

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pelayanan farmasi memiliki parameter seperti yang dijelaskan didalam Standar Pelayanan Minimal atau disingkat SPM rumah sakit. Standar tersebut yaitu waktu tunggu dari layanan obat non-racikan maupun obat racikan. Berdasarkan aturan dari Kepmenkes No. 129 Tahun 2008 dijelaskan bahwasanya waktu tunggu merupakan waktu yang dibutuhkan oleh pasien mulai dari penyerahan resep hingga penerimaan obat dengan waktu tunggu obat racikan yaitu ≤ 60 menit dan obat non-racikan yaitu ≤ 30 menit.

Pasien dapat merasakan tidak puas apabila durasi menunggu untuk obat tidak efisien. Lamanya durasi menunggu tersebut dikarenakan dalam obat racikan dibutuhkan beberapa hal seperti menghitung dosis dari obat dan melaksanakan racikan obat (Yunus *et al.*, 2021). Jumlah obat dalam resep, proses intervensi resep, terjadinya kekurangan obat terutama obat generik, adanya penyakit musiman, dan jumlah tenaga kefarmasian yang bertugas dapat mempengaruhi waktu tunggu (Chen *et al.*, 2021; Fahrurazi *et al.*, 2022; Xie *et al.*, 2017).

Adapun faktor lain yang bisa memberikan pengaruh terhadap durasi menunggu yaitu pengambilan resep secara acak atau tidak sesuai dengan nomor antrian yang dapat menyebabkan pekerjaan tidak teratur, adanya kendala saat dilakukan skrining resep seperti ketidaksesuaian obat yang diresepkan dengan kondisi pasien sehingga apoteker harus melakukan konfirmasi kepada dokter (Pertiwi & Rochmah, 2019; Yunus *et al.*, 2021).

Dengan adanya standar pelayanan kefarmasian, tenaga kefarmasian bertanggung jawab dalam melakukan tugas sesuai standar yang berlaku.

Rumah Sakit Daerah Mangusada merupakan satu diantara rumah sakit umum kelas B serta rumah sakit rujukan pasien peserta JKN di kabupaten

Badung. Berdasar pada data tahun 2021 rata-rata kunjungan 400orang per hari. Salah satu layanan penunjang klinik yang disediakan oleh rumah sakit ini yaitu Instalasi Farmasi, dimana instalasi tersebut dapat dibagi menjadi beberapa unit pelayanan kefarmasian salah satunya yaitu Instalasi Farmasi Rawat Jalan. Sesuai dengan aturan dari Kepmenkes No.56 Tahun 2014 Pasal 32 ayat 3 untuk rumah sakit kelas B terdiri dari empat apoteker yang memiliki tugas di rawat jalan serta delapan orang tenaga teknis kefarmasian. Tingginya tingkat kunjungan pasien, tentunya berpengaruh terhadap beban kerja dan sistem pengelolaan di Instalasi Farmasi (Kementerian Kesehatan RI, 2014b).

Penelitian tentang berbagai faktor yang dapat memberikan pengaruh terhadap waktu tunggu sudah dilakukan (Aguye *et al.*, 2021; Aisyah *et al.*, 2023). Penelitian ini harus dilakukan lagi untuk melihat faktor yang dapat mendasari waktu tunggu ditinjau dari lokasi penelitian yang memiliki karakteristik yang berbeda. Pada kesempatan ini, peneliti tertarik melakukan evaluasi mengenai faktor yang mendasari terjadinya durasi menunggu pelayanan resep di Depo Farmasi Rawat Jalan RSD Mangusada. Perbedaan penelitian ini terhadap penelitian terdahulu yaitu dari metode, teknik analisis data serta subjek penelitian yang akan mempengaruhi data hasil penelitian. Pada penelitian sebelumnya dilakukan secara kuantitatif dengan menyebarkan kuesioner kepada pasien dan penggunaan data sekunder sedangkan pada penelitian ini analisis dilakukan dengan cara kualitatif menggunakan FGD dan wawancara bersama dengan kepala Instalasi Farmasi, sekretaris Instalasi Farmasi, Apoteker, Tenaga Teknis Kefarmasian, dan Dokter penulis resep.

