

**ANALISIS KUALITATIF WAKTU TUNGGU PELAYANAN RESEP PADA
PASIEN BPJS DI INSTALASI FARMASI RSUD PADANG PANJANG**

DRAFT PROPOSAL



Oleh :

NADIA CHOIRUNNISA

NIM : 1804016

**PROGRAM STUDI S1 FARMASI
FAKULTAS FARMASI
UNIVERSITAS PERINTIS INDONESIA
PADANG
2023**

BAB I. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Permenkes, 2016). Instalasi farmasi adalah unit pelaksana fungsional yang menyelenggarakan seluruh kegiatan pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit (Menkes, 2016).

Standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit yang bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian, menjamin kepastian hukum bagi tenaga kefarmasian serta melindungi pasien dan masyarakat dari penggunaan obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien (*patient safety*) (Menkes RI, 2016).

Salah satu standar minimal pelayanan farmasi di rumah sakit adalah waktu tunggu. Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi dengan standar minimal yang ditetapkan kementerian kesehatan adalah ≤ 30 menit, sedangkan waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan yaitu ≤ 60 menit (Kepmenkes 2008).

Pada penelitian yang telah dilakukan sebelumnya didapatkan bahwa proses dari penerimaan resep hingga obat diserahkan kepada pasien di Instalasi Farmasi RSUP DR. M. Djamil Padang waktu tunggu pelayanan masih belum sesuai standar minimal pelayanan, yaitu Waktu tunggu pelayanan resep jadi 36 menit 23 detik dari ≤ 30 menit dan untuk resep racikan 1 jam 9 menit 48 detik dari ≤ 60 menit. (Rima An Nisa, 2020).

Selain itu hasil pada penelitian Faulin, dkk (2019) didapatkan hasil rata-rata waktu tunggu pelayanan resep pasien JKN rawat jalan di unit Farmasi RS Prof. Dr. Tabrani Pekanbaru sebesar 83.76 menit untuk resep non racikan dan 91.08 menit untuk resep racikan. Hasil dari penelitian ini belum memenuhi standar pelayanan minimal untuk resep non racikan sebesar ≤ 30 menit dan resep racikan sebesar ≤ 60 menit (Kemenkes, 2008).

Berdasarkan uraian masalah diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “ Analisis Kualitatif Waktu Tunggu Pelayanan Resep Pada Pasien BPJS di Instalasi Farmasi RSUD Padang Panjang “

1.2 Rumusan Masalah

1. Berapakah rata-rata waktu tunggu pelayanan resep racikan di RSUD Padang Panjang ?
2. Berapakah rata-rata waktu tunggu pelayanan resep non-racikan di RSUD Padang Panjang ?
3. Apakah waktu tunggu pelayanan resep racikan di RSUD Padang Panjang sesuai dengan standar pelayanan minimal rumah sakit yang ada?
4. Apakah waktu tunggu pelayanan resep non-racikan RSUD di Padang Panjang sesuai dengan standar pelayanan minimal rumah sakit yang ada?

1.3 Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui rata-rata waktu tunggu pelayanan resep racikan di RSUD Padang Panjang.
2. Untuk mengetahui rata-rata waktu tunggu pelayanan resep non-racikan di RSUD Padang Panjang.

3. Untuk mengetahui apakah waktu tunggu resep racikan di di RSUD Padang Panjang sesuai dengan standar pelayanan minimal rumah sakit.
4. Untuk mengetahui apakah waktu tunggu resep non-racikan di di RSUD Padang Panjang sesuai dengan standar pelayanan minimal rumah sakit.

1.4 Manfaat penelitian

1. Rumah sakit

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan dan pertimbangan bagi rumah sakit dalam meningkatkan kualitas pelayanan obat, sehingga sesuai dengan standar pelayanan minimal (SPM)

2. Bagi Peneliti

Untuk menambah pengetahuan dan pengalaman mengenai waktu tunggu serta tugas apoteker dan tenaga kefarmasian dalam pelayanan resep di Instalasi Farmasi Rumah Sakit.

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Menurut WHO (*World Health Organization*) rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik.

Menurut Kepmenkes RI No. 340/MENKES/PER/III/2010 adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Sedangkan 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 (UU RI no. 44, 2009).

2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Rumah sakit mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan kegiatan penyembuhan penderita dan pemulihan keadaan cacat badan dan jiwa yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya peningkatan (promotif) dan pencegahan (preventif) serta melaksanakan upaya rujukan.

Berdasarkan UU No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, bahwa setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban :

1. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat.
2. Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit.
3. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya
4. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya
5. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin
6. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani kesehatan
7. Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya.

Fungsi dari kegiatan rumah sakit pada modern ini sangat bervariasi sekali. Untuk menjalankan tugas sebagaimana dimaksud dalam UU Nomor 44 Tahun 2009 pasal 4, Rumah Sakit mempunyai fungsi:

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;

2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan;

2.1.3 Jenis dan Klasifikasi Rumah Sakit

A. Jenis Rumah Sakit

Menurut Undang-undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, jenis rumah sakit dapat dibedakan atas jenis pelayanan dan pengelolaannya, yaitu sebagai berikut: (UU RI no. 44, 2009)

1. Berdasarkan Jenis Pelayanan

a. Rumah Sakit umum

Rumah sakit umum memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.

b. Rumah Sakit Khusus

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.

2. Berdasarkan pengelolaan

a. Rumah Sakit Publik

Rumah sakit publik merupakan sebuah rumah sakit yang dapat dikelola oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba.

Rumah sakit publik meliputi :

- 1) Rumah Sakit milik departemen kesehatan
- 2) Rumah Sakit milik pemerintah daerah provinsi
- 3) Rumah Sakit milik pemerintah daerah kabupaten/kota
- 4) Rumah Sakit milik tentara nasional indonesia
- 5) Rumah Sakit milik kepolisian republik indonesia
- 6) Rumah Sakit milik departemen diluar departemen kesehatan (termasuk milik badan usaha milik Negara seperti pertamina)

b. Rumah Sakit Privat

Rumah sakit privat dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero.

Rumah sakit privat meliputi :

- 1) rumah Sakit milik yayasan
- 2) Rumah Sakit milik perusahaan
- 3) Rumah Sakit milik penanaman modal (dalam negeri dan luar negeri)
- 4) Rumah Sakit milik badan hukum lain

B. Klasifikasi Rumah Sakit

Rumah sakit umum dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan dapat diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan rumah sakit (Permenkes RI No. 56, 2014).

1. Rumah Sakit Umum kelas A

Rumah sakit umum yang memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesifikasi luas dan subspesialistik luas. Pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Kelas A paling sedikit meliputi:

a. Pelayanan medik

Pelayanan medik sebagaimana dimaksud adalah paling sedikit terdiri dari:

1) Pelayanan gawat darurat

Pelayanan gawat darurat, sebagaimana dimaksud harus diselenggarakan 24 (dua puluh empat) jam sehari secara terus menerus.

2) Pelayanan medik spesialis dasar

Pelayanan medik spesialis dasar, sebagaimana dimaksud meliputi pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, dan obstetri dan ginekologi.

3) Pelayanan medik spesialis penunjang

Pelayanan medik spesialis penunjang, sebagaimana dimaksud meliputi pelayanan anestesiologi, radiologi, patologi klinik, patologi anatomi, dan rehabilitasi medik.

4) Pelayanan medik spesialis lain

Pelayanan medik spesialis lain, sebagaimana dimaksud meliputi pelayanan mata, telinga hidung tenggorokan, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, orthopedi, urologi, bedah syaraf, bedah plastik, dan kedokteran forensik.

