

The Effect of the Implementation of Permenkes No. 72 of 2016 on the Management of Pharmaceutical Preparations and the Role of Pharmaceutical Personnel on Service Quality (Research at Class D Hospital in Bekasi City)

Ika Ismayani*, Sampurno, & Lies Putriana

Universitas Pancasila, Daerah Khusus Ibukota Jakarta, 12630, Indonesia

Abstract

One of the health services in the hospital is a pharmacy installation, while the definition of a pharmacy installation is a functional implementing unit that organizes all pharmaceutical service activities in the hospital. Pharmaceutical Services is a direct and responsible service to patients related to pharmaceutical preparations with the aim of achieving definite results to improve the patient's quality of life. The service standard is contained in the Regulation of the Minister of Health no. 72 of 2016 concerning Pharmaceutical Service Standards in Hospitals which aims to improve the quality of pharmaceutical services, guarantee legal certainty for pharmaceutical personnel, and protect patients and the public from irrational drug use in the framework of patient safety. The regulation of service standards is contained in Minister of Health Regulation No. 72 of 2016 covers management standards for pharmaceutical preparations, medical devices and consumable medical materials as well as clinical pharmacy services. With the implementation of Permenkes No. 72 of 2016 is expected to be able to improve service quality. Factors that play a role in improving service quality include the management of pharmaceutical preparations and the role of pharmaceutical staff. This research is a quantitative research using survey method. The population in this study were pharmaceutical supply managers and patients who came to Class D hospitals in Bantar Gebang, Jatisampurna and Pondok Gede. The results showed that there was an effect of the implementation of Permenkes 72 of 2016 on the quality of pharmaceutical services in Class D Hospitals in Bekasi City, with the involvement of pharmaceutical staff in the management of pharmaceutical preparations from the process of selecting, planning needs, procurement, receiving, storage, distribution, destruction and withdrawal, control, and administration. There is an influence of the management of pharmaceutical preparations on the quality of pharmaceutical services in Class D Hospitals in Bekasi City, as seen from the dimensions of trust and empathy that meet expectations in Class D Hospitals Jatisampurna.

Keywords: Permenkes No. 72 of 2016, Management of Pharmaceutical Preparations, Pharmaceutical Personnel, Service Quality

1. Pendahuluan

Derajat kesehatan masyarakat suatu negara dipengaruhi oleh keberadaan sarana kesehatan. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan, jenis fasilitas terdiri atas: tempat praktik mandiri tenaga kesehatan, pusat kesehatan masyarakat, klinik, rumah sakit, apotek, unit transfusi darah, laboratorium kesehatan, optikal, fasilitas pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum, dan fasilitas pelayanan kesehatan tradisional (Harisno & Pujadi, 2009).

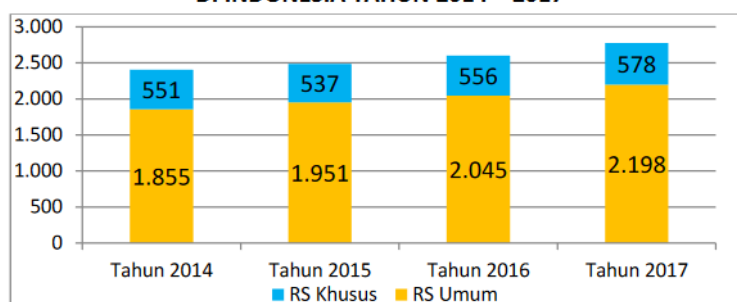
Dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat selain upaya promotif dan preventif, diperlukan juga upaya kuratif dan rehabilitatif. Upaya kesehatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif dapat diperoleh melalui rumah sakit yang juga berfungsi sebagai penyedia pelayanan kesehatan rujukan. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit mengelompokkan rumah sakit berdasarkan penyelenggaraan, yaitu

* Ika Ismayani
E-mail address: ismayani_ika2010@yahoo.com

rumah sakit pemerintah, rumah sakit pemerintah daerah, dan rumah sakit swasta. Rumah sakit pemerintah adalah unit pelaksana teknis dari instansi pemerintah (Kementerian Kesehatan, Kepolisian, Tentara Nasional Indonesia dan kementerian Lainnya). Rumah sakit daerah adalah pelaksana teknis dari daerah (pemerintah provinsi, pemerintah kabupaten dan pemerintah kota). Sedangkan rumah sakit swasta adalah badan hukum yang bersifat nirlaba.

