

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

II.1 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

II.1.1 Pengertian

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak (Kemenkes-RI, 2014).

II.1.2 Tujuan dan Prinsip

Tujuan JKN agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) seperti yang dijelaskan dalam Undang-undang nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN adalah sebagai berikut:

1. Prinsip Kegotong-royongan

Gotong royong sesungguhnya sudah menjadi salah satu prinsip dalam hidup bermasyarakat dan juga merupakan salah satu akar dalam kebudayaan kita. Dalam SJSN, prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang berisiko tinggi dan peserta

yang sehat membantu yang sakit. Dengan demikian, melalui prinsip gotong royong jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

2. Prinsip kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif

Adalah prinsip mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan sosial, yang dilaksanakan secara bertahap.

3. Prinsip dana amanat

Adalah bahwa iuran dengan hasil pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan peserta jaminan sosial

4. Prinsip nirlaba.

Adalah prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya dari seluruh peserta.

5. Prinsip Keterbukaan

Adalah prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar dan jelas bagi setiap peserta.

6. Prinsip Kehati-hatian

Adalah prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman dan tertib

7. Prinsip Akuntabilitas

Adalah prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

8. Prinsip Portabilitas

Adalah prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara kesatuan Republik Indonesia.

9. Hasil Pengelolaan dana Jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta.

Sedangkan yang dimaksud dengan *prinsip ekuitas* adalah kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis yang tidak terikat dengan besaran iuran yang telah dibayarkannya. Kesamaan memperoleh pelayanan adalah kesamaan jangkauan finansial ke pelayanan kesehatan.

II.1.3 Kepesertaan JKN

1. Peserta dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) meliputi :
 - a. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran atau yang iurannya dibayar pemerintah.
 - b. Peserta program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terdiri atas 2 kelompok yaitu : Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan dan peserta bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan.
 - c. Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu.
 - d. Peserta bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan adalah Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, serta buruh Pekerja dan anggota keluarganya.
 - 1) Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya
Pekerja bukan penerima upah adalah setiap orang yang bekerja dan berusaha atas risiko sendiri. Terdiri atas :

- a) Pekerja diluar hubungan kerja atau pekerja mandiri
- b) Pekerja lain yang memenuhi kriteria peerja bukan penerima upah.
- 2) Bukan pekerja dan anggota keluarganya

Bukan pekerja adalah setiap orang yang tidak bekerja tetapi mampu membayar iuran jaminan kesehatan. Terdiri atas :

- a) Investor
- b) Pemberi kerja
- c) Penerima pensiun
- d) Veteran
- e) Perintis kemerdekaan
- f) Bukan pekerja lain yang memenuhi kriteria pekerja penerima upah.

2. Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diberikan nomor identitas tunggal oleh Badan Penyelenggara Sosial Kesehatan (BPJS). Bagi peserta : Askes social dari PT. Askes (Persero), jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK) dari PT. (Persero) Jamsostek, program Jamkesmas dan TNI/POLRI yang belum mendapatkan nomor identitas tunggal peserta dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan), tetap dapat mengakses pelayanan dengan menggunakan identitas yang sudah ada.
3. Anak pertama sampai dengan anak ketiga dari peserta pekerja penerima upah sejak lahir secara otomatis dijamin oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan).
4. Bayi baru lahir dari :
 - a. Peserta pekerja bukan penerima upah
 - b. Peserta bukan pekerja

- c. Peserta pekerja penerima upah untuk anak keempat dan seterusnya; Harus didaftarkan selambat-lambatnya 3x24 jam hari kerja sejak yang bersangkutan dirawat atau sebelum pasien pulang (bila pasien dirawat kurang dari 3 hari). Jika sampai waktu yang telah ditentukan pasien tidak dapat menunjukkan nomor identitas Peserta BPJS maka pasien dinyatakan sebagai pasien umum.
5. Menteri Sosial berwenang menetapkan data kepersertaan Penerima Bantuan Iuran (PBI). Selama seseorang ditetapkan sebagai peserta penerima bantuan iuran, maka yang bersangkutan berhak mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional.
6. Sampai ada pengaturan lebih lanjut oleh pemerintah tentang Jaminan Kesehatan bagi Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) maka gelandangan, pengemis, orang terlantar dan lain-lain menjadi tanggung jawab pemerintah daerah. Demikian juga untuk penghuni panti-panti sosial serta penghuni rutan/lapas yang miskin dan tidak mampu.