5) Pelayanan medik subspesialis

Pelayanan medik subspesialis, sebagaimana dimaksud meliputi pelayanan subspesialis di bidang spesialisasi bedah, penyakit dalam, kesehatan anak, obstetri dan ginekologi, mata, telinga hidung tenggorokan, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, orthopedi, urologi, bedah syaraf, bedah plastik, dan gigi mulut.

6) Pelayanan medik spesialis gigi dan mulut

Pelayanan medik spesialis gigi dan mulut, sebagaimana dimaksud meliputi bedah mulut, konservasi/endonsasi, periodonti, orthodonti, prosthodonti, pedodonti, dan penyakit mulut.

b. Pelayanan kefarmasian

Pelayanan kefarmasian sebagaimana dimaksud meliputi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai, dan pelayanan farmasi klinik.

c. Pelayanan keperawatan dan kebidanan

Pelayanan keperawatan dan kebidanan sebagaimana dimaksud meliputi asuhan keperawatan generalis dan spesialis serta asuhan kebidanan.

d. Pelayanan penunjang klinik

Pelayanan penunjang klinik sebagaimana dimaksud meliputi pelayanan bank darah, perawatan intensif untuk semua golongan umur dan jenis penyakit, gizi, sterilisasi instrumen dan rekam medik.

e. Pelayanan penunjang nonklinik

Pelayanan penunjang nonklinik sebagaimana dimaksud meliputi pelayanan laundry/linen, jasa boga/dapur, teknik dan pemeliharaan fasilitas, pengelolaan limbah, gudang, ambulans, sistem informasi dan komunikasi, pemulasaraan jenazah, sistem penanggulangan kebakaran, pengelolaan gas medik, dan pengelolaan air bersih.

f. Pelayanan rawat inap

Pelayanan rawat inap sebagaimana dimaksud harus dilengkapi dengan fasilitas sebagai berikut:

- 1) Jumlah tempat tidur perawatan Kelas III paling sedikit 30% (tiga puluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah;
- 2) Jumlah tempat tidur perawatan Kelas III paling sedikit 20% (dua puluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik swasta;
- 3) Jumlah tempat tidur perawatan intensif sebanyak 5% (lima persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah dan Rumah Sakit milik swasta.

Sumber daya manusia Rumah Sakit Umum kelas A terdiri atas:

a. Tenaga medis

Tenaga medis sebagaimana dimaksud adalah paling sedikit terdiri atas:

- a) 18 (delapan belas) dokter umum untuk pelayanan medik dasar;
- b) 4 (empat) dokter gigi umum untuk pelayanan medik gigi mulut;
- c) 6 (enam) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis dasar;

- d) 3 (tiga) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis penunjang;
- e) 3 (tiga) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis lain;
- f) 2 (dua) dokter subspesialis untuk setiap jenis pelayanan medik subspesialis; dan
- g) 1 (satu) dokter gigi spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis gigi mulut.

b. Tenaga kefarmasian

Tenaga kefarmasian sebagaimana dimaksud adalah 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.

c. Tenaga keperawatan;

Jumlah kebutuhan tenaga keperawatan sebagaimana dimaksud sama dengan jumlah tempat tidur pada instalasi rawat inap. Kualifikasi dan kompetensi tenaga keperawatan sebagaimana dimaksud disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit

d. Tenaga kesehatan lain;

Jumlah dan kualifikasi tenaga kesehatan lain sebagaimana dimaksud disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit.

e. Tenaga non kesehatan.

Tenaga nonkesehatan sebagaimana dimaksud disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit.

Peralatan Rumah Sakit Umum kelas A harus memenuhi standar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Peralatan sebagaimana dimaksud paling sedikit terdiri dari peralatan medis untuk instalasi gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, rawat intensif, rawat operasi, persalinan, radiologi, laboratorium klinik, pelayanan darah, rehabilitasi medik, farmasi, instalasi gizi, dan kamar jenazah.

2. Rumah Sakit Umum kelas B

Rumah sakit umum yang memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medis sekurang-kurangnya sebelas spesifikasi dan subspecialistik luas. Pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum kelas B paling sedikit meliputi:

a. Pelayanan medik

Pelayanan medik sebagaimana dimaksud adalah paling sedikit terdiri dari:

a) Pelayanan gawat darurat

Pelayanan gawat darurat, sebagaimana dimaksud harus diselenggarakan 24 (duapuluh empat) jam sehari secara terus menerus.

b) Pelayanan medik spesialis dasar

Pelayanan medik spesialis dasar, sebagaimana dimaksud meliputi pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, dan obstetri dan ginekologi.

c) Pelayanan medik spesialis penunjang

Pelayanan medik spesialis penunjang, sebagaimana dimaksud meliputi pelayanan anesthesiologi, radiologi, patologi klinik, patologi anatomi, dan rehabilitasi medik.

d) Pelayanan medik spesialis lain

Pelayanan medik spesialis lain, sebagaimana dimaksud adalah paling sedikit berjumlah 8 (delapan) pelayanan dari 13 (tiga belas) pelayanan yang meliputi pelayanan mata, telinga hidung tenggorokan, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, orthopedi, urologi, bedah syaraf, bedah plastik, dan kedokteran forensik.

e) Pelayanan medik subspecialis

Pelayanan medik subspesialis, sebagaimana dimaksud adalah paling sedikit berjumlah 2 (dua) pelayanan subspesialis dari 4 (empat) subspesialis dasar yang meliputi pelayanan subspesialis di bidang spesialisasi bedah, penyakit dalam, kesehatan anak, dan obstetri dan ginekologi.

f) Pelayanan medik spesialis gigi dan mulut

Pelayanan medik spesialis gigi dan mulut, sebagaimana dimaksud adalah paling sedikit berjumlah 3 (tiga) pelayanan yang meliputi pelayanan bedah mulut, konservasi/endodonsi, dan orthodonti.

b. Pelayanan kefarmasian

Pelayanan kefarmasian sebagaimana dimaksud meliputi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai, dan pelayanan farmasi klinik.

c. Pelayanan keperawatan dan kebidanan

Pelayanan keperawatan dan kebidanan sebagaimana dimaksud meliputi asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.

d. Pelayanan penunjang klinik

Pelayanan penunjang klinik sebagaimana dimaksud meliputi pelayanan bank darah, perawatan intensif untuk semua golongan umur dan jenis penyakit, gizi, sterilisasi instrumen dan rekam medik.

e. Pelayanan penunjang nonklinik

Pelayanan penunjang nonklinik sebagaimana dimaksud meliputi pelayanan laundry/linen, jasa boga/dapur, teknik dan pemeliharaan fasilitas, pengelolaan limbah, gudang, ambulans, sistem informasi dan komunikasi, pemulasaraan

jenazah, sistem penanggulangan kebakaran, pengelolaan gas medik, dan pengelolaan air bersih.

f. Pelayanan rawat inap

Pelayanan rawat inap sebagaimana dimaksud dilengkapi dengan fasilitas sebagai berikut:

1. Jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 30% (tiga puluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah;
2. Jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 20% (dua puluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik swasta;
3. Jumlah tempat tidur perawatan intensif sebanyak 5% (lima persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah dan Rumah Sakit milik swasta.