Rumah sakit di Indonesia dari tahun 2013-2016 mengalami peningkatan. Pada tahun 2014 jumlah rumah sakit sebanyak 2.406 meningkat menjadi 2.776 tahun 2017. Jumlah rumah sakit di Indonesia sampai dengan tahun 2017 terdiri dari 2.198 Rumah Sakit Umum (RSU) dan 578 Rumah Sakit Khusus (RSK).

**PERKEMBANGAN JUMLAH RUMAH SAKIT UMUM DAN RUMAH SAKIT KHUSUS
DI INDONESIA TAHUN 2014 – 2017**



Sumber: Ditjen Pelayanan Kesehatan, Kemenkes RI, 2017

Gambar 1. Perkembangan jumlah Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus di Indonesia Tahun 2014-2017

Rumah sakit merupakan provider layanan kesehatan yang cukup besar dalam industri layanan kesehatan. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 72 tahun 2016 bahwa Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Salah satu pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit adalah instalasi farmasi, adapun pengertian dari Instalasi farmasi adalah unit pelaksana fungsional yang menyelenggarakan seluruh kegiatan pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit. Pelayanan Kefarmasian adalah suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien.

Untuk melakukan pelayanan kesehatan di rumah sakit terutama di bidang farmasi, dibutuhkan standar. Standar Pelayanan Kefarmasian adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman bagi tenaga kefarmasian dalam menyelenggarakan pelayanan kefarmasian.

Tujuan pengelolaan sediaan farmasi dan alat kesehatan yaitu agar tersedianya sediaan farmasi dan alat kesehatan yang bermutu dalam jumlah dan pada saat yang tepat sesuai spesifikasi dan fungsi yang ditetapkan oleh panitia farmasi dan terapi secara berdaya guna dan berhasil guna (Sugara & Dewantara, 2017).

Pengelolaan obat oleh Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) mempunyai peran penting dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan di rumah sakit, oleh karena itu pengelolaan obat yang kurang efisien pada tahap penyimpanan akan berpengaruh terhadap peran rumah sakit secara keseluruhan. Pelayanan kefarmasian ini nantinya yang akan memenuhi segala kebutuhan pasien dalam hal perolehan obat. Ketepatan perolehan obat ini ditentukan oleh kualitas dari pelayanan kefarmasian tersebut (Ariyulinda, 2018).

Pelayanan kefarmasian sebagai salah satu unsur dari pelayanan utama di rumah sakit, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari sistem pelayanan di rumah sakit. Pelayanan kefarmasian di rumah sakit merupakan sarana bagi masyarakat dalam memperoleh sediaan obat. Pada saat ini telah terjadi perkembangan pada pelayanan kefarmasian, dimana pelayanan yang tadinya berorientasi pada product menjadi berorientasi pada pasien. Hal ini bertujuan untuk memberikan pelayanan termasuk pelayanan farmasi klinik yang terjangkau kepada pasien dalam memperoleh dan menggunakan obat dengan tepat. Praktek pelayanan kefarmasian merupakan kegiatan terpadu, dengan tujuan untuk mengidentifikasi, mencegah dengan menyelesaikan masalah yang berkaitan dengan obat dan kesehatan.

Persaingan dalam pelayanan kefarmasian di beberapa sarana kesehatan semakin ketat. Pengguna atau pasien selalu menuntut penyedia jasa atau layanan untuk memenuhi segala kebutuhannya dengan memberikan pelayanan terbaik (Assauri, 2003). Faktor dari manusia sebagai tenaga kesehatan atau sumber daya manusia sebagai pemberi layanan kesehatan sangat menentukan apakah pelayanan yang diberikan berkualitas atau tidak (Thoha, 2002)

Untuk melaksanakan kegiatan tersebut memerlukan peranan apoteker yang dibantu oleh Tenaga teknis kefarmasian. Sehingga dalam menjalankan pekerjaan kefarmasian selalu ada koordinasi atau kerjasama antara keduanya. Mengingat pentingnya peranan Apoteker dalam pengelolaan obat, maka Apoteker perlu mengenal dan memahami perannya di Rumah Sakit.