Pemilihan subjek dengan profesi berbeda namun mempunyai latar belakang pekerjaan yang sama yaitu sebagai tenaga kesehatan yang berperan pada pelayanan resep di Depo Farmasi Rawat Jalan dan didasari oleh keterlibatan subjek yang dapat mempengaruhi waktu tunggu serta dipilih agar peneliti mendapatkan perspektif dan sudut pandang berbeda sesuai dengan latar belakang. Pendekatan dilakukan dengan *Participatory*

Action Research, teknik pengumpulan data yang digunakan yaitu FGD, wawancara semi terstruktur dan pengumpulan data sekunder. FGD yang dipilih untuk mendapatkan pemahaman mengenai permasalahan yang diangkat, membantu menangkap perbedaan pengalaman latar belakang dari orang-orang sehingga memunculkan perspektif baru (O.Nyumba *et al.*, 2018).

1.2 Rumusan Masalah

Adapun rumusan permasalahan didalam penelitian ini yaitu:

Apakah faktor-faktor yang dapat mendasari waktu tunggu pelayanan resep pada pasien rawat jalan di Rumah Sakit Daerah Mangusada?

1.3 Tujuan

Adapun tujuan dalam penelitian ini yaitu:

Untuk mengungkap faktor yang mendasari waktu tunggu pelayanan resep pada pasien rawat jalan dari perspektif pelaku layanan kesehatan.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

Dihasilkan data kualitatif yang secara teoritis bisa menambah pengetahuan mengenai faktor yang mendasari waktu tunggu pelayanan resep pada pasien rawat jalan di Rumah Sakit Daerah Mangusada.

1.4.2. Manfaat Praktis

Diketahui berbagai faktor yang mendasari waktu tunggu layanan resep pada pasien rawat jalan RSD Mangusada bagi Depo Farmasi Rumah Sakit, Tenaga Kefarmasian dan pihak-pihak yang terkait dalam pengambilan keputusan untuk meningkatkan kualitas layanan kefarmasian.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian dan Klasifikasi Rumah Sakit

Rumah Sakit ialah suatu lembaga yang menyediakan layanan terkait kesehatan dengan cara menyediakan berbagai kebutuhan seperti gawat darurat, rawat inap, serta rawat jalan. Rumah sakit sendiri dibangun baik oleh pemerintah daerah, swasta maupun pemerintah pusat.

Rumah Sakit dapat dibedakan menjadi dua jenis menurut jenis pelayanan yaitu rumah sakit khusus dan umum. Rumah sakit khusus ialah jenis rumah sakit yang memberikan layanan terkait satu jenis penyakit tertentu atau satu bidang berdasar pada organ, jenis penyakit, disiplin ilmu dan golongan umur. Rumah sakit khusus dikategorikan menjadi tiga kelas yaitu rumah sakit khusus kelas A, B dan juga kelas C.

Berbeda halnya dengan Rumah Sakit Umum yang merupakan rumah sakit yang memberikan layanan terkait kesehatan untuk seluruh jenis penyakit dan seluruh bidang yang bisa dikategorikan menjadi 4 kelas yaitu: rumah sakit Kelas A, kelas B, kelas C dan juga kelas D. Untuk Rumah Sakit kelas D terbagi jadi dua yaitu Rumah Sakit kelas D pratama serta kelas D Umum

Menurut jenis dan bentuk dari pelayanan, Rumah Sakit bisa diklasifikasikan dalam tiga kelompok yakni Rumah Sakit bergerak, Rumah Sakit lapangan serta Rumah Sakit statis. Rumah sakit bergerak ialah rumah sakit yang memiliki sifat sementara, bisa berpindah tempat atau nomaden dan juga beroperasi di dalam jangka waktu tertentu. Rumah Sakit lapangan ialah rumah sakit yang dibangun di tempat tertentu, serta memiliki sifat tidak permanen yaitu ketika terdapat keadaan darurat seperti bencana. Rumah Sakit statis ialah rumah sakit yang dibangun di lokasi tertentu, memiliki jangka waktu yang panjang, dan memiliki sifat yang permanen

dengan menyediakan beberapa Pelayanan seperti rawat jalan, gawat darurat dan juga rawat inap (Kementerian Kesehatan RI, 2020)

