau diperbesar.
 - b. Waktu kerja tambahan adalah waktu yang dibutuhkan berhubung adanya kelemahan dalam aturan termasuk kelemahan metode, tidak adanya prosedur, dan sebagainya.
2. Waktu kerja non produktif yaitu waktu kerja yang terbuang yang dapat menyebabkan terhentinya suatu produksi, akibat kelemahan manajemen dalam menjalankan fungsinya, seperti perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan serta dari sikap pegawai yang kurang baik, antara lain kurang bersemangat

kerja, sering mengobrol dengan pegawai yang lainnya, tidak masuk kerja, terlambat datang, dan sebagainya.

Salah satu area potensial tertinggi dalam peningkatan produktivitas adalah mengurangi jam kerja yang tidak efektif. Lamanya buruh bekerja dan proporsi penempatan waktu yang produktif sangat tergantung kepada cara pengaturan, latihan, pengaturan dan motivasinya. Beberapa penyelidikan menunjukkan bahwa waktu produktif berkisar 25% sampai 30% sedangkan yang tidak produktif karena kejelekan manajemennya kadang-kadang mencapai 50% lebih dan sisanya disebabkan adanya pekerjaan yang sia-sia ataupun karena sikap pekerjaannya (Sinungan M, 1987).

2. 8. Pelayanan Rawat Jalan

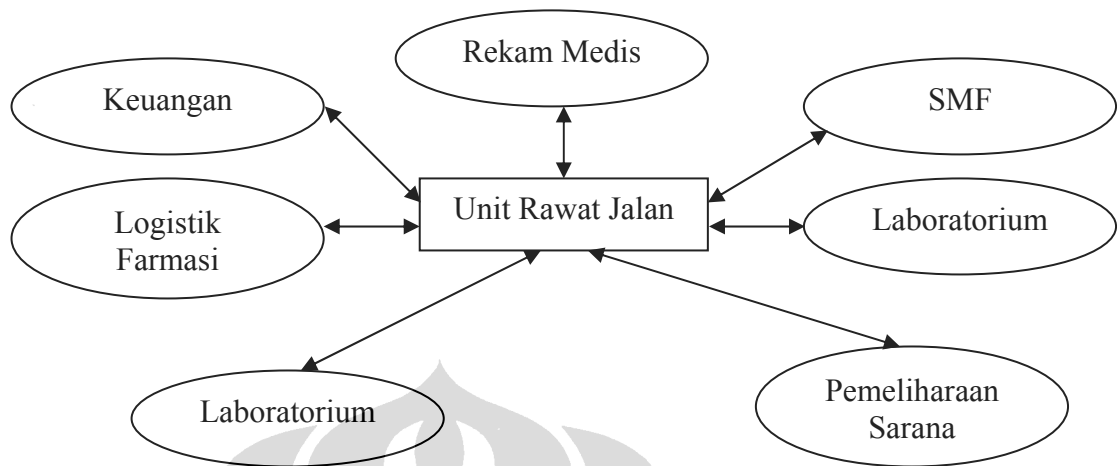
2. 8. 1. Pengertian Rawat Jalan

Rawat jalan adalah pelayanan medis kepada seorang pasien untuk tujuan observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, dan pelayanan kesehatan lainnya, tanpa mengharuskan pasien tersebut dirawat inap. Keuntungannya, pasien tidak perlu mengeluarkan biaya untuk menginap (opname) (http://id.wikipedia.org/wiki/Rawat_jalan, 2009).

Unit rawat jalan dapat dikatakan jantung pelayanan rumah sakit karena dari unit rawat jalan pasien bisa masuk ke unit pelayanan rawat inap, unit penunjang (laboratorium, radiologi, farmasi) dan rehabilitasi. Pendapatan terbesar rumah sakit pun berasal dari unit rawat jalan, sehingga dapat dikatakan sukses tidaknya rumah sakit tergantung dari unit rawat jalan (Chandra N, 2002).