Sumber daya manusia Rumah Sakit Umum kelas B terdiri atas:

a. Tenaga medis

Tenaga medis sebagaimana dimaksud adalah paling sedikit terdiri atas:

- a) 12 (dua belas) dokter umum untuk pelayanan medik dasar;
- b) 3 (tiga) dokter gigi umum untuk pelayanan medik gigi mulut;
- c) 3 (tiga) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis dasar;
- d) 2 (dua) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis penunjang;
- e) 1 (satu) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis lain;
- f) 1 (satu) dokter subspesialis untuk setiap jenis pelayanan medik subspesialis; dan

- g) 1 (satu) dokter gigi spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis gigi mulut.

b. Tenaga kefarmasian

Tenaga kefarmasian sebagaimana dimaksud adalah 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.

c. Tenaga keperawatan

Jumlah kebutuhan tenaga keperawatan sebagaimana dimaksud sama dengan jumlah tempat tidur pada instalasi rawat inap. Kualifikasi dan kompetensi tenaga keperawatan sebagaimana dimaksud disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit.

d. Tenaga kesehatan lain

Jumlah dan kualifikasi tenaga kesehatan lain dan tenaga nonkesehatan sebagaimana dimaksud disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit.

e. Tenaga nonkesehatan

Jumlah dan kualifikasi tenaga nonkesehatan sebagaimana dimaksud disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit.

Peralatan Rumah Sakit Umum kelas B harus memenuhi standar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Peralatan sebagaimana dimaksud adalah paling sedikit terdiri dari peralatan medis untuk instalasi gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, rawat intensif, rawat operasi, persalinan, radiologi, laboratorium klinik, pelayanan darah, rehabilitasi medik, farmasi, instalasi gizi, dan kamar jenazah.

3. Rumah Sakit Umum kelas C

Rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialistik dasar. Pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum kelas C paling sedikit meliputi:

a. Pelayanan medik

Pelayanan medik sebagaimana dimaksud adalah paling sedikit terdiri dari:

a) Pelayanan gawat darurat

Pelayanan gawat darurat, sebagaimana dimaksud harus diselenggarakan 24 (dua puluh empat) jam sehari secara terus menerus.

b) Pelayanan medik umum

Pelayanan medik umum, sebagaimana dimaksud meliputi pelayanan medik dasar, medik gigi mulut, kesehatan ibu dan anak, dan keluarga berencana.

c) Pelayanan medik spesialis dasar

Pelayanan medik spesialis dasar, sebagaimana dimaksud meliputi pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, dan obstetri dan ginekologi.

d) Pelayanan medik spesialis penunjang

Pelayanan medik spesialis penunjang, sebagaimana dimaksud meliputi pelayanan anestesiologi, radiologi, dan patologi klinik.

e) Pelayanan medik spesialis lain

f) Pelayanan medik subspesialis; dan

g) Pelayanan medik spesialis gigi dan mulut

Pelayanan medik spesialis gigi dan mulut, sebagaimana dimaksud paling sedikit berjumlah 1 (satu) pelayanan.

b. Pelayanan kefarmasian

Pelayanan kefarmasian sebagaimana meliputi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai, dan pelayanan farmasi klinik.

c. Pelayanan keperawatan dan kebidanan

Pelayanan keperawatan dan kebidanan sebagaimana dimaksud meliputi asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.

d. Pelayanan penunjang klinik

Pelayanan penunjang klinik sebagaimana dimaksud meliputi pelayanan bank darah, perawatan intensif untuk semua golongan umur dan jenis penyakit, gizi, sterilisasi instrumen dan rekam medik.

e. Pelayanan penunjang nonklinik

Pelayanan penunjang nonklinik sebagaimana dimaksud meliputi pelayanan laundry/linen, jasa boga/dapur, teknik dan pemeliharaan fasilitas, pengelolaan limbah, gudang, ambulans, sistem informasi dan komunikasi, pemulasaraan jenazah, sistem penanggulangan kebakaran, pengelolaan gas medik, dan pengelolaan air bersih.

f. Pelayanan rawat inap

Pelayanan rawat inap sebagaimana dimaksud harus dilengkapi dengan fasilitas sebagai berikut:

- a) Jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 30% (tiga puluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah;
- b) Jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 20% (dua puluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik swasta;
- c) Jumlah tempat tidur perawatan intensif sebanyak 5% (lima persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah dan Rumah Sakit milik swasta.

Sumber daya manusia Rumah Sakit Umum kelas C terdiri atas:

a. Tenaga medis

Tenaga medis sebagaimana dimaksud adalah paling sedikit terdiri atas:

- a) 9 (sembilan) dokter umum untuk pelayanan medik dasar;
 - b) 2 (dua) dokter gigi umum untuk pelayanan medik gigi mulut;
 - c) 2 (dua) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis dasar;
 - d) 1 (satu) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis penunjang;
- dan
- e) 1 (satu) dokter gigi spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis gigi mulut.

b. Tenaga kefarmasian

Tenaga kefarmasian sebagaimana dimaksud adalah paling sedikit terdiri atas:

- a) 1 (satu) orang apoteker sebagai kepala instalasi farmasi Rumah Sakit;
- b) 2 (dua) apoteker yang bertugas di rawat inap yang dibantu oleh paling sedikit 4 (empat) orang tenaga teknis kefarmasian;
- c) 4 (empat) orang apoteker di rawat jalan 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.

c. Tenaga keperawatan

Jumlah kebutuhan tenaga keperawatan sebagaimana dimaksud dihitung dengan perbandingan 2 (dua) perawat untuk 3 (tiga) tempat tidur. Kualifikasi dan

kompetensi tenaga keperawatan sebagaimana dimaksud disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit.

d. Tenaga kesehatan lain

Jumlah dan kualifikasi tenaga kesehatan lain sebagaimana dimaksud disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit.

e. Tenaga nonkesehatan

Jumlah dan kualifikasi tenaga nonkesehatan sebagaimana dimaksud disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit.

Peralatan Rumah Sakit Umum kelas C harus memenuhi standar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Peralatan sebagaimana dimaksud adalah paling sedikit terdiri dari peralatan medis untuk instalasi gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, rawat intensif, rawat operasi, persalinan, radiologi, laboratorium klinik, pelayanan darah, rehabilitasi medik, farmasi, instalasi gizi, dan kamar jenazah.

4. Rumah Sakit Umum kelas D

Rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis dasar. Pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Kelas D paling sedikit meliputi:

a. Pelayanan medik

a) Pelayanan medik sebagaimana dimaksud adalah paling sedikit terdiri dari:

- b) Pelayanan gawat darurat
 - c) Pelayanan gawat darurat, sebagaimana dimaksud harus diselenggarakan 24 (dua puluh empat) jam sehari secara terus menerus.
 - d) Pelayanan medik umum
 - e) Pelayanan medik umum, sebagaimana dimaksud meliputi pelayanan medic dasar, medik gigi mulut, kesehatan ibu dan anak, dan keluarga berencana.
 - f) Pelayanan medik spesialis dasar
 - g) Pelayanan medik spesialis dasar, sebagaimana dimaksud adalah paling sedikit 2 (dua) dari 4 (empat) pelayanan medik spesialis dasar yang meliputi pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, dan/atau obstetri dan ginekologi.
 - h) Pelayanan medik spesialis penunjang
 - i) Pelayanan medik spesialis penunjang, sebagaimana dimaksud pada ayat (1)huruf d, meliputi pelayanan radiologi dan laboratorium. Pasal 49 Pelayanan kefarmasian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 47 huruf b meliputi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai, dan pelayanan farmasi klinik.
- b. Pelayanan kefarmasian;
- c. Pelayanan keperawatan dan kebidanan
- Pelayanan keperawatan dan kebidanan sebagaimana dimaksud meliputi asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.
- d. Pelayanan penunjang klinik