II.1.4 Hak dan Kewajiban Peserta

1. Hak Peserta
 - a. Mendapatkan kartu peserta sebagai bukti sah untuk memperoleh pelayanan kesehatan
 - b. Memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku
 - c. Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan; dan

- d. Menyampaikan keluhan/ pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis ke kantor BPJS Kesehatan.
- 2. Kewajiban Peserta
 - a. Mendaftarkan dirinya sebagai peserta serta membayar iuran yang besarnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
 - b. Melaporkan perubahan data peserta, baik karena pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat atau pindah fasilitas kesehatan tingkat I
 - c. Menjaga kartu peserta agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak;
 - d. Mentaati semua ketentuan dan tata cara pelayanan kesehatan.

II.1.5 Masa Berlaku Kepesertaan

- 1. Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional berlaku selama yang bersangkutan membayar iuran sesuai dengan kelompok peserta.
- 2. Status kepesertaan akan hilang bila peserta tidak membayar iuran atau meninggal dunia.
- 3. Ketentuan lebih lanjut terhadap hal tersebut di atas, akan diatur oleh Peraturan BPJS

II.1.6 Manfaat JKN

Manfaat Jaminan Kesehatan terdiri atas 2 jenis yaitu manfaat medis berupa pelayanan kesehatan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

1. Manfaat medis bersifat pelayanan perorangan: promotif, preventif, kuratif & rehabilitatif termasuk BMHP dan obat sesuai kebutuhan medis.
2. Manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Ambulan hanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.
Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan :
 - a. Penyuluhan Kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
 - b. Imunisasi dasar, meliputi Baccile Calmett Guerin (BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan Hepatitis (DPTHB), Polio, dan Campak.
 - c. Keluarga Berencana, meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana. Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah.
 - d. Skrining Kesehatan, diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu.
Meskipun manfaat yang dijamin dalam JKN bersifat komprehensif, masih ada manfaat yang tidak dijamin meliputi :
 - 1) Tidak sesuai prosedur,
 - 2) Pelayanan di luar fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS,
 - 3) Pelayanan bertujuan kosmetik,
 - 4) General Checkup, pengobatan alternatif,

- 5) Pengobatan untuk mendapatkan keturunan, pengobatan impotensi,
- 6) Pelayanan kesehatan pada saat berencana dn,
- 7) Pasien bunuh diri/ penyakit yang timbul akibat kesengajaan untuk menyiksa diri sendiri/ bunuh diri/ narkoba.

II.1.7 Pembiayaan JKN

Sistem Kesehatan Nasional pada prinsipnya terdiri dari dua bagian besar yaitu sistem pendanaan dan sistem layanan kesehatan. Subsistem pendanaan kesehatan menggambarkan dan mengatur sumber-sumber keuangan yang diperlukan untuk terpenuhinya kebutuhan kesehatan penduduk. Pendanaan kesehatan dapat bersumber dari (1) pendanaan langsung dari masyarakat (disebut *out of pocket*) yang dibayarkan dari perorangan/rumah tangga kepada fasilitas kesehatan; (2) pendanaan dari Pemerintah dan atau Pemda; (3) pembayaran iuran asuransi sosial yang wajib sebagaimana diatur dalam UUSJSN; (4) Pendanaan oleh pihak ketiga, baik oleh pemberi kerja atau oleh peserta asuransi; dan (5) bantuan pendanaan dari berbagai sumber baik dalam maupun luar negeri. Berdasarkan UU Nomor 40/2004 tentang SJSN dan UU Nomor 36/2009 tentang Kesehatan, pendanaan layanan kesehatan perorangan akan bertumpu dari iuran wajib yang akan dikelola oleh BPJS Kesehatan. Sementara pendanaan bersumber dari kantong perorangan/keluarga, pemberi kerja baik langsung atau melalui asuransi kesehatan swasta akan menjadi sumber dana tambahan (*top up*) layanan kesehatan perorangan. Sedangkan sumber dana dari Pemerintah/Pemda tetap diperlukan untuk mendanai bantuan iuran bagi penduduk miskin dan tidak mampu serta pendanaan program kesehatan masyarakat yang tidak ditujukan untuk layanan orang per orang.