2.2 Instalasi Farmasi Rumah Sakit

Instalasi Farmasi ialah unit yang melaksanakan pelayanan terkait Farmasi dalam sebuah rumah sakit. Pelayanan tersebut dilakukan oleh pihak Instalasi Farmasi dengan menggunakan suatu sistem yaitu satu pintu. Dalam instalasi farmasi terdapat satu pimpinan yaitu seorang apoteker yang memiliki tugas sebagai penanggung jawab seperti di bawah ini:

1. Menyediakan bahan habis pakai yang memiliki tingkat keamanan, berkualitas, dan efektif, menyediakan pengelolaan farmasi serta alat kesehatan.
2. Memantau atau mengkaji pemakaian bahan medis habis pakai, sediaan farmasi serta alat kesehatan dengan tujuan untuk menjaga keamanan, meminimalisir adanya resiko serta memaksimalkan efek terapi.
3. Melakukan edukasi, informasi juga komunikasi dan menyarankan atau memberikan rekomendasi pada perawat pasien juga dokter.
4. Berkontribusi aktif di dalam Komite/Tim Farmasi dan Terapi.
5. Melakukan pelatihan, pengembangan serta pendidikan terkait pelayanan farmasi.
6. Mendorong dan memberikan fasilitas terhadap standar pengobatan dan formularium rumah sakit.
7. Mengkoordinasikan, mengatur, mengawasi dan menyelenggarakan kegiatan terkait pelayanan farmasi yang optimal dan juga relevan terhadap etik profesi dan prosedur.

(Kementerian Kesehatan RI, 2016)

2.3 Standar Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit

Standar Pelayanan Kefarmasian ialah indikator atau parameter yang digunakan sebagai panduan untuk tenaga farmasi di dalam melaksanakan pelayanan terkait farmasi. Standar tersebut memiliki tujuan yakni guna:

- a. Memberikan kepastian hukum untuk tenaga farmasi
- b. Memberikan perlindungan terhadap masyarakat atau pasien dari pemakaian obat yang tidak sesuai.
- c. Mengoptimalkan kualitas layanan kefarmasian.

Standar layanan kefarmasian di rumah sakit terdiri atas bahan medis habis pakai, layanan farmasi klinik, alat kesehatan serta pengelolaan sediaan farmasi yang kemudian dijelaskan seperti dibawah ini:

- a. Pengadaan
- b. Penerimaan
- c. Penyimpanan
- d. Pengiriman
- e. Penarikan serta pemusnahan
- f. Pengendalian
- g. Administrasi
- h. Pemilihan
- i. Perencanaan kebutuhan

Layanan farmasi klinik terdiri dari:

- a. Rekonsiliasi obat
- b. PIO atau Pelayanan Informasi Obat
- c. Konseling
- d. Visite
- e. PTO atau Pemantauan Terapi Obat
- f. MESO atau Monitoring Efek Samping Obat
- g. EPO atau Evaluasi Pemakaian Obat
- h. Dispensing sediaan steril
- i. PKOD atau Pengawasan Kadar Obat dalam Darah
- j. Pelayanan serta pengkajian resep

- k. Penelusuran riwayat pemakaian obat
(Kementerian Kesehatan RI, 2016)

2.4 Pelayanan Resep

Pelayanan resep merupakan salah satu pelayanan yang dilakukan oleh tenaga kefarmasian. Pelayanan resep dimulai dari penerimaan, pemeriksaan ketersediaan, penyiapan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai termasuk peracikan Obat, pemeriksaan, hingga penyerahan yang disertai pemberian informasi obat. Tujuan dilakukan pelayanan resep yaitu untuk mencegah terjadinya *medication error* atau kesalahan pemberian obat. Pelayanan resep terbagi menjadi dua tahapan yaitu proses skrining resep dan penyiapan obat. Proses skrining atau pengkajian resep dilakukan oleh apoteker untuk menganalisa permasalahan terkait obat, persyaratan administrasi, farmasetik dan persyaratan klinis untuk pasien. Adapun bagian-bagian dari persyaratan tersebut meliputi:

Tabel 2.1 Persyaratan administrasi, farmasetik dan klinis

Persyaratan Administrasi	Persyaratan Farmasetik	Persyaratan Klinis
1. Nama, umur, jenis kelamin, berat badan dan tinggi badan pasien 2. Nama, nomor ijin, alamat dan paraf dokter 3. Tanggal resep 4. Ruangan/unit asal resep	1. Nama obat, bentuk dan kekuatan sediaan 2. Dosis dan jumlah obat 3. Stabilitas 4. Aturan dan cara penggunaan	1. Ketepatan indikasi, dosis dan waktu penggunaan obat 2. Duplikasi pengobatan 3. Alergi dan reaksi obat yang tidak dikehendaki

Sumber: (Kementerian Kesehatan RI, 2016)

2.5 Waktu Tunggu Pelayanan Resep

Waktu tunggu untuk pelayanan resep ialah waktu yang diperlukan oleh pasien di dalam instalasi farmasi mulai dari penyerahan resep sampai dengan pemberian obat. Durasi menunggu untuk obat racikan maupun non-racikan telah diatur di dalam SPM.

Waktu tunggu untuk obat non racikan ialah waktu yang dibutuhkan oleh pasien mulai dari penyerahan resep hingga penerimaan obat oleh pihak farmasi dengan waktu yang dibutuhkan yaitu ≤ 30 menit. Sementara durasi menunggu untuk obat racikan adalah rentang waktu yang diperlukan atau digunakan oleh pasien mulai dari penyerahan resep sampai dengan penerimaan obat yang sebelumnya telah diracik oleh pihak farmasi dengan waktu yang dibutuhkan yaitu ≤ 60 menit (Kementerian Kesehatan RI, 2008). Adanya perbedaan lama durasi menunggu tersebut dikarenakan oleh adanya proses pencampuran dan pengemasan primer.

2.6 Faktor yang Mempengaruhi Waktu Tunggu Pelayanan Resep

Ketika melakukan pelayanan resep banyak faktor yang mempengaruhi seperti staff yang tidak memadai, penyakit musiman, tidak diperlukan kunjungan ke fasilitas medis, kekurangan atau kekosongan obat terutama untuk obat generik, dan pengambilan obat tanpa diperlukan kunjungan ke fasilitas medis (Chen et al., 2021; Xie et al., 2017). Jumlah obat dalam resep, proses intervensi resep, dan proses peracikan dapat mempengaruhi durasi menunggu (Fahrurazi *et al.*, 2022).

Pengambilan resep secara acak setelah resep lolos tahap pengecekan menyebabkan pekerjaan tidak teratur dan dapat meningkatkan risiko durasi menunggu semakin lama (Pertiwi & Rochmah, 2019). Waktu tunggu yang lama bisa terjadi ketika dilakukan skrining resep kemungkinan terjadinya kendala seperti ketidaksesuaian resep dengan kondisi kesehatan pasien sehingga Apoteker harus melakukan konfirmasi kepada dokter penulis resep (Yunus *et al.*, 2021).

2.7 Analisis Kualitatif

Penelitian kualitatif (*qualitative research*) merupakan penelitian yang lebih mendalam sehingga dihasilkan fenomena atau kajian yang lebih komprehensif. Penelitian ini dipakai untuk mengkaji/meneliti kehidupan masyarakat, gerakan sosial, tingkah laku, hubungan kekerabatan dan sejarah. Hasil data dari penelitian kualitatif berupa data deskriptif seperti tulisan, perilaku serta ucapan dari subjek yang diamati (Nugrahani, 2014).

Penelitian kualitatif memiliki tujuan yaitu guna memahami suatu kondisi dengan mendeskripsikan secara rinci dan mendalam relevan terhadap apa yang dialami di lapangan. Penelitian kualitatif dapat dilaksanakan dengan berbagai metode seperti wawancara, observasi, *Focus Group Discussion* (FGD), kuesioner terbuka, dan pengkajian isi dokumen (*Content Analysis*) (Nugrahani, 2014).