Pelayanan penunjang klinik sebagaimana dimaksud meliputi pelayanan darah, perawatan high care unit untuk semua golongan umur dan jenis penyakit, gizi, sterilisasi instrumen dan rekam medik.

e. Pelayanan penunjang nonklinik

Pelayanan penunjang nonklinik sebagaimana dimaksud meliputi pelayanan laundry/linen, jasa boga/dapur, teknik dan pemeliharaan fasilitas, pengelolaan limbah, gudang, ambulans, sistem informasi dan komunikasi, pemulasaraan jenazah, sistem penanggulangan kebakaran, pengelolaan gas medik, dan pengelolaan air bersih.

f. Pelayanan rawat inap

Pelayanan rawat inap sebagaimana dimaksud harus dilengkapi dengan fasilitas sebagai berikut: a. jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 30% (tiga puluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah; b. jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 20% (dua puluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik swasta; c. jumlah tempat tidur perawatan intensif sebanyak 5% (lima persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah dan Rumah Sakit milik swasta.

Sumber daya manusia rumah sakit umum kelas D terdiri atas:

a. Tenaga medis

Tenaga medis sebagaimana dimaksud adalah paling sedikit terdiri atas:

a) 4 (empat) dokter umum untuk pelayanan medik dasar;

b) 1 (satu) dokter gigi umum untuk pelayanan medik gigi mulut;

c) 1 (satu) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis dasar.

b. Tenaga kefarmasian

Tenaga kefarmasian sebagaimana dimaksud adalah 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.

c. Tenaga keperawatan

Jumlah kebutuhan tenaga keperawatan sebagaimana dimaksud dihitung dengan perbandingan 2 (dua) perawat untuk 3 (tiga) tempat tidur. Kualifikasi dan kompetensi tenaga keperawatan sebagaimana dimaksud disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan rumah sakit.

d. Tenaga kesehatan lain

Jumlah dan kualifikasi tenaga kesehatan lain sebagaimana dimaksud disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit.

e. Tenaga nonkesehatan

Jumlah dan kualifikasi tenaga nonkesehatan sebagaimana dimaksud disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit.

Peralatan Rumah Sakit Umum kelas D harus memenuhi standar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Peralatan sebagaimana dimaksud adalah paling sedikit terdiri dari peralatan medis untuk instalasi gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, rawat intensif, rawat operasi, persalinan, radiologi, laboratorium klinik, pelayanan darah, rehabilitasi medik, farmasi, instalasi gizi, dan kamar jenazah.

2.1.4 RSUD Padang Panjang

RSUD Kota Padang Panjang bermula dari Poliklinik yang didirikan oleh Belanda pada tahun 1940 yang beralamat di Jl. KH.A.Dahlan No.5 Kota Padang Panjang. Kemudian tahun 1943 Poliklinik tersebut di kuasai oleh Jepang. Tahun 1946 Poliklinik diambil alih oleh TNI sampai dengan tahun 1969. Pada tahun 1970 poliklinik diserahkan kepada Pemerintah Daerah dan dijadikan Rumah Sakit Umum. Tahun 1980 Rumah Sakit dijadikan sebagai rumah sakit kelas D, kemudian pada tanggal 12 November 1984 diresmikan oleh Menteri Kesehatan RI dr.Suwardjono Surjaningrat sebagai rumah sakit kelas C dengan Direktur dr.Sulaiman berdasarkan SK Menkes RI No. 481/Menkes/SK/1997 dengan kapasitas tempat tidur 54 bh yang beralamat di Jl.K.H.AhmadDahlan No. 5 Kota Padang Panjang.Pada tahun 2007 RSUD pindahbangunan ke Jl.Tabek Gadang Kel. Ganting Kec.Padang Panjang Timur Kota Padang Panjang. Gedung baru RSUD Kota Padang Panjang, dibangun pada tahun 2005 dengan • Luas tanah : ± 45.627 M2 • Luas Bangunan : ± 6.538 M2 Pada tahun 2008 dengan SK Menkes RI No. 07.06/III/906/2008 tanggal 19 Maret 2008

tentang Pemberian Izin Penyelenggaraan RSUD Kota Padang Panjang dengan nama RSUD Kota Padang Panjang merupakan RS kelas C dengan kapasitas tempat tidur 160 buah. Dan pada tahun 2016 RSUD mempunyai jumlah tempat tidur sebanyak 150 buah tempat tidur. RSUD Padang Panjang menyediakan pelayanan rawat inap yang komprehensif, dilengkapi oleh tenaga medis profesional, dan penunjang medis yang modern dan termutakhir. Pelayanan yang ramah dan nyaman diharapkan dapat semakin mendukung proses pemulihan kesehatan Anda.

RSUD Padang Panjang dilengkapi dengan 150 buah tempat tidur yang terbagi atas Ruang Perawatan Dewasa, Ruang Perawatan Anak, Ruang Perawatan Kebidanan, Ruang Isolasi, dan Ruang Rawat Intensif. RSUD Padang Panjang memiliki beberapa jenis ruang perawatan, yang terdiri dari, Kelas VIP, Kelas I, Kelas II, dan Kelas III.

Secara historis, RSUD Kota Padang Panjang bermula dari Poliklinik yang didirikan oleh Belanda pada tahun 1940 yang beralamat di Jl. KH.A Dahlan No.5 Kota Padang Panjang. Kemudian pada tahun 1943 Poliklinik tersebut dikuasai oleh Jepang. Tahun 1946 Poliklinik diambil alih oleh TNI sampai dengan tahun 1969. Pada tahun 1970 Poliklinik diserahkan kepada Pemerintah Daerah dijadikan sebagai Rumah Sakit Umum. Pada tahun 1980 RSU ini dijadikan menjadi RSU kelas D, selanjutnya pada tanggal 12 november 1984 diresmikan oleh Menteri Kesehatan RI dr. Suwardjono Surjaningrat sebagai rumah sakit kelas C dengan direktur dr. Sulaiman, berdasarkan SK Menkes RI Nomor: 481/Menkes/SK/1997 dengan kapasitas tempat

tidur sebanyak 54 buah. Dan masih beralamat di Jl. KH.A Dahlan No.5 Kota Padang Panjang.

2.1.5 Visi dan Misi

1. Visi

Untuk kejayaan Padang Panjang yang berrmarwah dan bermartabat

2. Misi

- a. Meningkatkan pertumbuhan ekonomi unggulan daerah berbasis pembangunan berkelanjutan
- b. Meningkatkan pemerataan dan kualitas daya saing SDM masyarakat yang berakhlak dan berbudaya
- c. Meningkatkan tata kelola pemerintah yang responsive, inovatif , dan partisipatif.