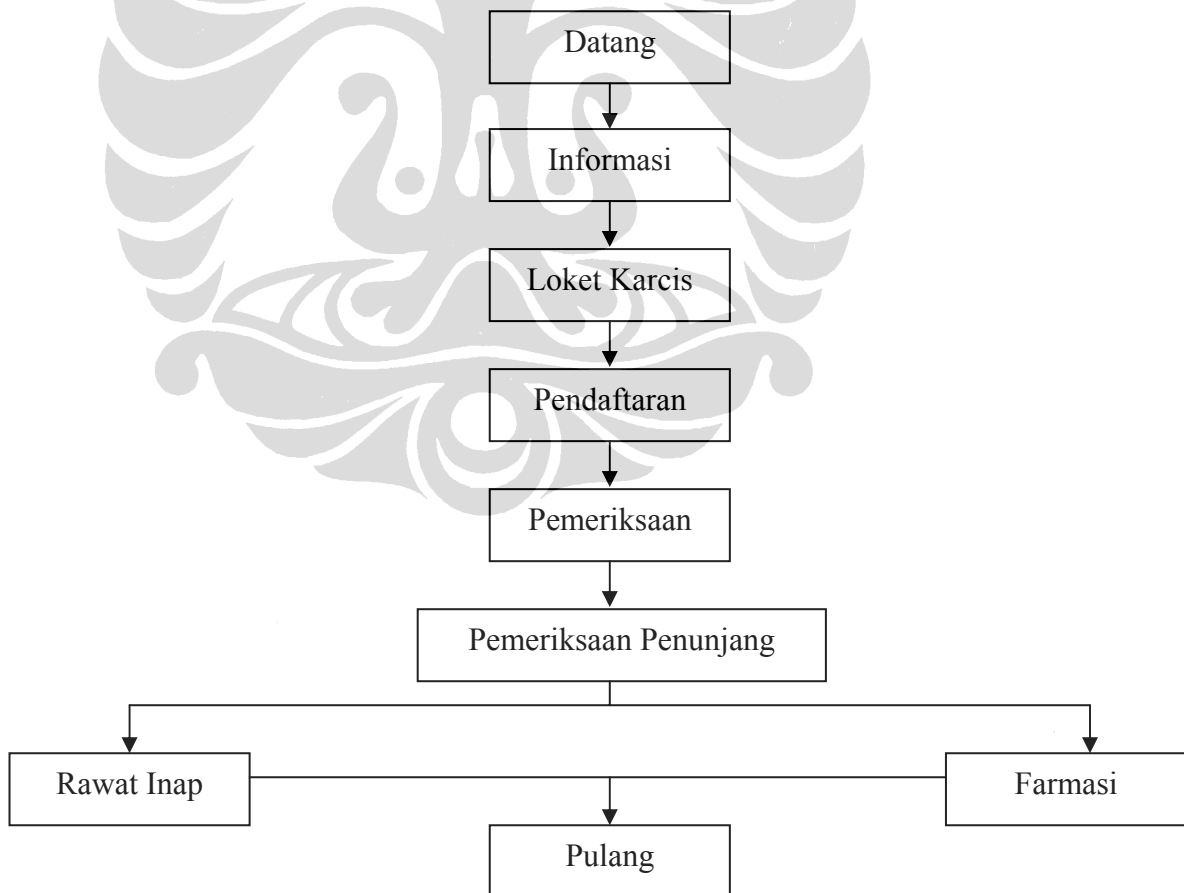
Unit rawat jalan berada di bawah seksi pelayanan. Posisi unit rawat jalan dalam sistem pelayanan rumah sakit dan alur pelayanan pasien di unit rawat jalan adalah sebagai berikut (Rijadi S, 1997 dikutip oleh Chandra N, 2002) :

Gambar 2. 3. Posisi Unit Rawat Jalan Dalam Sistem Pelayanan Rumah Sakit



Sumber : Chandra N., 2008, Analisis Pelaksanaan Sistem Billing Pasien Dengan Jaminan Di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Pusat Pertamina; Program Pascasarjana FKMUI, Depok

Bagan 2. 4 Alur Pelayanan Pasien Unit Rawat Jalan



Sumber : Chandra N., 2008, Analisis Pelaksanaan Sistem Billing Pasien Dengan Jaminan Di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Pusat Pertamina; Program Pascasarjana FKMUI, Depok

2. 8. 2. Kategori Perawatan

Menurut Silalahi B (1989) mengelompokkan tiga kategori perawatan, yaitu sebagai berikut :

1. Perawatan primer, atau langkah permulaan dari semua pengobatan seperti diagnosa, penyuluhan, pemantauan penyakit, dan penyembuhan (*theurapeutic care*). Inilah kategori perawatan terbesar.
2. Perawatan sekunder atau pengobatan jalan oleh dokter umum berpengalaman atau spesialis. Pemeriksaan seksama dan prosedur ruwet termasuk dalam kategori ini.
3. Perawatan tertier atau pengobatan canggih termasuk pembedahan yang rumit. Perawatan tertier diadakan di pusat-pusat pengobatan yang lengkap seperti rumah sakit.

Pengobatan jalan atau rawat jalan termasuk perawatan primer. Pengobatan ini mencakup pelayanan medis dokter di rumah sakit, praktek pribadi, praktek bersama, dan pusat-pusat pelayanan medis baik swasta maupun pemerintah. Manajemen pengobatan jalan terdiri dari dua aspek penting yaitu sumber daya manusia dan perlengkapan. Manajemen pengobatan jalan dilandaskan pada keyakinan bahwa praktek medis yang baik itu harus dilihat dari perspektif masyarakat, pasien, dan pemberi pengobatan jalan (Silalahi B, 1989).

2. 9. Mutu Pelayanan Kesehatan

2. 9. 1. Pengertian Mutu

Beberapa pengertian mutu yang dipandang cukup penting, adalah sebagai berikut (Aditama YT, 200) :

1. Mutu adalah tingkat kesempurnaan dari penampilan sesuatu yang sedang diamati (*Winston Dictionary*, 1956).
2. Mutu adalah sifat yang dimiliki oleh suatu program (Donabedian, 1980).
3. Mutu adalah kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan (Crosby, 1984).
4. Mutu adalah totalitas dari wujud serta ciri dari suatu barang atau jasa yang dihasilkan, yang didalamnya terkandung sekaligus pengertian akan adanya

rasa aman dan/atau terpenuhinya kebutuhan para pengguna barang/jasa yang dihasilkan tersebut (Din ISO 8402, 1986).