Sebelum diberlakukannya undang-undang (UU) Nomor 36 Tahun 20149 tentang tenaga kesehatan, pelayanan kefarmasian di unit layanan kesehatan dilakukan oleh apoteker dan tenaga teknis kefarmasian (sarjana farmasi, ahli madya farmasi, analis farmasi dan tenaga menengah farmasi) yang telah melakukan registrasi. Hal tersebut sesuai dengan PP No. 51 Tahun 200910 tentang pekerjaan kefarmasian pada bab I (Ketentuan Umum) pasal 1 dan Permenkes no.889 tahun 2011 tentang registrasi, izin praktik dan izin kerja tenaga kefarmasian pada bab I (Ketentuan Umum) menyatakan Tenaga Teknis Kefarmasian adalah tenaga yang membantu apoteker dalam menjalankan pekerjaan kefarmasian, yang terdiri atas Sarjana Farmasi, Ahli Madya Farmasi, Analis Farmasi dan Tenaga Menengah Farmasi/Asisten Apoteker.

Apoteker merupakan tenaga kefarmasian yang mempunyai kewenangan dan kewajiban untuk melakukan pekerjaan kefarmasian sebagaimana tercantum pada PP No. 51 tahun 2009 tentang Pekerjaan kefarmasian Pasal 1 bahwa Pekerjaan kefarmasian adalah pembuatan termasuk pemastian mutu sediaan farmasi, pengadaan, pengamanan, penyimpanan dan distribusi atau penyaluran obat, pengelolaan obat, pelayanan obat atas resep dokter, pelayanan informasi obat serta pengembangan obat, bahan obat dan obat tradisional.

Apoteker sebagai pelaku utama pelayanan kefarmasian bertugas sebagai pelaksana atau pemberi layanan kesehatan, diberi wewenang sesuai kompetensi pendidikan yang diperolehnya, sehingga terkait erat dengan hak dan kewajiban. Profil pelayanan kefarmasian dapat dipengaruhi oleh adanya peran aktif apoteker. Oleh karena itu sarana pelayanan kesehatan diharapkan dapat memahami hal tersebut, agar kepuasan pasien dapat tercapai.

Mutu pelayanan merupakan suatu konsep multi dimensi, maka dalam penilaian/ pengukuran mutu selain di bandingkan dengan standar mutu pelayanan kesehatan itu perlu pula diukur dengan berbagai dimensi mutu yang lain (Imbalo S. Pohan, 2013). Pohan mengemukakan bahwa mutu pelayanan kesehatan dibagi dalam 10 dimensi diantaranya dimensi kompetensi teknis (competence), dimensi keterjangkauan (accessibility), dimensi efektifitas (effectiveness), dimensi efisien (efficiency), dimensi kesinambungan (continuity), dimensi keamanan (security), dimensi kenyamanan (comfort), dimensi informasi (communication) dimensi ketepatan waktu (punctual), dan dimensi hubungan antar manusia (relationship) (Riniyastuti, Rimawati, Astuti, & MM, n.d.).

Penelitian yang pernah dilakukan terkait dengan kebijakan publik kesehatan pernah dilakukan oleh Trianengsih AT (2019). Hasil dari penelitian tersebut membahas tentang tata kelola SDM Instalasi farmasi di rumah sakit, dengan menganalisis kualifikasi, persyaratan serta Beban kerja dan kebutuhan SDM di instalasi farmasi rumah sakit. Penelitian ini menggunakan desain Sequential Explanatory menggabungkan kuantitatif dan kualitatif. Hasil penelitian adalah kualifikasi tenaga kefarmasian masih ada dengan latar belakang SMF, Hasil check list dokumen didapatkan bahwa pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sudah dilakukan walaupun belum sepenuhnya terlaksana begitu pula pelayanan farmasi klinik. Hasil pengamatan didapatkan bahwa unit gudang, rawat jalan, rawat inap sudah berjalan walaupun belum menunjukkan tingkat produktivitas yang maksimal. Hal tersebut dikarenakan kualifikasi, persyaratan serta Beban kerja dan kebutuhan SDM instalasi farmasi rumah sakit belum sesuai dengan Permenkes No. 72 tahun 2016.