2.2 Instalasi Farmasi Rumah Sakit

2.2.1 Pengertian Instalasi Rumah Sakit

Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) adalah bagian dari Rumah Sakit yang bertugas menyelenggarakan, mengkoordinasikan, mengatur dan perundang-undangan yang berlaku dan bertanggung jawab atas seluruh pekerjaan serta kefarmasian, yang terdiri pelayanan paripurna yang mencakup perencanaan, pengadaan, produksi, penyimpanan perbekalan kesehatan/sediaan farmasi, dispensing obat berdasarkan resep bagi penderita saat tinggal dan rawat jalan, pengendalian mutu dan pengendalian distribusi dan penggunaan seluruh perbekalan kesehatan di rumah sakit. Pelayanan farmasi klinik umum dan spesialis mencakup pelayanan langsung pada

penderita dan pelayanan klinik yang merupakan program rumah sakit secara keseluruhan (Siregar dan Amalia, 2004)

2.2.2 Tujuan Instalasi Farmasi Rumah Sakit

Sesuai dengan SK Menkes Nomor 1197/Menkes/SK/X/2004 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit bahwa pelayanan farmasi rumah sakit adalah bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan rumah sakit yang utuh dan berorientasi kepada pelayanan pasien, penyediaan obat yang bermutu, termasuk pelayanan farmasi klinik yang terjangkau bagi semua lapisan masyarakat. Farmasi rumah sakit bertanggung jawab terhadap semua barang farmasi yang beredar di rumah sakit tersebut. Adapun tujuan pelayanan farmasi yaitu: (Depkes 2004)

- 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 farmasi
- 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) Mengadakan penelitian di bidang farmasi dan peningkatan metoda.

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: (Depkes 2004)

- 1) Melaksanakan pelayanan farmasi yang optimal
- 2) Menyelenggarakan kegiatan pelayanan farmasi professional 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 pengembangandi bidang farmasi
- 8) Memfasilitasi dan mendorong tersusunnya standar pengobatan dan ormularium 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 dirumah 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

2.2.4 Pelayanan Kefarmasian dalam Penggunaan Obat dan Alat Kesehatan

Menurut (Depkes RI, 2004, Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit, Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1197/MenKes/SK/X/2004) adalah pendekatan profesional yang bertanggung jawab dalam menjamin penggunaan obat dan alat kesehatan sesuai indikasi, efektif, aman dan terjangkau oleh pasien melalui penerapan pengetahuan, keahlian, ketrampilan dan perilaku apoteker serta bekerjasama dengan pasien dan profesi kesehatan lainnya.

Kegiatan yang dilakukan meliputi :

2. Pengkajian Resep

Merupakan kegiatan dalam pelayanan kefarmasian yang dimulai dari seleksi persyaratan administrasi, persyaratan farmasi dan persyaratan klinis baik untuk pasien rawat inap maupun rawat jalan

3. Dispensing

Merupakan kegiatan pelayanan yang dimulai dari tahap validasi resep, interpretasi resep, menyiapkan dan meracik obat, memberikan label atau etiket, penyerahan obat dengan pemberian informasi obat yang memadai disertai sistem dokumentasi.

4. Pemantauan dan Pelaporan Efek Samping Obat

Merupakan kegiatan pemantauan setiap respon terhadap obat yang merugikan atau tidak diharapkan yang terjadi pada dosis normal yang digunakan pada manusia untuk tujuan profilaksis, diagnosa dan terapi.

5. Pelayanan Informasi Obat

Merupakan kegiatan pelayanan yang dilakukan oleh Apoteker untuk memberikan informasi secara akurat, tidak bias dan terkini kepada dokter, apoteker, perawat, profesi kesehatan lainnya serta pasien.

6. Konseling

Merupakan suatu proses yang sistematis untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah pasien yang berkaitan dengan pengambilan dan penggunaan obat pada pasien rawat jalan dan rawat inap.

7. Pemantauan Kadar Obat dalam Darah

Melakukan pemeriksaan kadar beberapa obat tertentu atas permintaan dari dokter yang merawat karena indeks terapi yang sempit.

8. Ronde/visite pasien

Merupakan kegiatan kunjungan ke pasien rawat inap bersama tim dokter dan tenaga kesehatan lainnya

9. Pengkajian Penggunaan Obat

Merupakan program evaluasi penggunaan obat yang terstruktur dan berkesinambungan untuk menjamin obat-obatan yang digunakan sesuai indikasi, efektif, aman dan terjangkau oleh pasien

2.2.5 Evaluasi dan Pengendalian Mutu

Pelayanan Farmasi harus mencerminkan kualitas pelayanan kefarmasian yang bermutu tinggi, melalui cara pelayanan farmasi rumah sakit yang baik. Tujuannya agar setiap pelayanan farmasi memenuhi standar pelayanan yang ditetapkan dan dapat memuaskan pelanggan, sehingga diperlukan evaluasi, yaitu melakukan kegiatan : (Depkes RI, 2004, Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit, Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1197/MenKes/SK/X/2004)

- a. Review (Penilaian) : terhadap pelayanan yang telah diberikan, penggunaan sumber data, penulisan resep
- b. Survei : untuk mengukur kepuasan pasien, dilakukan dengan angket atau wawancara langsung
- c. Observasi : terhadap kecepatan pelayanan antrian, ketepatan penyerahan obat

2.3 Standar Pelayanan Minimal Farmasi Rumah Sakit

Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat. Salah satu SPM di Rumah Sakit yaitu menyangkut pelayanan kefarmasian. Indikator-indikator yang terdapat dalam Pelayanan Kefarmasian yang dimaksud sesuai standar adalah:

1. Waktu tunggu pelayanan

- a. Obat jadi ≤ 30 menit
 - b. Obat racikan ≤ 60 menit.
2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat 100%.
 3. Kepuasan pelanggan $\geq 80\%$.
 4. Penulisan resep sesuai formularium 100% (Menkes RI, 2008).

2.4 Waktu Tunggu Pelayanan Obat

Waktu tunggu adalah waktu yang digunakan oleh petugas kesehatan di rumah sakit untuk memberikan pelayanan pada pasien. Menurut Lovelock didalam buku Sari (2010) merumuskan delapan prinsip mengenai waktu tunggu, yaitu:

- a) Waktu yang tak diisi akan terasa lebih lama dari pada waktu yang terisi.
- b) Menunggu disaat sebelum proses terasa lebih lama dari pada menunggu pada saat proses.
- c) Kegelisaaan menyebabkan menunggu terasa lama.
- d) Menunggu yang tak pasti terasa lebih lama dari pada menunggu yang telah pasti.
- e) Menunggu tanpa kejelasan lebih lama dari pada menunggu dengan kejelasan.
- f) Menunggu yang tidak adil lebih lama dari pada menunggu yang wajar atau adil.
- g) Semakin bernilai suatu jasa, maka semakin lama orang akan menunggu.
- h) Menunggu sendirian terasa lebih lama dari pada menunggu bersama atau berkelompok.

Waktu tunggu pelayanan resep terbagi dua yaitu waktu tunggu obat racikan dan waktu tunggu obat non racikan (obat jadi). Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima

obat jadi dengan kategori <30 menit, dan untuk waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan dengan kategori <60 menit (Menkes RI, 2008)

2.4.1 Faktor yang Mempengaruhi Waktu Pelayanan Obat

Dalam penelitiannya, Wongkar (2000) menyebutkan bahwa sejumlah faktor yang mempengaruhi lamanya waktu pelayanan resep obat diantaranya yaitu jam sibuk pelayanan, komponen delay waktu akibat luas ruangan yang kurang baik dan jenis resep obat racikan. Pada jenis resep ini, resep obat racikan memerlukan waktu pelayanan lebih lama. Selain itu, faktor yang berkontribusi terhadap lamanya waktu tunggu pelayanan resep antara lain seperti jenis, jumlah dan kelengkapan resep, ketersediaan sumber daya manusia yang cukup terampil, ketersediaan obat yang sesuai, serta sarana dan fasilitas yang memadai. Salah satu hal yang berhubungan dengan kebijakan yang mempengaruhi waktu pelayanan resep adalah mengenai formularium. Adanya ketidaksesuaian resep dengan formularium memperlambat waktu layanan oleh karena dibutuhkan waktu tambahan untuk melakukan konfirmasi obat pengganti dengan dokter (Wijaya, 2012).