5. Mutu adalah derajat pemenuhan seperangkat sifat dan karakteristik terhadap persyaratan (ISO 9000, 2000).

2. 9. 2. Pengertian Mutu Pelayanan Kesehatan

Menurut Azwar A (1996) mutu pelayanan kesehatan adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar kode etik profesi yang telah ditetapkan.

Azwar A (1996) juga menjelaskan bahwa menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai standar dan kode etik profesi (mewakili pemerintah dan petugas kesehatan), meski tidak mudah, namun masih dapat diupayakan, karena kode etik dan standar pelayanan telah ditetapkan dan wajib dilaksanakan. Masalah mendasar adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang memuaskan pemakai jasa pelayanan kesehatan (masyarakat).

2. 9. 3. Pandangan Mutu Pelayanan Kesehatan

Pandangan mutu pelayanan kesehatan terbagi menjadi dua, yaitu sebagai berikut (<http://www.ehponline.org/members/2005/8037/8037.htm>, 2009) :

1. Pandangan pasien terhadap mutu pelayanan kesehatan, meliputi:
 - a. Dokter terlatih dengan baik
 - b. Melihat dokter yang sama setiap *visite*
 - c. Perhatian pribadi dokter terhadap pasien
 - d. *Privacy* dalam diskusi penyakit
 - e. Ongkos klinik terbuka
 - f. Waktu tunggu yang singkat
 - g. Informasi dari dokter
 - h. Ruang istirahat yang baik
 - i. Staf yang menyenangkan
 - j. Ruang tunggu yang nyaman

2. Pandangan *provider* terhadap pelayanan kesehatan, meliputi:
 - a. Perilaku seseorang terhadap pasien, dokter, dsb
 - b. Koordinasi antar peran masing-masing, interdepartemen
 - c. Jumlah kontak dengan pasien
 - d. Kepuasan pasien dan hal-hal yang menyenangkan
 - e. Keterampilan medis dan fasilitas
 - f. Fasilitas fisik
 - g. Kelangsungan perawatan, dokter yang sama *visite* pasien berikutnya
 - h. *Follow-up*, seperti janji pasien kembali
 - i. Penyukuhan pasien dan pemahamannya
 - j. Hubungan pasien staf
 - k. Sistem pencatatan
 - l. Penekanan riset
 - m. Hubungan antar staf

2.9.4. Dimensi Mutu Pelayanan

Menurut Parasuraman (1991) model yang komprehensif dengan fokus utama pada pelayanan produk dan jasa meliputi lima dimensi penilaian, yaitu sebagai berikut :

1. *Responsiveness* (ketanggapan), yaitu kemampuan memberikan pelayanan kepada pelanggan dengan cepat dan tepat. Dalam pelayanan apotek adalah kecepatan pelayanan obat dan kecepatan pelayanan kasir.
2. *Reliability* (kehandalan), yaitu kemampuan memberikan pelayanan yang memuaskan pelanggan. Dalam pelayanan apotek adalah pemberian informasi obat oleh petugas apotek.
3. *Assurance* (jaminan), yaitu kemampuan memberikan kepercayaan dan kebenaran atas pelayanan yang diberikan kepada pelanggan. Dalam pelayanan apotek adalah kelengkapan obat dan kemurahan harga obat.
4. *Emphaty* (empati), yaitu kemampuan membina hubungan, perhatian, dan memahami kebutuhan pelanggan. Dalam pelayanan apotek adalah keramahan petugas apotek.

5. *Tangibles* (bukti langsung), yaitu sarana dan fasilitas fisik yang dapat langsung dirasakan oleh pelanggan. Dalam pelayanan apotek adalah kecukupan tempat duduk di ruang tunggu apotek, kebersihan ruang tunggu, kenyamanan ruang tunggu dengan kipas angin dan AC, serta ketersediaan televisi (TV).

2. 9. 5. Indikator Mutu Pelayanan

Umumnya indikator yang sering dapat digunakan sebagai objektif mutu pelayanan adalah jumlah keluhan pasien atau keluarga, kritik dalam kolom surat pembaca, pengaduan mal praktek, laporan dari staf medik dan perawatan dsb. Junadi P (2007) mengemukakan ada empat aspek yang dapat diukur yaitu :

1. Kenyamanan, aspek ini dijabarkan dalam pertanyaan tentang lokasi rumah sakit, kebersihan, kenyamanan ruangan, makanan dan minuman, peralatan ruangan, tata letak, penerangan, kebersihan WC, pembuangan sampah, kesegaran ruangan dll.
2. Hubungan pasien dengan petugas rumah sakit, dapat dijabarkan dengan pertanyaan yang menyangkut keramahan, informasi yang diberikan, sejauh mana tingkat komunikasi, responsi, support, seberapa tanggap dokter/perawat di ruangan IGD, rawat jalan, rawat inap, farmasi, kemudahan dokter/perawat dihubungi, keteraturan pemberian meal, obat, pengukuran suhu dsb.
3. Kompetensi teknis petugas, dapat dijabarkan dalam pertanyaan kecepatan pelayanan pendaftaran, ketrampilan dalam penggunaan teknologi, pengalaman petugas medis, gelar medis yang dimiliki, terkenal, keberanian mengambil tindakan, dsb.
4. Biaya, dapat dijabarkan dalam pertanyaan kewajaran biaya, kejelasan komponen biaya, biaya pelayanan, perbandingan dengan rumah sakit yang sejenis lainnya, tingkat masyarat yang berobat, ada tidaknya keringan bagi masyarakat miskin. dsb.