2.8 Focus Group Discussion (FGD)

Focus Group Discussion ialah metode yang digunakan oleh peneliti di dalam mengambil data dengan sekelompok kecil orang dari berbagai karakteristik tertentu seperti latar belakang profesional, atau berbagi pengalaman serupa untuk membahas suatu topik tertentu dan berbagi pandangan serta pengalaman mereka (Moser & Korstjens, 2018). Dalam kelompok terarah terdiri dari 6-12 individu dan berlangsung selama 90-120 menit dimana dalam melakukan diskusi dipandu oleh seorang moderator dengan menggunakan jalur tanya jawab (Guest *et al.*, 2017; Moser & Korstjens, 2018). Diskusi kelompok terarah dapat dilakukan dalam kelompok kecil yaitu 4-7 individu. Jumlah ideal partisipan dalam diskusi kelompok terarah yaitu 8-10 individu (Bisjoe, 2018).

Focus Group Discussion sering digunakan untuk mengeksplorasi pengalaman dan interaksi tenaga kesehatan dengan pasien, evaluasi program dan pengobatan, mendapatkan pemahaman tentang peran dan identitas profesional kesehatan, dan untuk mendapatkan perspektif tentang

masalah perawatan primer (Moser & Korstjens, 2018). Terdapat enam jenis utama pertanyaan dalam kelompok fokus yaitu: (1) pertanyaan mengenai pengalaman atau perilaku, (2) pertanyaan sensorik, (3) pertanyaan pendapat atau nilai, (4) pertanyaan pengetahuan, (5) pertanyaan perasaan, serta (6) pertanyaan latar belakang atau demografis (Rosenthal, 2016).

Dalam mengungkapkan informasi pribadi dan sensitif kemungkinan peserta studi lebih nyaman dalam pengaturan kelompok dengan latar belakang budaya yang sama dan dalam konteks yang lebih beriringan (Guest *et al.*, 2017). Pendekatan melalui FGD memungkinkan pengumpulan banyak data dalam waktu singkat. Moderator berperan penting agar setiap partisipan dalam grup memiliki suara yang sama dan tidak didominasi oleh individu mana pun (Piotrowicz & Cuthbertson, 2014).

Teknik ini memiliki beberapa keuntungan yaitu: dapat menyediakan data yang akurat untuk merefleksikan realitas sosial; membutuhkan biaya yang cenderung sedikit dibandingkan teknik survei; diperoleh kedalaman dan kekayaan data yang lebih padat dibandingkan dengan wawancara mendalam; merupakan metode yang memiliki tingkat *high face validity*; dan menghasilkan banyak data dalam waktu yang singkat dengan adanya variasi pandangan, pendapat, dan pengalaman yang lebih besar (Ridlo *et al.*, 2018).

FGD memiliki beberapa kelemahan yaitu memiliki tingkat kesulitan yang tinggi untuk dianalisis dan membutuhkan banyak waktu, peran dan pengaruh fasilitator sangat menentukan hasil akhir pengumpulan data, membutuhkan lingkungan yang kondusif, adanya individu yang mendominasi hasil FGD sehingga fasilitator yang terlatih dan terandalkan sangat diperlukan (Ridlo *et al.*, 2018).

2.9 Wawancara Semi Terstruktur

Wawancara semi struktur cocok digunakan untuk penelitian kualitatif karena lebih fleksibel, peneliti diberi kebebasan untuk mengatur alur dan setting wawancara serta dalam bertanya. Dalam melakukan wawancara peneliti mengandalkan *guideline* wawancara yang merupakan pedoman

dalam pengambilan data. Wawancara semi terstruktur memiliki beberapa keuntungan seperti adanya *guidelines* wawancara menjamin peneliti dapat mengumpulkan jenis data yang sama dari partisipan, memerlukan waktu yang sedikit untuk mengumpulkan data, pertanyaan dapat dikembangkan sesuai dengan isu yang diteliti. Beberapa kelemahan teknik ini yaitu Memiliki ketergantungan pada individu yang akan diwawancarai, keadaan wawancara dapat dengan mudah dipengaruhi oleh lingkungan sekitar, memerlukan penguasaan keterampilan bahasa yang baik dari interviewer dan Pertanyaan yang kurang baik penyusunannya, dapat membuat hasil wawancara menjadi bias.