2.5 Pelayanan Kesehatan

2.5.1 Pengertian Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar masyarakat, kesehatan merupakan hak bagi warga masyarakat yang dilindungi oleh Undang-Undang Dasar. Setiap Negara mengakui bahwa kesehatan menjadi modal terbesar untuk mencapai kesejahteraan masyarakat. Oleh karena itu, perbaikan pelayanan

kesehatan pada dasarnya merupakan suatu investasi sumber daya manusia untuk mencapai masyarakat yang sejahtera bagi setiap Negara (Daryanto dan Setyobudi, 2014)

2.5.2 Standar Pelayanan Kesehatan

Standar adalah spesifikasi teknis atau sesuatu yang dibakukan termasuk tata cara dan metode yang disusun berdasarkan konsensus semua pihak yang terkait dengan memperhatikan syarat-syarat keselamatan, keamanan, kesehatan, lingkungan hidup, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, pengalaman serta perkembangan masa kini dan masa yang akan datang untuk memperoleh manfaat yang sebesar-besarnya (Azwar, 1996).

Menurut Daryanto dan Setyobudi (2014), standar pelayanan publik merupakan tolak ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai komitmen atau janji dari pihak penyelenggara pelayanan kepada masyarakat. Cakupan standar pelayanan harus ditetapkan sekurang-kurangnya yaitu:

1. Prosedur Pelayanan

Harus ditetapkan standar prosedur pelayanan yang dilakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan termasuk prosedur pengaduan.

2. Waktu Penyelesaian

Harus ditetapkan standar waktu penyelesaian pelayanan yang ditetapkan saat pengajuan permohonan sampai dengan penyelesaian pelayanan termasuk pengaduan.

3. Biaya Pelayanan

Dalam hal ini harus ditetapkan standar biaya atau tarif pelayanan termasuk rinciannya dalam proses pemberian pelayanan. Hendaknya setiap kenaikan biaya pelayanan diikuti dengan kualitas pelayanannya juga.

4. Produk Pelayanan

Ditetapkan standar produk atau jasa pelayanan yang akan diterima dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Dengan harga pelayanan yang telah dibayarkan oleh masyarakat, mereka akan mendapatkan pelayanan apa saja

5. Sarana dan Prasarana

Harus ditetapkan standar sarana dan prasarana yang memadai oleh penyelenggara pelayanan kesehatan.

6. Kompetensi Petugas

Perlu ditetapkan standar kompetensi petugas pemberi pelayanan berdasarkan pengetahuan, keahlian, keterampilan, sikap serta perilaku yang dibutuhkan.

2.6 Teori Sistem

Sistem merupakan sekelompok elemen yang saling berhubungan, hingga membentuk suatu kesatuan yang utuh untuk mencapai suatu tujuan yang sudah ditetapkan. Pendekatan system yaitu suatu upaya pemecahan masalah dengan cara mengamati masalah dengan keseluruhan kemudian melakukan analisis sistem. Adapun unsur-unsur dasar dari suatu sistem yaitu *input*, *process*, dan *output* (Muninjaya, 2011).

2.6.1 *Input*

Untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan bermutu tinggi diperlukan dukungan *input* yang bermutu, Input (masukan) yaitu bagian dari sumber daya manusia, sarana prasarana dan sebagai metode dalam sebuah organisasi (Bustami, 2011).

1. *Man* (Sumber Daya Manusia)

Sumber daya manusia adalah orang-orang yang ikut serta dalam merancang dan menghasilkan produk atau jasa, pengawasan mutu, pemasakan produk, pengalokasikan sumber daya finansial dan dapat merumuskan seluruh strategi untuk mencapai tujuan organisasi (Ekarini, 2014). Sumber daya manusia yang dimaksud dalam penelitian ini adalah tenaga kefarmasian yang terlibat dalam upaya pelayanan kefarmasian di RSUD Padang Panjang.

2. *Method* (Kebijakan)

Kebijakan merupakan suatu pedoman yang dijadikan sebagai acuan dalam pelaksanaan pelayanan obat yang optimal (Ekarini, 2014). Kebijakan dalam mencapai target SPM bidang Farmasi yang menjadi acuannya adalah Kepmenkes RI Nomor 129/Menkes/Sk/2008 tentang Standar Pelayanan Minimum Rumah Sakit.

3. *Material* (Sarana Prasarana)

Sarana pada pelayanan kesehatan merupakan alat yang dapat digunakan dalam menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan sedangkan prasarana adalah segala sesuatu yang dapat dijadikan sebagai penunjang utama untuk terselenggaranya suatu proses (Ekarini, 2014). Yang dimaksud dengan Sarana dan prasarana dalam penelitian ini yaitu fasilitas yang diperlukan untuk menunjang pencapaian SPM bidang Farmasi di rumah sakit.

2.6.2 Process

Proses adalah semua kegiatan petugas kefarmasian dalam melakukan pelayanan obat di Instalasi Farmasi untuk memenuhi permintaan pasien (Bustami, 2011). Pada penelitian proses pelayanan resep obat ini dimulai dari skrining resep, penyiapan obat, dan penyerahan obat. Adapun tahap dalam pelaksanaan pelayanan resep yaitu: (Dikjen farmalkes, 2010)

1. Skrining Resep

Kegiatan Skrining adalah suatu kegiatan setelah menerima resep dari pasien dengan beberapa ketentuan sebagai berikut:

- a. Melakukan pemeriksaan terhadap kelengkapan administratif.
- b. Melakukan pemeriksaan terhadap farmasetik.
- c. Adanya pertimbangan klinik.
- d. Melakukan konsultasi dengan dokter.

2. Penyiapan Obat

Ketentuan dalam penyiapan obat sebagai berikut:

- a. Menyiapkan obat sesuai dengan permintaan dari resep yang diberikan.
- b. Menghitung kembali kebutuhan jumlah obat yang dibutuhkan.
- c. Mengambil obat pada tempat penyimpanan dengan memperhatikan nama obat, tanggal kadaluwarsa obat dan keadaan fisik obat.
- d. Meracik obat.
- e. Memberikan etiket.
- f. Memberi label pada obat.
- g. Memasukkan obat pada tempat terpisah berdasarkan jenis obat.

3. Penyerahan Obat

- a. Pemeriksaan kembali terkait dalam penulisan nama pasien, cara penggunaan obat, serta jenis dan jumlah obat.
- b. Memanggil nama dan nomor tunggu pasien.
- c. Pemeriksaan ulang identitas pasien.
- d. Menyerahkan obat yang disertai dengan pemberian informasi obat.
- e. Menyerahkan obat dengan etika yang baik.
- f. Memastikan bahwa yang menerima obat tersebut adalah pasien atau keluarga pasien.
- g. Memperbanyak catatan resep yang masuk jika dibutuhkan.
- h. Menyimpan dan mendokumentasikan resep yang masuk.

2.6.3 *Output*

Hasil (*output*) merupakan suatu kegiatan tindak lanjut dari keluaran atau hasil akhir. (Bustami, 2011). Hasil akhir pada penelitian ini dengan didapatkannya waktu tunggu dalam pelayanan obat sehingga rumah sakit dapat memperbaiki dan meningkatkan mutu pelayanan terhadap pasien.