2. 9. 6. Karakteristik Mutu Pelayanan

Menurut Stamatis (1996) seperti yang dikutip Wongkar L (2000), beberapa karakteristik pelayanan yang diinginkan pelanggan yang harus mendapatkan perhatian, antara lain:

1. Ketepatan waktu pelayanan berkaitan dengan waktu tunggu dan waktu proses.
2. Akurasi pelayanan berkaitan dengan reliabilitas pelayanan dan bebas dari kesalahan-kesalahan.
3. Kesopanan dan keramahan dalam memberikan pelayanan, terutama bagi pegawai yang berinteraksi langsung dengan pelanggan, seperti juru harga, kasir, dan pegawai yang menyerahkan produk.
4. Tanggung jawab berkaitan dengan penerimaan pesanan penanganan keluhan dari pelanggan.
5. Kemudahan mendapatkan pelayanan, berkaitan dengan banyaknya pegawai yang melayani, seperti juru harga, kasir, dan pegawai yang menyerahkan produk.
6. Kenyamanan dalam memperoleh pelayanan, berkaitan dengan lokasi, ruangan tempat pelayanan, ketersediaan informasi dan tempat parkir.
7. Atribut pendukung pelayanan lainnya, seperti lingkungan, kebersihan, ruang tunggu, fasilitas musik, dll.

2. 10. Produktivitas Dan Kinerja

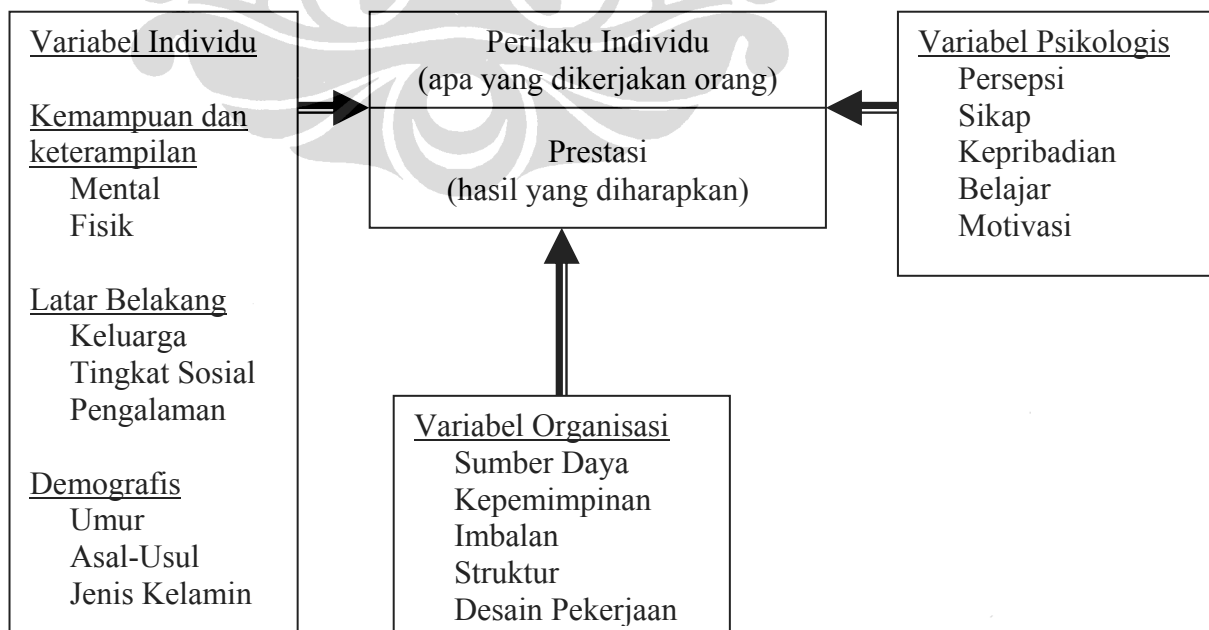
Secara umum produktivitas diartikan sebagai hubungan antara hasil nyata maupun fisik (barang-barang atau jasa) dengan masuknya yang sebenarnya. Misalnya saja, "produktivitas adalah ukuran efisiensi produktif. Suatu perbandingan antara hasil keluaran dan masuk atau output:input. Masukan sering dibatasi dengan masukan tenaga kerja, sedangkan keluaran diukur dalam kesatuan fisik bentuk dan nilai. Produktivitas juga diartikan sebagai tingkatan efisiensi dalam memproduksi barang-barang atau jasa-jasa: "Produktivitas mengutarakan cara pemanfaatan secara baik terhadap sumber-sumber dalam memproduksi barang-barang" (Sinungan M, 1987).

Ukuran produktivitas yang paling terkenal berkaitan dengan tenaga kerja yang dapat dihitung dengan membagi pengeluaran oleh jumlah yang digunakan atau jam-jam kerja orang. Namun demikian terjadi kerugian karena adanya pembatasan bahwa perbandingan produktivitas antar perusahaan dapat keliru, jika perusahaan tersebut memiliki tenaga kerja dan peningkatan modal yang berbeda (Sinungan M, 1987).