Adapun ciri-ciri dari wawancara terstruktur adalah:

1. Menggunakan *open question* namun terdapat batasan tema dan alur pembicaraan: wawancara semi terstruktur menggunakan pertanyaan terbuka yang berarti subjek mempunyai kebebasan mengemukakan jawaban namun harus tetap dibatasi agar jawaban tidak keluar dari topik atau kearah yang tidak diperlukan.
2. Dapat diprediksi kecepatan wawancara: kontrol waktu dan kecepatan wawancara semi terstruktur ada pada peneliti. Peneliti dapat membuat catatan kecil yang digunakan sebagai *reminder* alur pembicaraan. Waktu dapat diprediksi meskipun tidak seakurat wawancara terstruktur.
3. Fleksibel dalam hal pertanyaan atau jawaban: meskipun peneliti dan subjek mempunyai kebebasan dalam memberikan atau menjawab pertanyaan, pembicaraan dapat berkembang luas dan membahas banyak hal. Walaupun demikian terdapat kontrol terhadap bahan pembicaraan yang dipegang oleh peneliti yaitu panduan wawancara.
4. Mempunyai pedoman wawancara: *guideline* wawancara merupakan hal yang penting sebagai parameter dalam membuat pertanyaan wawancara yang memuat tema-tema yang akan digali. Perbedaan pedoman wawancara semi terstruktur dan wawancara

terstruktur yaitu pada fleksibilitasnya, dimana pada wawancara semi terstruktur isi yang ditulis hanya tema-tema pembicaraan yang mengacu pada satu tema sentral yang memungkinkan adanya improvisasi.

(Herdiansyah, 2013).

2.10 Participatory Action Research (PAR)

Kurt Lewin yang merupakan seorang psikolog Prusia dianggap sebagai pendiri penelitian tindakan pada tahun 1944. Menurut beliau penelitian tindakan merupakan sebuah cara mempelajari sistem sosial dan memberikan perubahan dalam pemecahan permasalahan tersebut (MacDonald, 2012). *Participatory Action Research* merupakan pendekatan penelitian untuk mencari permasalahan atau isu-isu sosial kemudian di hubungkan kedalam proses perubahan sosial. Dalam PAR diperlukan partisipan untuk berpartisipasi dalam perancangan dan pelaksanaan penelitian. PAR merupakan “penelitian oleh orang, dengan orang, dan untuk orang” untuk mendefinisikan permasalahan dengan pengambilan aksi untuk mendapatkan solusi dari permasalahan yang ditemukan (MacDonald, 2012; Rahmat & Mirnawati, 2020).

Tujuan dari PAR yaitu untuk memperbaiki kualitas organisasi, masyarakat, dan kehidupan keluarga. Selain itu *Participatory Action Research* dilakukan untuk mengkaji isu-isu sosial, ekonomi, dan politik. Adapun ciri-ciri dari Penelitian Tindakan Partisipatori (PTP) yaitu: merencanakan perubahan (*planning a change*); memberikan tindakan, observasi proses, dan akibat dari perubahan (*acting and observing the process and consequences of the change*); merefleksikan proses (*reflecting on these processes*); merencanakan kembali (*replanning*); memberikan tindakan dan observasi kembali (*acting and observing again*); dan refleksi kembali dan seterusnya (*reflecting again ad so on*) (Yaumi & Damopolii, 2016).

2.11 Rumah Sakit Daerah Mangusada

Rumah Sakit Daerah Mangusada pertama kali didirikan pada bulan September 1998 dengan nama “Klinik Dharma Asih” yang berada di bawah naungan yayasan Hindu Rsi Markandeya. Pada waktu bersamaan, pemerintah Kabupaten Badung mengambil alih Rumah sakit tersebut dan kemudian diberi nama “Klinik Bersalin Cura Dharma Asih”. Seiring berkembangnya waktu, terjadi perkembangan yaitu pada tahun 2002, di mana diberlakukannya peraturan daerah mengenai pembentukan susunan organisasi dan tata kerja RSD kabupaten Badung serta mulai menerima kelainan unit gawat darurat dan poliklinik dasar.