Dilakukan penelitian oleh Ummi Dewiyanti (2017), mengenai implementasi UU No. 36 tahun 2014 dengan hasil bahwa masih perlu adanya sosialisasi mengenai UU No. 36 tahun 2014 pada tenaga kefarmasian. Perlu pula adanya pendidikan berkelanjutan untuk mendukung pekerjaan kefarmasian di rumah sakit sehingga mutu pelayanan farmasi bisa ditingkatkan.

Sementara itu kendala yang terjadi dalam pengelolaan sediaan farmasi adalah kurangnya pemahaman mengenai implementasi Permenkes no. 72 tahun 2016 di lingkungan RSUD Kelas D di Kota Bekasi, hal ini dikarenakan RSUD Kelas D di Kota Bekasi baru saja di dirikan pertama kali pada April 2019. Serta kurangnya pemahaman mengenai pengelolaan sediaan farmasi oleh tenaga kefarmasian dikarenakan kurangnya jumlah Apoteker dan tenaga kefarmasian di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Bekasi.

Dengan adanya implementasi Permenkes No. 72 tahun 2016 diharapkan mampu meningkatkan mutu pelayanan. Faktor yang berperan dalam meningkatkan mutu pelayanan diantaranya adalah pengelolaan sediaan farmasi dan SDM yang sesuai kualifikasi.

2. Literatur Review

2.1. Kebijakan Publik

Dalam teori sistem yang dijelaskan oleh Easton, sebuah proses pembuatan kebijakan di mulai dengan proses input yang mengFigurekan seluruh permintaanpermintaan yang membutuhkan sebuah solusi pemecahan masalah, sumber daya dan dukungan dari lingkungan yang ada, seluruh variabel yang ada pada proses input akan diolah dalam sebuah proses untuk membuat kebijakan dimana didalam proses tersebut akan terjadi dinamika proses pembuatan kebijakan dan interaksi dari berbagai macam aktor yang terlibat dan menghasilkan output nya berupa sebuah solusi yang menjadi kebijakan public.

Umumnya untuk mengatasi suatu masalah orang banyak/publik, pemerintah mempunyai suatu alat untuk menyelesaikan masalah tersebut yaitu sebuah kebijakan/regulasi. Kebijakan publik menitikberatkan pada semua masalah publik/umum. Heidenheimer mengemukakan bahwa Kebijakan publik membahas soal bagaimana isu-isu dan persoalan tersebut disusun dan didefinisikan, dan bagaimana kesemuanya itu diletakkan ke dalam agenda kebijakan dan agenda politik (Heidenheimer & Johnston, 2011). Kebijakan public juga merupakan keputusan/decision making, dimana pemerintah mempunyai wewenang untuk menggunakan keputusan otoritatif, termasuk keputusan untuk membiarkan sesuatu terjadi, demi teratasinya suatu persoalan publik (Thomas R.Dye ,1981)

Proses kebijakan publik adalah serangkaian aktivitas intelektual yang dilakukan dalam proses kegiatan yang bersifat politis. Dalam teori sistem yang dikemukakan oleh Dunn, mengatakan bahwa dalam pembuatan kebijakan publik melibatkan 3 (tiga) elemen yaitu pelaku kebijakan, kebijakan publik dan lingkungan kebijakan (Dunn & Griggs, 2000).

2.2. Implementasi Kebijakan

Mazmanian dan Sabatier dalam Leo Agustino (2008, h.139) mendefinisikan implementasi kebijakan sebagai: “Pelaksanaan keputusan kebijaksanaan dasar, biasanya dalam bentuk undang-undang, namun dapat pula berbentuk perintah-perintah atau keputusan-keputusan eksekutif yang penting atau keputusan badan peradilan. Lazimnya, keputusan tersebut mengidentifikasi masalah yang ingin diatasi, menyebutkan secara tegas tujuan atau sasaran yang ingin dicapai, dan berbagai cara untuk men-strukturkan atau mengatur proses implementasinya” Untuk menganalisis bagaimana proses implementasi kebijakan itu berlangsung maka dapat dilihat dari berbagai model implementasi kebijakan (Agustino, 2008).