Kinerja adalah penampilan hasil karya personel baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi. Kinerja dapat merupakan penampilan individu maupun kelompok kerja personel (Ilyas Y, 2002).

Gibson (1985) menyampaikan model teori kinerja dan melakukan analisis terhadap sejumlah variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu. Hasil model teori kinerja tersebut adalah pendidikan akan menambah pengetahuan seseorang, sedangkan latihan akan menambah ketrampilan dimana akan menyebabkan seseorang mengerjakan sesuatu dengan lebih cepat dan tepat. Lama kerja juga akan mempengaruhi ketrampilan dan kematangan dalam bekerja sehingga secara umum dapat disimpulkan bahwa semakin lama masa kerja seseorang, pengalaman kerjanya akan bertambah dan semakin tinggi produktivitasnya. Berikut ini diagram skematis teori dan perilaku kinerja:

Gambar 2.5. Diagram Skematis Teori Dan Perilaku Kinerja



Sumber : Gibson., 1985, *Organisasi Perilaku, Struktur, Dan Proses*; Erlangga, Jakarta

Hubungan antar individu dan kelompok dalam organisasi menghasilkan suatu harapan terhadap perilaku kerja individu (Ilyas Y, 2002). Dengan demikian Instalasi Farmasi Rumah Sakit sebagai salah satu bagian dari organisasi rumah sakit mempunyai andil dalam menentukan perilaku kerja untuk melayani pasien, namun kadangkala petugas juga mempunyai karakteristik yang dapat menghambat komunikasi, antara lain perbedaan status sosial, harapan masyarakat terhadap kemampuan petugas serta kecenderungan sikap otoriter (Sarwono S, 1993). Dengan terhambatnya komunikasi, maka akan terhambat pula waktu pelayanan yang diberikan petugas kepada pasien.

2. 11. Pelayanan Resep Sebagai Bagian Dari Mutu Pelayanan Kesehatan

Resep adalah suatu pesan (terutama dalam bentuk tertulis) dari profesional perawat kesehatan kepada apoteker (farmasis) atau terapis lain untuk memberikan terapi pada pasiennya (http://id.wikipedia.org/wiki/Resep_dokter, 2009). Resep juga dapat didefinisikan sebagai permintaan tertulis dari dokter, dokter gigi, dokter hewan kepada apoteker untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi penderita sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku (<http://www.informasi-obat.com/content/view/23/52/>, 2009).

Pelayanan resep di Instalasi Farmasi Rumah Sakit, meliputi (<http://www.apotekkita.com/2008/07/standar-pelayanan-kefarmasian-dl-apotek/>, 2009):

1. Skrining resep, apoteker melakukan skrining resep yang terdiri dari :
 - a. Persyaratan administratif :
 - Nama, SIP dan alamat dokter
 - Tanggal penulisan resep
 - Tanda tangan/paraf dokter penulis resep
 - Nama, alamat, umur, jenis kelamin dan berat badan pasien
 - Cara pemakaian yang jelas
 - Informasi lainnya
 - b. Kesesuaian farmasetik antara lain: bentuk sediaan, dosis, potensi, stabilitas, inkompatibilitas, cara dan lama pemberian.

- c. Pertimbangan klinis antara lain: adanya alergi, efek samping, interaksi, kesesuaian (dosis, durasi, jumlah obat dll). Jika ada keraguan terhadap resep hendaknya dikonsultasikan kepada dokter penulis resep dengan memberikan pertimbangan dan alternatif seperlunya bila perlu menggunakan persetujuan setelah pemberitahuan.
2. Penyiapan obat, yang terdiri dari :
- a. Peracikan merupakan kegiatan menyiapkan menimbang, mencampur, mengemas dan memberikan etiket pada wadah. Dalam melaksanakan peracikan obat harus dibuat suatu prosedur tetap dengan memperhatikan dosis, jenis dan jumlah obat serta penulisan etiket yang benar.
 - b. Etiket. Dalam melakukan penetiketan harus jelas dan dapat dibaca.
 - c. Kemasan obat yang diserahkan hendaknya dikemas dengan rapi dalam kemasan yang cocok sehingga terjaga kualitasnya.
 - d. 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 kepada pasien.
 - e. Informasi obat. Apoteker harus memberikan informasi yang benar, jelas dan mudah dimengerti, akurat, tidak bias, 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.
 - f. 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 obat yang salah. Untuk penderita penyakit tertentu seperti kardiovaskular, diabetes, TBC, asma dan penyakit kronis lainnya, apoteker harus memberikan konseling secara berkelanjutan.
 - g. *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.