2.7 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

2.7.1 Pengertian BPJS

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum public yang bertanggung jawab kepada presiden dan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di indonesia. (UU No.24 tahun 2011 tentang BPJS).

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang di selenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak di berikan kepada setiap orang yang membayar iur atau iurannya dibayar oleh pemerintah. (UU No.40 tahun 2004 tentang SJSN).

Kedua badan tersebut pada dasarnya mengemban misi negara untuk memenuhi hak setiap orang atas jaminan sosial dengan menyelenggarakan program jaminan yang bertujuan untuk memberi kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat indonesia.

Mengingat pentingnya peranan BPJS dalam menyelenggarakan program jaminan sosial dengan cakupan seluruh penduduk Indonesia, maka UU BPJS memberikan batasan fungsi, tugas dan wewenang yang jelas kepada BPJS. Dengan demikian dapat diketahui secara pasti batas-batas tanggung jawabnya dan sekaligus dapat dijadikan sarana untuk mengukur kinerja kedua BPJS tersebut secara transparan.

2.7.2 Fungsi dan Tugas BPJS

1. Fungsi BPJS

Dalam pasal 5 ayat (2) UU No.24 Tahun 2011 disebutkan fungsi BPJS adalah: Berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan, jaminan kesehatan kecelakaan kerja program jaminan kematian dan program jaminan pensiun dan

jaminan hari tua.

2. Tugas BPJS

Fungsi sebagaimana tersebut diatas BPJS bertugas untuk:

- a. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta.
- b. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja.
- c. Menerima bantuan iuran dari Pemerintah.
- d. Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta.
- e. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial.

Tugas BPJS meliputi pendaftaran kepesertaan dan pengelolaan data kepesertaan, pemungutan, pengumpulan iuran termasuk menerima bantuan iuran dari Pemerintah, pengelolaan dana jaminan Sosial, pembayaran manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan dan tugas penyampaian informasi dalam rangka sosialisasi program jaminan sosial dan keterbukaan informasi. Tugas pendaftaran kepesertaan dapat dilakukan secara pasif dalam arti menerima pendaftaran atau secara aktif dalam arti mendaftarkan peserta.

2.8 Penelitian Kualitatif

Menurut Strauss dan Corbin (1997), penelitian kualitatif adalah jenis penelitian yang menghasilkan penemuan-penemuan yang tidak diperoleh dengan menggunakan prosedur-prosedur statistik atau dari cara kuantitatif (pengukuran).

Sedangkan menurut Bogdan dan Taylor (1992), penelitian kualitatif adalah prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa ucapan atau tulisan dari perilaku orang-orang yang diamati.

Penelitian kualitatif secara umum dapat digunakan untuk penelitian tentang kehidupan masyarakat, sejarah, tingkah laku, fungsionalisasi organisasi, aktivitas sosial, dan lain-lain.

2.8.1 Karakteristik Penelitian Kualitatif

1. Menggunakan pola berfikir induktif
2. Perspektif partisipan sangat diutamakan dan dihargai tinggi.
3. Penelitian kualitatif tidak menggunakan rancangan penelitian yang baku. Rancangan penelitian berkembang selama proses penelitian.
4. Tujuan penelitian kualitatif adalah untuk memahami, mencari makna dibalik data, untuk menemukan kebenaran, baik kebenaran empiris sensual, empiris logis, dan empiris logis.
5. Subjek yang diteliti, data yang dikumpulkan, sumber data yang dibutuhkan, dan alat pengumpul data bisa berubah-ubah sesuai dengan kebutuhan.
6. Pengumpulan data dilakukan atas dasar prinsip fenomenologis, yaitu dengan memahami secara mendalam gejala atau fenomena yang dihadapi
7. Penelitian berfungsi pula sebagai alat pengumpul data sehingga keberadaannya tidak terpisahkan dengan apa yang diteliti.
8. Analisis data dapat dilakukan selama penelitian sedang dan telah berlangsung
9. Hasil penelitian berupa deskripsi dan interpretasi dalam konteks waktu serta situasi tertentu

10. Penelitian kualitatif disebut juga penelitian alamiah atau inquiry naturalistic

2.8.2 Metode Pengumpulan Data Kualitatif

Menurut Sujarweni (2014) metode pengumpulan data penelitian kualitatif ada 4 yaitu:

1. Wawancara

Ada beberapa tahap wawancara agar wawancara menjadi efektif (Yunus, 2010), yaitu:

- a. Mengenalkan diri
- b. Menjelaskan maksud kedatangan
- c. Menjelaskan materi wawancara
- d. Mengajukan pertanyaan

Menurut Sujarweni (2014) ada 2 jenis dalam wawancara :

- a) Wawancara mendalam (in-depth interview), disini peneliti terlibat langsung secara mendalam dengan kehidupan subyek yang diteliti dan tanya jawab yang dilakukan tanpa menggunakan pedoman yang disiapkan sebelumnya serta dilakukan berkali-kali.
- b) Wawancara terarah (guided interview) dimana peneliti menanyakan kepada subyek yang diteliti berupa pertanyaan-pertanyaan yang menggunakan pedoman yang disiapkan sebelumnya. Pewawancara terikat dengan pertanyaan yang telah disiapkan sebelumnya sehingga suasana menjadi kurang santai.

2. Observasi

Menurut Bungin (2007), bentuk dari observasi dibagi menjadi 3 :

- a. Observasi partisipasi (*participant observation*) merupakan metode pengumpulan data penelitian melalui pengamatan dan penginderaan dimana peneliti terlibat dalam keseharian informan.
- b. Observasi tidak terstruktur metode pengumpulan data dengan pengamatan tanpa menggunakan pedoman observasi, peneliti hanya mengembangkan pengamatan berdasarkan perkembangan yang terjadi di lapangan.
- c. Observasi kelompok merupakan pengamatan terhadap sebuah isu yang dijadikan sebagai objek penelitian yang dilakukan oleh sekelompok tim peneliti.

3. Studi Dokumen

Merupakan metode pengumpulan data kualitatif dengan fakta dan data tersimpan seperti catatan harian, berbentuk surat, arsip foto, hasil rapat, cenderamata, jurnal kegiatan dan sebagainya, data dan fakta ini dalam bentuk bahan dokumentasi.

4. Diskusi Kelompok Terarah

Merupakan suatu metode pengumpulan data melalui diskusi terpusat yaitu usaha yang dilakukan untuk mengungkapkan makna sebuah masalah dari suatu diskusi kelompok yang terpusat, hal ini dilakukan untuk menghindari pemaknaan yang salah oleh peneliti.

2.8.3 Analisa Data Penelitian Kualitatif

Analisis data adalah mereduksi data, menyajikan data dan menarik kesimpulan. Reduksi data merupakan sebagai kegiatan pemilihan data penting dan tidak penting dari data yang terkumpul, sedangkan penyajian data

merupakan penyajian informasi yang tersusun dan kesimpulan merupakan tafsiran atau interpretasi terhadap data yg disajikan (Afrizal, 2014).

1. Reduksi

Data yang didapatkan ditulis dalam bentuk laporan atau data yang terperinci. Laporan yang disusun berdasarkan data yang didapatkan direduksi, dirangkum, dipilih hal-hal yang pokok dan difokuskan pada hal-hal penting.

2. Penyajian Data

Data yang diperoleh dikategorisasikan menurut pokok permasalahan dan dibuat dalam bentuk matriks sehingga memudahkan peneliti untuk melihat pola-pola hubungan satu data dengan data lainnya.