1. Iuran

Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, Pemberi Kerja, dan/atau Pemerintah untuk Program Jaminan Kesehatan, (pasal 16, Perpres No. 12/2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional)

2. Pembayar Iuran

- a. Bagi peserta PBI, Iuran dibayar oleh pemerintah
- b. Bagi Peserta Pekerja Penerima Upah, Iurannya dibayar oleh Pemberi kerja dan pekerja.
- c. Bagi peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja, Iuran dibayar oleh peserta yang bersangkutan.
- d. Besarnya Iuran Jaminan Kesehatan Nasional di tetapkan melalui peraturan Presiden dan ditinjau ulang secara berkala sesuai dengan perkembangan social, ekonomi dan kebutuhan dasar hidup yang layak.

3. Pembayaran Iuran

Setiap peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan persentase dari upah (untuk pekerja penerima upah) atau suatu jumlah nominal tertentu (bukan penerima upah dan PBI)

Setiap pemberi kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya, menambahkan iuran peserta yang menjadi tanggung jawabnya dan membayarkan iuran tersebut setiap bulan kepada BPJS Kesehatan secara berkala (paling lambat tanggal 10 setiap bulan). Apabila tanggal 10 (sepuluh) jatuh pada hari libur, maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya. Keterlambatan pembayaran iuran untuk pekerja penerima upah dikenakan denda administratif sebesar 2% (dua persen) per bulan dari total iuran yang tertunggak paling banyak untuk waktu 3 (tiga) bulan, yang dibayarkan bersamaan dengan total iuran yang

tertunggak oleh pemberi kerja. Sedangkan, Keterlambatan pembayaran iuran untuk peserta bukan penerima upah dan bukan pekerja dikenakan denda keterlambatan sebesar 2% (Dua persen) perbulan dari total iuran yang tertunggak paling banyak untuk waktu 6 (Enam) bulan yang dibayarkan bersamaan dengan total iuran yang tertunggak.

Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan pekerja wajib membayar iuran JKN pada setiap bulan yang dibayarkan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan kepada BPJS Kesehatan. Pembayaran iuran JKN dapat dilakukan diawal.³

4. Cara Pembayaran Fasilitas Kesehatan

BPJS Kesehatan akan membayar kepada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dengan system kapitasi. Tarif kapitasi yang harus dibayarkan yaitu :

No	Jenis fasilitas kesehatan tingkat pertama	Kapitasi (Rp)
1.	Puskesmas	3000 – 6000
2.	RS Pratama/Klinik Pratama/Dokter Praktek	8.000 – 10.000
3.	Dokter Gigi Praktek	2.000

II.1.8 Pelayanan JKN

1. Jenis Pelayanan

Ada dua jenis pelayanan yang akan diperoleh oleh Peserta BPJS, yaitu berupa pelayanan kesehatan (manfaat medis), serta akomodasi dan ambulans (manfaat non medis). Ambulans hanya diberikan untuk

pasien rujukan dari fasilitas kesehatan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

2. Prosedur Pelayanan

Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan pertama-tama harus memperoleh pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Bila peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, maka hal itu harus dilakukan melalui rujukan oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan medis.

3. Kompensasi Pelayanan

Bila di suatu daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah peserta, BPJS kesehatan wajib memberikan kompensasi yang dapat berupa : penggantian uang tunai, pengiriman tenaga kesehatan atau penyediaan fasilitas kesehatan tertentu. Penggantian uang tunai hanya digunakan untuk biaya pelayanan kesehatan dan transportasi.

4. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang menjalin kerja sama dengan BPJS kesehatan baik fasilitas kesehatan milik Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan swasta yang memenuhi persyaratan melalui proses kredensialing dan rekredensialing.

II.2. Rumah Sakit

II.2.1. Pengertian

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan tahun 2016 yang dimaksud dengan Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna

yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (DepKes RI, 2016).

Rumah Sakit dapat dibagi berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, Rumah Sakit dikategorikan dalam Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus. Berdasarkan pengelolaannya Rumah Sakit dapat dibagi menjadi Rumah Sakit Publik dan Rumah Sakit Privat (DepKes RI, 2009).

Rumah Sakit Umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Sedangkan Rumah Sakit Khusus adalah Rumah Sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu, berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ atau jenis penyakit (DepKes RI, 2010).