- h. Promosi dan edukasi. Dalam rangka pemberdayaan masyarakat, apoteker harus memberikan edukasi apabila masyarakat ingin mengobati diri sendiri (swamedikasi) untuk penyakit ringan dengan memilihkan obat yang sesuai dan apoteker harus berpartisipasi secara aktif dalam promosi dan edukasi. Apoteker ikut membantu diseminasi informasi, antara lain dengan penyebaran leaflet /brosur, poster, penyuluhan, dan lain lainnya.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1027/Menkes/SK/IX/2004, indikator yang digunakan untuk mengevaluasi mutu pelayanan resep sebagai mutu pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut :

1. Tingkat kepuasan konsumen. Dilakukan dengan survei berupa angket atau wawancara langsung.
2. Dimensi waktu. Lama pelayanan diukur dengan waktu (yang telah ditetapkan).
3. Prosedur Tetap (Protap). Untuk menjamin mutu pelayanan sesuai standar yang telah ditetapkan.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1027/Menkes/SK/IX/2004, prosedur tetap dalam mutu pelayanan resep bermanfaat untuk :

1. Memastikan bahwa praktik yang baik dapat tercapai setiap saat.
2. Adanya pembagian tugas dan wewenang.
3. Memberikan pertimbangan dan panduan untuk tenaga kesehatan lain yang bekerja di instalasi farmasi.
4. Dapat digunakan sebagai alat untuk melatih staf baru.
5. Membantu proses audit.

2. 12. Faktor Yang Mempengaruhi Waktu Pelayanan Resep

Wongkar L (2000) dalam penelitiannya mengatakan bahwa sejumlah faktor yang memberikan kontribusi terhadap waktu tunggu pelayanan resep, adalah sebagai berikut :

1. Jenis resep, disini jenis resep dibedakan jenis racikan dan non racikan. Dimana jenis resep racikan membutuhkan waktu lebih lama yaitu sebesar 92,7% dibandingkan dengan jenis resep jadi yaitu sebesar 35,6%

2. Jumlah resep dan kelengkapan resep. Dalam hal ini adalah jumlah item resep, dimana setiap penambahan item obat di dalam resep akan memberikan penambahan waktu pada setiap tahap pelayanan resep. Dalam penelitiannya diperlihatkan jumlah item obat banyak membutuhkan waktu pelayanan lebih lama yaitu sebesar 66,3% dibandingkan dengan jumlah item sedikit yaitu sebesar 33,8%.
3. Shift petugas, dimana pada shift pagi memerlukan waktu pelayanan yang lebih cepat 81,6% dibandingkan dengan shift sore.
4. Ketersediaan SDM yg cukup dan terampil, sehingga dapat mengurangi lama waktu pelayanan resep di Instalasi Farmasi.
5. Ketersediaan obat sesuai resep yang diterima, sehingga waktu yang terbuang untuk mencari obat pengganti yang lain dapat dikurangi.
6. Sarana dan fasilitas yang dapat menunjang proses operasi pelayanan resep, antara lain pemakaian alat-alat teknologi yang lebih canggih yang dapat memberikan kepuasan kepada pasiennya.
7. Partisipasi pasien/keluarganya selama menunggu proses layanan resep.

Penelitian lain mengenai pelayanan resep yang dilakukan oleh Ritung M (2003) menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi pelayanan resep, adalah sebagai berikut:

1. Jenis resep, dalam penelitiannya resep racikan dibedakan menjadi empat golongan yaitu bungkus, kapsul, cairan, dan salep. Di mana jenis cairan membutuhkan waktu yang lebih cepat 4,2% dibandingkan dengan jenis bungkus, kapsul, dan cairan.
2. Jumlah item obat, dalam hal ini jumlah item yang sedikit membutuhkan waktu yang lebih cepat dengan jumlah item yang banyak. Rata-rata total waktu pada jumlah item sedikit adalah 22,56 menit dan pada jumlah item banyak adalah 27,33 menit.
3. Shift petugas, dari rata-rata total waktu pelayanan resep shift sore mengkonsumsi waktu yang lebih lama dibanding pada shift pagi.
4. Pengalaman kerja petugas yang lama akan dapat membantu dalam proses pelayanan resep sehingga dapat mempercepat waktu pelayanan.

5. Peralatan yang memadai untuk mengerjakan resep, seperti pemakaian alat-alat modern yang meminimalisasi pekerjaan menjadi lebih cepat.
6. Ruang kerja yang luas agar petugas mudah dan leluasa dalam bergerak mengerjakan resep.

Dwihanggrian NM (2007) dalam penelitiannya menyebutkan beberapa faktor yang berpengaruh terhadap pelayanan resep, adalah sebagai berikut:

1. Jumlah tenaga di Instalasi Farmasi yang sebanding dengan jumlah resep yang masuk, sehingga resep-resep dapat ditangani oleh petugas farmasi dengan cepat.
2. Kontinuitas ketersediaan obat di mana semua obat yang diresepkan ke pasien dapat selalu tersedia di Instalasi Farmasi. Jika ada obat yang tidak tersedia, pelayanan kepada pasien menjadi terhambat karena harus mencari obat pengganti.
3. Peralatan dan fasilitas yang tersedia menunjang untuk mengerjakan resep sehingga memakan waktu yang cepat dalam pelayanan resep.

Penelitian Wongkar L (2000) mengatakan bahwa waktu pelayanan resep untuk obat jadi sebesar 12,05 menit dan untuk resep racikan sebesar 27,96 menit dan waktu pelayanan resep rata-rata tanpa membedakan obat paten dan obat racikan adalah sebesar 17,18 menit. Yulia Y (1996) juga mengatakan bahwa untuk menyelesaikan satu lembar resep tanpa membedakan obat jadi dan racikan adalah sebesar 42,78 menit. Sedangkan Ritung M (2003) dalam penelitiannya menyebutkan waktu pelayanan resep racikan adalah sebesar 24,14 menit. Dwihanggrian NM (2007) menyebutkan bahwa waktu pelayanan resep lebih dari 10 menit untuk obat paten dan lebih dari 20 menit untuk obat racikan.