Pandangan mengenai model (teori) implementasi kebijakan banyak kita temukan dalam berbagai literatur. Secara garis besar Parsons (1997, h.463) membagi model implementasi kebijakan menjadi empat yaitu: 1) The Analysis of failure (model analisis kegagalan), 2) Model rasional (top-down) untuk mengidentifikasi faktor-faktor mana yang membuat implementasi sukses, 3) Model pendekatan (bottom-up) kritikan terhadap model pendekatan top-down dalam kaitannya dengan pentingnya faktor-faktor lain dan interaksi organisasi, 4) Teori-teori hasil sintesis (hybrid theories) (Lalli & Parsons, 1997). Model yang digunakan sebagai dasar tema penelitian ini ialah turunan model implementasi top-down yang disebut Direct and Indirect Impact on Implementation yaitu Model teori yang dikembangkan oleh George (Edwards III, 1980).

Menurut pandangan Edwards III dalam Subarsono (2011, h.90), implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel yang saling berhubungan satu sama lain, di antaranya: a) Komunikasi, b) Sumber daya, c) Disposisi dan d) Struktur Birokrasi.

2.3. Konsep Pelayanan Kesehatan

Menurut Levei dan Loomba dalam Azrul (1996, h.35), Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat. Lingkungan pelayanan kesehatan meliputi sistem pembiayaan kesehatan, peraturan perundang-undangan, kebijakan pemerintah dalam pelayanan kesehatan, kebijakan pembiayaan dan peraturan keuangan, serta sistem regulasi kesehatan. Seluruh sistem yang berlaku di masyarakat sangat berpengaruh terhadap sistem organisasi pelayanan kesehatan dan sistem mikro pelayanan Kesehatan (Azrul, 1996).

Program pelayanan kepada pelanggan dengan bertitik tolak dari konsep kepedulian kepada konsumen terus dikembangkan sedemikian rupa sehingga sekarang pelayanan menjadi salah satu alat utama dalam melaksanakan strategi untuk memenangkan persaingan. Konsep kepedulian perusahaan atau organisasi untuk memberikan layanan

kepada pelanggan didasarkan pada pemahaman mengenai pentingnya peranan pelanggan dalam kelangsungan hidup dan kemajuan organisasi atau perusahaan. Hal ini dikarenakan konsumen merupakan sesuatu hal yang sangat berharga dimana dalam kenyataannya tidak ada satupun organisasi, terutama perusahaan yang mampu bertahan hidup bila ditinggalkan oleh pelanggannya.

Kepedulian terhadap pelanggan dalam manajemen modern telah dikembangkan menjadi suatu pola layanan yang baik yang disebut sebagai pelayanan prima (Service Excellence). Menurut Barata, Pelayanan prima adalah kepedulian kepada pelanggan dengan memberikan layanan terbaik untuk memfasilitasi kemudahan pemenuhan kebutuhan dan mewujudkan kepuasannya, agar mereka selalu loyal kepada organisasi atau perusahaan. Pola pelayanan prima berdasarkan konsep A3, yaitu: Attitude (sikap), Attention (perhatian), dan Action (tindakan) (Barata, 2003).

2.4. Rumah Sakit

Telah dituangkan dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) bahwa ketersediaan, pemerataan, serta jaminan mutu obat dan perbekalan kesehatan secara terpadu harus selalu terjaga dalam rangka tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Salah satu fasilitas layanan kesehatan yang menggunakan obat-obatan dalam aktivitasnya adalah Rumah Sakit. Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan menggunakan perbekalan farmasi termasuk obat-obatan. Rumah Sakit merupakan suatu unit pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Pelayanan Rumah Sakit merupakan bentuk upaya pelayanan kesehatan yang bersifat sosial-ekonomi (Kotler, Keller, & Lu, 2009).

Rumah sakit sebagai sarana kesehatan harus selalu memperhatikan segala aspek dalam memberikan pelayanan yang bermutu, guna memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan. Salah satu bagian pelayanan kesehatan di rumah sakit yang harus terus diupayakan dan ditingkatkan adalah pelayanan kefarmasian. Tuntutan pasien akan mutu pelayanan farmasi mengharuskan adanya perubahan paradigma pelayanan dari paradigma lama yang berorientasi pada obat, menjadi paradigma baru yang berorientasi terhadap pasien. Konsep ini kemudian disebut dengan asuhan kefarmasian (pharmaceutical care) (Surahman & Husein, 2011). Asuhan kefarmasian adalah suatu pelayanan yang berpusat pada pasien dan berorientasi terhadap keberhasilan terapi pasien. Pada praktek pelayanan semacam ini, apoteker menjadi salah satu anggota kunci pada tim pelayanan kesehatan, dan bertanggung jawab terhadap keberhasilan pengobatan (Hepler & Strands, 1990).