Setiap tahun, layanan yang diberikan RSD Mangusada terus berkembang hingga pada tahun 2010 rumah sakit ini berubah menjadi Rumah Sakit Umum Kelas C dan pada tahun 2013 berubah menjadi Rumah Sakit Umum Kelas B. Rumah Sakit ini mengalami perubahan lambang dan nama dari RSUD Kabupaten Badung Mangusada menjadi RSD Mangusada pada tahun 2018. Layanan-layanan yang ditawarkan RSD Mangusada terus bertambah hingga saat ini.

Rumah Sakit ini merupakan salah satu rumah sakit rujukan pasien peserta JKN di Kabupaten Badung berdasarkan data tahun 2021 dengan rata-rata kunjungan 400 orang per hari. Layanan kesehatan yang ditawarkan oleh RSD Mangusada antara lain Poliklinik, Layanan Unggulan, Rawat Inap, Rawat Jalan, Rawat Intensif, Paviliun dan Gawat Darurat yang kemudian diperkuat atau didukung oleh adanya layanan klinik maupun non klinik. Salah satu layanan klinik yang disediakan RSD Mangusada yaitu instalasi farmasi. Instalasi farmasi di RSD Mangusada dapat dibagi menjadi beberapa unit pelayanan kefarmasian yaitu: Depo Farmasi Operasi, Kemoterapi, Rawat Jalan, Paviliun, Inap Paviliun dan Kamar Operasi, serta Depo Farmasi Sentral. Tingginya tingkat kunjungan pasien, tentunya berpengaruh terhadap beban kerja dan sistem pengelolaan di instalasi farmasi.