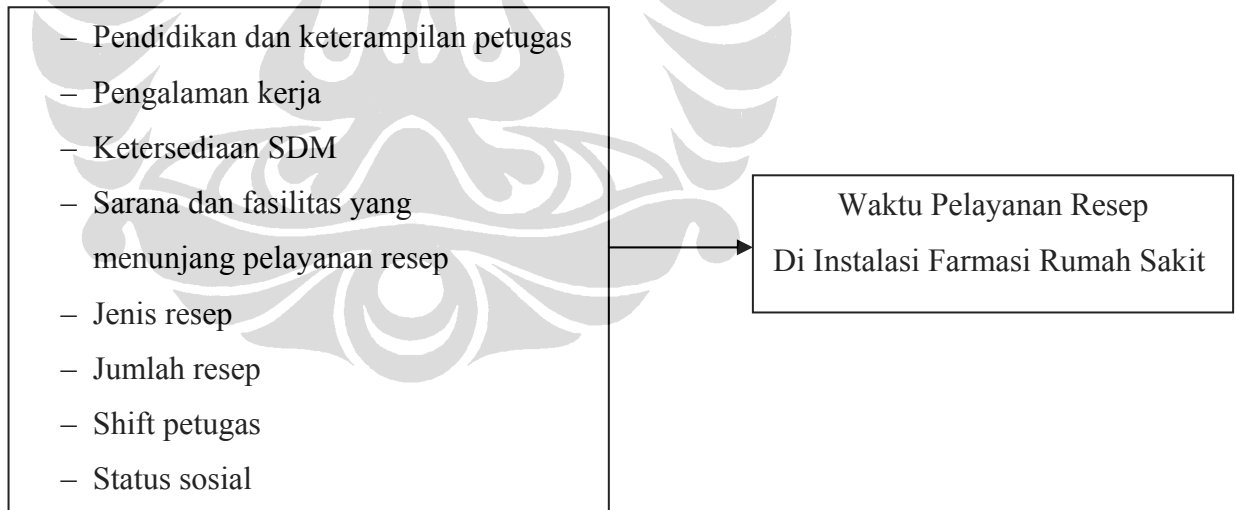
BAB III

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

3. 1. Kerangka Teori

Sebagaimana telah disebutkan bahwa waktu pelayanan resep di Instalasi Farmasi ditentukan oleh beberapa faktor baik faktor yang mempengaruhi secara langsung maupun tidak langsung, diantaranya pendidikan dan keterampilan petugas, pengalaman kerja, ketersediaan SDM, sarana dan fasilitas yang dapat menunjang pelayanan resep, jenis resep, jumlah resep, shift petugas, dan status sosial. Berdasarkan tinjauan pustaka yang telah diuraikan, maka kerangka teori pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

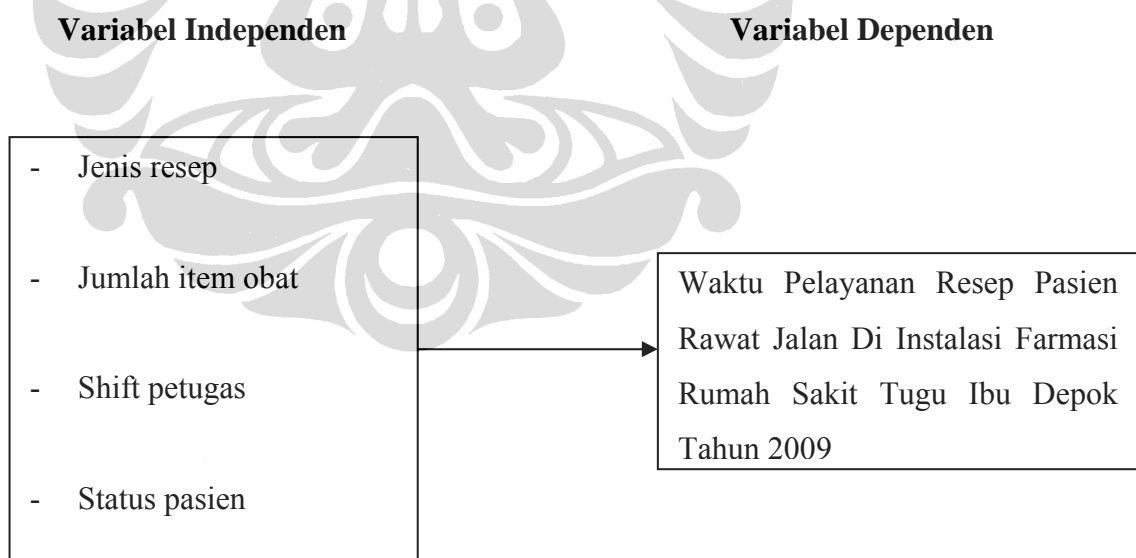
**Bagan 3. 1. Kerangka Teori Waktu Pelayanan Resep
Di Instalasi Farmasi Rumah Sakit**