Unsur utama asuhan kefarmasian adalah berkaitan dengan obat, pelayanan yang langsung, hasil terapi yang pasti, mutu kehidupan dan tanggung jawab apoteker (Siregar & Kumolosasi, 2006). Asuhan kefarmasian merupakan bagian penting dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit secara keseluruhan. Dengan demikian, peran farmasis di rumah sakit dalam melakukan asuhan kefarmasian dapat menunjang pelayanan kesehatan di rumah sakit itu sendiri. Namun hingga sekarang, asuhan kefarmasian belum dapat dilakukan secara maksimal karena jumlah apoteker yang ada di rumah sakit sangat terbatas. Disamping itu, pengetahuan tentang obat berkembang dengan cepat. Sayangnya, tidak semua apoteker dapat mengikuti perkembangan pengetahuan ini, sehingga kemampuan apoteker dalam melaksanakan asuhan kefarmasian belum sepenuhnya memadai (Hubeis, 2002). Pemahaman terhadap asuhan kefarmasian sangat berpengaruh terhadap keberhasilan dalam meningkatkan kualitas hidup pasien. Tingkat pemahaman menjadi faktor penting untuk dapat mengaplikasikan ilmu sesuai peran dan fungsi apoteker. Karena itu, kompetensi apoteker di rumah sakit perlu ditingkatkan sehingga hasil yang secara optimal dapat tercapai.

2.5. Instalasi Farmasi

Instalasi farmasi adalah suatu bagian/unit/devisi atau fasilitas di rumah sakit, tempat penyelenggaraan semua kegiatan pekerjaan kefarmasian yang ditunjukkan untuk keperluan rumah sakit itu sendiri. Berdasarkan definisi tersebut maka instalasi farmasi rumah sakit secara umum dapat diartikan sebagai suatu departemen atau unit bagian di suatu rumah sakit di bawah pimpinan seorang apoteker dan dibantu oleh beberapa apoteker yang memenuhi persyaratan perundang-undangan yang berlaku dan bertanggung jawab atas seluruh pekerjaan serta pelayanan langsung kepada penderita sampai sakit, baik untuk penderita rawat tinggal, rawat jalan maupun untuk semua unit termasuk poliklinik rumah sakit. 16

Instalasi farmasi rumah sakit merupakan satu-satunya unit di rumah sakit bertanggung jawab pada penggunaan obat yang aman dan efektif di rumah sakit secara keseluruhan. Tanggung jawab ini termasuk seleksi, pengadaan, penyimpanan, penyiapan obat untuk konsumsi dan distribusi obat ke unit perawatan penderita (Siregar dan Amalia, 2003). Manajemen obat di rumah sakit merupakan salah satu aspek penting dari rumah sakit. Ketidakefisienan akan memberikan dampak negatif terhadap biaya operasional bagi rumah sakit, karena bahan logistik obat merupakan salah satu tempat kebocoran anggaran. Untuk itu manajemen obat dapat dipakai sebagai proses pengerak dan pemberdayaan

semua sumber daya yang dimiliki untuk dimanfaatkan dalam rangka mewujudkan ketersediaan obat setiap dibutuhkan agar operasional efektif dan efisien (Lilihata, 2011).

Sediaan Farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional dan kosmetika. Obat adalah bahan atau paduan bahan, termasuk produk biologi yang digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan dan kontrasepsi untuk manusia. Pengelolaan Sediaan Farmasi meliputi: pemilihan, perencanaan kebutuhan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pemusnahan dan penarikan, pengendalian, dan administrasi.