3. Penyimpulan dan Verifikasi

Kegiatan penyimpulan merupakan langkah lebih lanjut dari kegiatan reduksi dan penyajian data. Data yang sudah direduksi dan disajikan secara sistematis akan disimpulkan sementara. Kesimpulan yang diperoleh pada tahap awal biasanya kurang jelas dan perlu dilakukan verifikasi. Teknik verifikasi dapat dilakukan dengan triangulasi sumber data dan metode, diskusi dengan sejawat dan pengecekan anggota.

4. Kesimpulan Akhir

Kesimpulan akhir diperoleh dari kesimpulan sementara yang telah diverifikasi

BAB III. METODE PENELITIAN

3.1 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan pada bulan Oktober sampai November 2022 di Instalasi Farmasi RSUD Padang Panjang.

3.2 Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang akan digunakan adalah penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif dengan melakukan pengamatan langsung dan dengan rancangan observasional.

3.3 Populasi dan Sampel

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh resep obat pasien BPJS yang masuk di Instalasi Farmasi RSUD Padang Panjang. Sampel yang digunakan pada penelitian ini dibagi menjadi 2 yaitu resep racikan dan resep non-racikan untuk resep non racikan resep kronis dan resep racikan resep poli anak.

3.4 Kriteria Sampel

3.4.1 Kriteria Inklusi

- 1) Resep pasien rawat jalan yang pengantarnya menebus resep dengan keanggotaan BPJS.
- 2) Resep yang hanya terdiri dari obat racikan, dan obat non racikan/jadi.
- 3) Jumlah minimal R/ pada resep non racikan adalah 5 R/, dan untuk resep racikan maksimal 3 R/.

3.4.2 Kriteria Ekslusi

- 1) Resep pasien yang obat nya tidak tersedia di Instalasi Farmasi
- 2) Resep dengan tanda khusus seperti cito, urgent, statim dan PIM
- 3) Resep yang berasal lebih dari 1 poli di Rumah Sakit Umum Daerah Padang Panjang.
- 4) Resep yang obatnya tidak diambil langsung

3.5 Instrumen Penelitian

Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

- a. Jam tangan/*Stop watch* untuk menghitung lamanya pengerjaan resep.
- b. Kamera untuk mengambil dokumentasi pada saat penelitian
- c. Buku catatan untuk mencatat waktu pengerjaan resep dan hal-hal penting saat penelitian
- d. Informan pada penelitian ini adalah ,Kepala Instalasi Farmasi,Apoteker Penanggung Jawab, Apoteker.
- e. Perekam untuk merekam hasil wawancara dengan informan

3.6 Definisi dan Batasan Operasional

Tabel 1. Definisi dan Batasan Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara	Alat Ukur
----	----------	----------------------	------	-----------

			pengukuran	
1.	Jumlah SDM	Kecukupan petugas sesuai dengan kerjanya	-Wawancara mendalam -Telaah dokumen	-Pedoman wawancara mendalam -Pedoman telaah dokumen
2.	Jenis resep	Jenis resep dibedakan menjadi resep obat racikan dan obat non racikan	-Observasi dan pencatatan -Wawancara	-Buku Catatan -Pedoman wawancara
3.	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Pasien BPJS	Jumlah total waktu pelayanan resep dimulai saat pasien menyerahkan resep sampai obat siap di serahkan	-Observasi dan pencatatan -Wawancara	-Stopwach dan buku catatan -Pedoman wawancara
4.	Obat Racikan	Obat yang memerlukan proses pengerusan menjadi bentuk puyer.	-Observasi dan Pencatatan -Wawancara	-Stopwach dan buku catatan -Pedoman wawancara
5.	Obat Non Racikan	Obat yang disiapkan tanpa pengerusan (bentuk jadi).	-Observasi dan pencatatan -Wawancara	-Stopwach dan buku catatan -Pedoman wawancara
6.	Jumlah resep	Jumlah resep yang masuk.	-Observasi dan pencatatan -Wawancara	-Pedoman wawancara

3.7 Teknik Pengumpulan Data

Teknik yang digunakan dalam mengumpulkan data kualitatif adalah melalui pengamatan secara langsung atau observasi dan wawancara dengan informan yang terlibat dalam pelayanan kefarmasian. Data yang diambil menggunakan Accidental sampling. Menurut Sugiyono (2009;85), Accidental sampling adalah teknik

penentuan sampel berdasarkan kebetulan, yaitu sampel secara kebetulan/insidental bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel, bila dipandang sampel yang kebetulan ditemui ini cocok sebagai sumber data.

3.8. Prosedur penelitian

1. Meminta izin Dekan Fakultas Farmasi Universitas Perintis Padang untuk mendapatkan izin penelitian di RSUD Padang Panjang.
2. Menghubungi Direktur RSUD Padang Panjang untuk mendapatkan izin melakukan penelitian dan pengambilan data dengan membawa surat rekomendasi dari Fakultas.
3. Melakukan observasi dengan menghitung dan mencatat waktu tunggu pemberian resep , mulai dari resep diserahkan ke petugas kefarmasiaan sampai obat diterima oleh pasien.
4. Melakukan wawancara dengan informan.
5. Mengelompokkan data dalam kategori-kategori tertentu.
6. Hasil penelitian di analisis secara deskriptif.
7. Menarik kesimpulan dari analisis yang diperoleh.

3.9. Metode Pengolahan Data

Pengolahan data yang dilakukan dengan menganalisis hasil pengamatan serta jawaban wawancara mendalam dengan informan.

1. Mengecek kelengkapan pada data dan isi instrument penelitian. Apakah sudah sesuai dengan tujuan penelitian peneliti.
2. Hasil dari data yang telah diolah dianalisis dengan membandingkan hasil penelitian dan tinjauan pustaka.
3. Reduksi Data yaitu menyeleksi , menyederhanakan, membuang data yang tidak perlu dan menyusun data sehingga memudahkan peneliti untuk pengumpulan data selanjutnya.
4. Melakukan penyajian data yang berupa kumpulan informasi yang sudah terorganisir dan memberikan gambaran tentang hasil penelitian.
5. Mengambil kesimpulan sehingga data yang dikumpulkan memiliki makna. kesimpulan yang benar adalah mampu menjawab rumusan masalah yang dirumuskan sejak awal. Namun bisa juga tidak, karena seperti yang telah

dikemukakan bahwa masalah dan rumusan masalah pada penelitian kualitatif masih bersifat sementara dan akan berkembang setelah di lapangan.

3.10. Analisa Data

1. Reduksi Data

Reduksi data merupakan menyeleksi , menyederhanakan, membuang data yang tidak perlu dan menyusun data sehingga memudahkan dalam penarikan kesimpulan akhir.

2. Penyajian Data

Penyajian data adalah sekumpulan informasi yang telah tersusun kemudian memberikan kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan.

Analisis data dengan menggunakan Microsoft Excel. Rumus rata- rata (Mean):

$$\bar{X} = \Sigma X / N$$

Keterangan: $\bar{X}$ = waktu rata- rata

ΣX = jumlah waktu pelayanan

N = jumlah sampel

3. Verifikasi atau Menarik Kesimpulan

Menarik kesimpulan dari semua data yang telah di dapat sebagai hasil.

Sedangkan verifikasi mengecek data-data yang sudah di kumpul yang dilakukan dengan cara memikirkan kembali , dan menulis kembali catatan di lapangan ataupun bertukar pikiran dengan orang lain.

4. Kesimpulan Akhir

Kesimpulan akhir menyimpulkan hasil yang sudah di dapat pada kesimpulan verifikasi.