3. 2. Kerangka Konsep

Berdasarkan uraian latar belakang dan tinjauan pustaka yang telah diuraikan pada bab sebelumnya, serta keterbatasan dari penelitian ini, maka penulis hanya melihat faktor eksternal yang dapat mempengaruhi waktu pelayanan resep pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi karena penelitian hanya mengamati resep yang diterima Instalasi Farmasi. Beberapa faktor eksternal yang berhubungan dengan waktu pelayanan resep pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi yaitu: jenis resep, jumlah item obat, shift petugas, dan status pasien. Penelitian ini terbagi menjadi dua variabel, yaitu variabel terikat (dependen) dan variabel bebas (independen). Sebagai variabel dependen dalam penelitian ini adalah waktu pelayanan resep pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi, sedangkan variabel independen adalah jenis resep, jumlah item obat, shift petugas, dan status pasien. Secara konseptual kedua variabel tersebut digambarkan sebagai berikut :

Bagan 3. 2. Kerangka Konsep Waktu Pelayanan Resep Di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Tugu Ibu Depok Tahun 2009



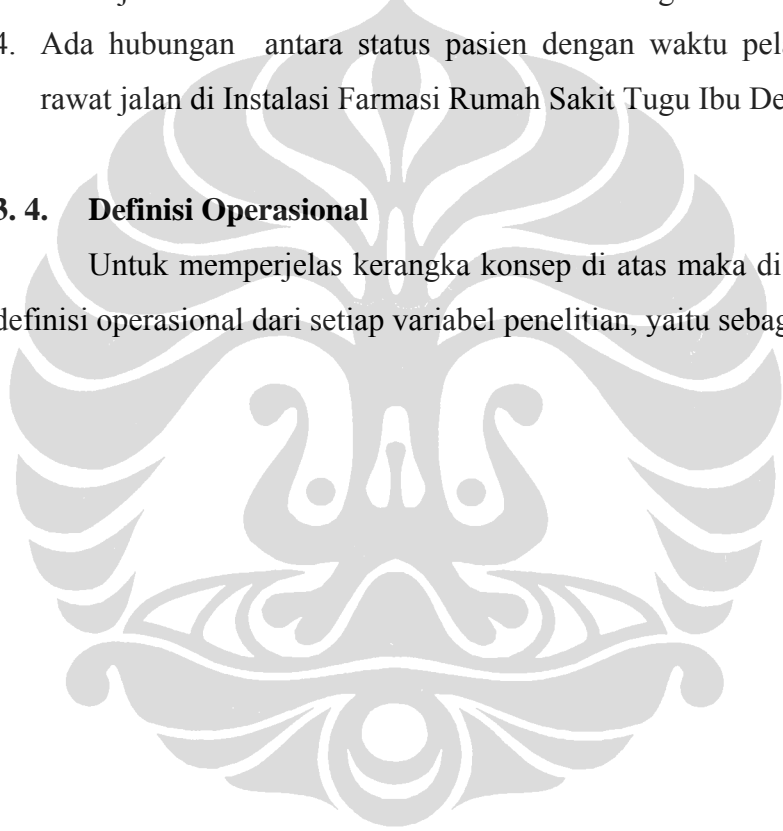
3. 3. Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep di atas maka dapat dilakukan beberapa hipotesis, yaitu sebagai berikut :

1. Ada hubungan antara jenis resep dengan waktu pelayanan resep pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Tugu Ibu Depok tahun 2009.
2. Ada hubungan antara jumlah item dengan waktu pelayanan resep pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Tugu Ibu Depok tahun 2009.
3. Ada hubungan antara shift petugas dengan waktu pelayanan resep pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Tugu Ibu Depok tahun 2009.
4. Ada hubungan antara status pasien dengan waktu pelayanan resep pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Tugu Ibu Depok tahun 2009.

3. 4. Definisi Operasional

Untuk memperjelas kerangka konsep di atas maka di bawah ini diberikan definisi operasional dari setiap variabel penelitian, yaitu sebagai berikut:



Tabel 3.1. Definisi Operasional Waktu Pelayanan Resep Di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Tugu Ibu Depok Tahun 2009

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
	Variabel Dependen					
1.	Waktu Pelayanan Resep Pasien Rawat Jalan	Waktu yang diperlukan sejak resep diterima sampai obat diserahkan kepada pasien atau keluarga pasien.	Observasi	<i>Check List</i>	1=cepat (\leq mean) 2=lama ($>$ mean)	Ordinal
	Variabel Independen					
2.	Jenis Resep	Setiap resep yang diterima dapat merupakan obat paten atau racikan.	Observasi	<i>Check List</i>	1=paten 2=racikan	Ordinal
3.	Jumlah item obat	Item obat yang tertulis pada lembaran resep yang diterima dari pasien.	Observasi	<i>Check List</i>	1=sedikit (\leq mean) 2=banyak ($>$ mean)	Ordinal
4.	Shift petugas	Pembagian waktu tugas karyawan yang terbagi atas shift pagi pukul 08.00-14.30 WIB dan shift sore pukul 14.30-21.00 WIB.	Observasi	<i>Check List</i>	1=pagi 2=sore	Ordinal
5.	Status pasien	Pasien rawat jalan yang melakukan pembayaran secara tunai dan pasien jaminan perusahaan yang bekerjasama dengan rumah sakit.	Observasi	<i>Check List</i>	1=tunai 2=jaminan	Ordinal