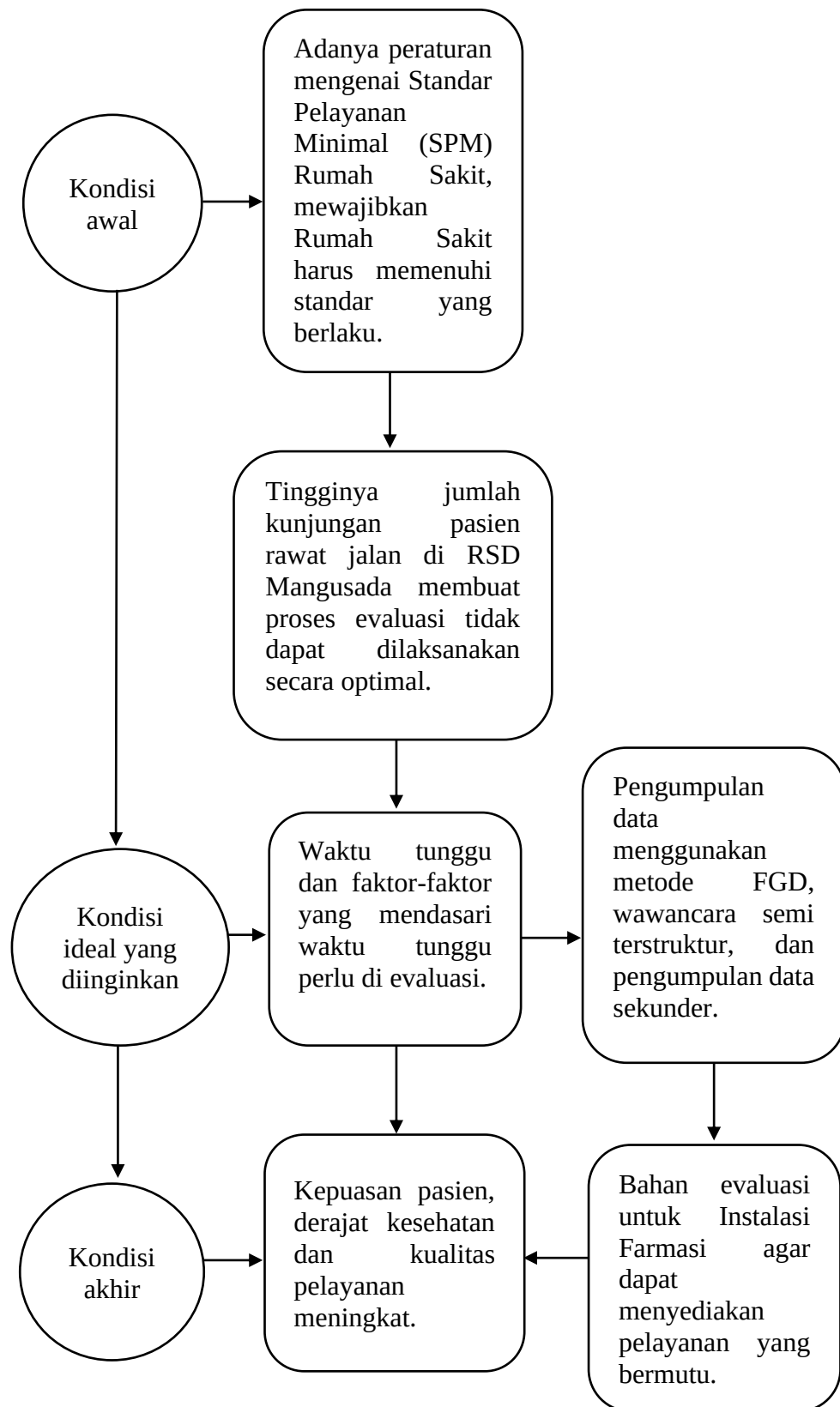
2.12 Kerangka Konseptual

Adanya peraturan mengenai SPM di rumah sakit mewajibkan pihak rumah sakit harus mengikuti standar yang berlaku. Tingginya tingkat kunjungan di Depo Farmasi Rawat Jalan RSD Mangusada yang mencapai 400orang per hari dan berupa salah satu rumah sakit rujukan JKN membuat proses evaluasi tentang waktu tunggu layanan resep untuk obat non-racikan ataupun racikan menjadi tidak berjalan dengan optimal. Dengan adanya standar yang berlaku, pengelola Rumah sakit harus mengoptimalkan pelayanan agar sesuai dengan standar yang berlaku dan kepuasan pasien tidak menurun.

Waktu tunggu untuk layanan resep yang ada di instalasi Farmasi ialah suatu hal yang cukup krusial karena berkaitan dengan kualitas atau mutu dari rumah sakit. Durasi menunggu dari obat non-racikan atau obat racikan seringkali diabaikan oleh pihak rumah sakit. Jika tidak diperhatikan dengan baik hal ini bisa mempengaruhi kepuasan dari pasien. Sebelum pasien menunggu di Instalasi farmasi, Pasien sudah menghabiskan waktu cukup lama untuk mengantri di bagian pendaftaran, di bagian pemeriksaan serta di bagian penyerahan resep di Instalasi farmasi.

Pelayanan resep merupakan proses akhir dalam pelayanan kesehatan. Durasi menunggu yang lumayan lama akan mengakibatkan pasien yang sebelumnya sudah kelelahan akibat sakit yang diderita menjadi semakin lelah, stres dan juga jenuh karena terlalu lama menunggu di bagian instalasi farmasi. yang kemudian pandangan atau perspektif dari pasien dapat negatif terhadap pelayanan rumah sakit.

Menurut (Yi *et al.*, 2021) jenis resep ialah aspek lain yang memberikan pengaruh pada durasi tunggu pelayanan resep. Jenis resep tersebut seperti resep yang kompleks (lebih dari tiga jenis obat), obat yang mengandung psikotropika, dan obat yang membutuhkan intervensi dari apoteker. Berdasar pada penjelasan yang sudah dibahas, maka kerangka berpikir di dalam penelitian ini bisa ditampilkan seperti pada gambar 2.1.



Gambar 2.1 Kerangka Konseptual