Rumah Sakit Publik adalah rumah sakit yang dapat dikelola oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba. Rumah Sakit Publik yang dikelola pemerintah dan pemerintah daerah diselenggarakan berdasarkan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan ketentuan perundang-undangan. Rumah Sakit Publik yang dikelola pemerintah dan pemerintah daerah tidak dapat dialihkan menjadi Rumah Sakit Privat. Rumah Sakit Privat adalah Rumah Sakit yang dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero (DepKes RI, 2009).

II.2.2. Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan rumah sakit.

1. Klasifikasi Rumah sakit Umum:

a. Rumah Sakit umum kelas A

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

b. Rumah Sakit umum kelas B

Adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 4 (empat) spesialis penunjang medik, 8 (delapan) spesialis lain dan 2 (dua) subspesialis dasar.

c. Rumah Sakit umum kelas C

Adalah Rumah Sakit Umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar dan 4 (empat) spesialis penunjang medik.

d. Rumah Sakit umum kelas D.

Adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) spesialis dasar.

2. Klasifikasi rumah sakit khusus:

a. Rumah sakit khusus kelas A

Adalah rumah sakit khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspesialis sesuai kekhususan yang lengkap.

b. Rumah Sakit khusus kelas B

Adalah rumah sakit khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspesialis sesuai kekhususan yang terbatas.

c. Rumah Sakit khusus kelas C.

Adalah rumah sakit khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspesialis sesuai kekhususan yang minimal.

II.2.3 Instalasi Farmasi Rumah Sakit

Menurut Permenkes 72 tahun 2016 menyebutkan bahwa Instalasi farmasi adalah unit pelaksana fungsional yang menyelenggarakan seluruh kegiatan pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit.

Instalasi farmasi harus memiliki apoteker dan tenaga teknis kefarmasian yang sesuai dengan beban kerja dan petugas penunjang lain agar tercapai sasaran dan tujuan instalasi farmasi.

Tugas Instalasi Farmasi, meliputi:

1. Menyelenggarakan, mengkoordinasikan, mengatur dan mengawasi seluruh kegiatan pelayanan kefarmasian yang optimal dan profesional serta sesuai prosedur dan etik profesi;
2. Melaksanakan pengelolaan obat dan bahan medis habis pakai, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang efektif, aman, bermutu dan efisien;

3. Melaksanakan pengkajian dan pemantauan penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai guna memaksimalkan efek terapi dan keamanan serta meminimalkan risiko;
4. Melaksanakan komunikasi, edukasi dan informasi (KIE) serta memberikan rekomendasi kepada dokter, perawat dan pasien;
5. Berperan aktif dalam Komite/Tim Farmasi dan Terapi;
6. Melaksanakan pendidikan dan pelatihan serta pengembangan Pelayanan kefarmasian;
7. Memfasilitasi dan mendorong tersusunnya standar pengobatan dan formularium rumah sakit.

II.2.4 Pelayanan Kefarmasian

Pelayanan kefarmasian adalah suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien berkaitan dengan obat dan bahan medis habis pakai dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien. Pelayanan kefarmasian merupakan kegiatan yang bertujuan untuk mengidentifikasi, mencegah dan menyelesaikan masalah terkait obat. Tuntutan pasien dan masyarakat akan peningkatan mutu pelayanan kefarmasian, mengharuskan adanya perluasan dari paradigma lama yang berorientasi pada produk (*drug oriented*) menjadi paradigma baru yang berorientasi pada pasien (*patient oriented*) dengan filosofi pelayanan kefarmasian (*pharmaceutical care*) (Depkes RI, 2016).

II.2.5 Standar Pelayanan Kefarmasian

Standar pelayanan kefarmasian adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman bagi tenaga kefarmasian dalam menyelenggarakan

elayanan kefarmasian. Pengaturan standar pelayanan kefarmasian bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian, menjamin kepastian hukum bagi tenaga kefarmasian dan melindungi pasien dan masyarakat dari penggunaan obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien (*patient safety*)(Depkes RI, 2016.).

Standar pelayanan didasarkan pada karakteristik pelayanan dan karakteristik penghantaran pelayanan. kedua golongan karakteristik tersebut ada yang bersifat kuantitatif yang dapat diukur dan kualitatif yang dapat dibandingkan (Siregar, 2015).