2.6. Kinerja Sumber Daya Manusia

Salah satu sumber daya yang penting dalam manajemen adalah sumber daya manusia atau human resources. Pentingnya sumber daya manusia ini, perlu disadari oleh semua tingkatan manajemen. Bagaimanapun majunya teknologi saat ini, namun faktor manusia tetap memegang peranan penting bagi keberhasilan suatu organisasi. Menurut Buchari Zainun (2001), manajemen sumber daya manusia merupakan bagian yang penting, bahkan dapat dikatakan bahwa manajemen itu pada hakikatnya adalah manajemen sumber daya manusia atau manajemen sumber daya manusia adalah identik dengan manajemen itu sendiri.

Penilaian kinerja merupakan salah satu cara yang di gunakan untuk mengetahui sejauh mana kualitas kerja SDM yang dimiliki oleh perusahaan. Penilaian kinerja ini bermanfaat baik bagi perusahaan maupun pegawai itu sendiri. Adanya penilaian kerja yang sesuai dengan uraian jabatannya akan membuat perusahaan dapat memberikan reward berupa gaji, bonus, bahkan promosi sesuai dengan kondisi yang sebenarnya. Cascio (2006) menjelaskan bahwa penilaian kinerja mempunyai beberapa manfaat, yaitu untuk penerapan system reward dan punishment, memberikan umpan balik bagi karyawan untuk pengembangan karier, identifikasi kebutuhan pelatihan pengembangan bagi karyawan, dan mendiagnosa masalah dalam organisasi.

Menurut Baron and Bryne (2004) *selfesteem* adalah evaluasi seseorang akan dirinya sendiri. *Selfesteem* berkaitan dengan bagaimana individu mempersepsikan dirinya sendiri secara keseluruhan. Penilaian atas dirinya berbeda dengan persepsi ideal yang diinginkannya yang kemudian berpengaruh terhadap *selfesteem* (Baron & Bryne, 2004). Apabila perbedaan antara keadaan sebenarnya dengan persepsi idealnya besar, maka individu tersebut akan memiliki *selfesteem* yang rendah begitupula sebaliknya. Menurut Ilyas, 2012 bahwa waktu yang dibutuhkan dalam menilai kinerja cukup bervariasi, mulai dari mingguan, bulanan bahkan sampai tahunan disesuaikan dengan keperluan dan kebutuhan organisasi.

2.7. Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi yang baik dengan pemanfaatan sumber daya secara wajar, efisien, efektif dalam keterbatasan kemampuan pemerintah dan masyarakat, serta diselenggarakan secara aman dan memuaskan pelanggan sesuai dengan norma dan etika yang baik (Azrul Azwar, 1996 dalam Bustami, 2011). Menurut Pohan, 2013 mutu barang atau jasa didefinisikan sebagai keseluruhan karakteristik barang atau jasa yang menunjukkan kemampuannya dalam memuaskan kebutuhan konsumen, baik berupa kebutuhan yang dinyatakan maupun kebutuhan yang tersirat.

Defenisi Layanan kesehatan menurut Pohan (2013) adalah suatu layanan yang dibutuhkan, dalam hal ini ditentukan oleh profesi layanan kesehatan, dan sekaligus diinginkan baik oleh pasien/konsumen ataupun masyarakat secara terjangkau oleh daya beli masyarakat. Menurut Bustami (2011), mutu pelayanan kesehatan adalah kesesuaian pelayanan kesehatan dengan standar profesi dengan memanfaatkan sumber daya yang ada secara baik, sehingga semua kebutuhan pelanggan dan tujuan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal dapat tercapai.

Indikator utama untuk mengetahui mutu pelayanan institusi kesehatan adalah kepuasan pasien. Pelayanan yang baik dari setiap institusi kesehatan akan membuktikan bahwa provider tersebut bermutu baik. Kepuasan pasien merupakan penilaian pasien setelah merasakan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh petugas kesehatan dibandingkan dengan harapan pasien. Kualitas pelayanan yang baik merupakan salah satu faktor penting dalam usaha menciptakan kepuasan konsumen. Pelayanan berkualitas dalam konteks pelayanan di institusi kesehatan berarti memberikan pelayanan kepada pasien dan keluarganya didasarkan pada standar kualitas untuk memenuhi kebutuhan dan keinginannya, sehingga dapat memperoleh kepuasan yang akhirnya dapat meningkatkan kepercayaan pasien dan keluarganya terhadap institusi tersebut (Sabarguna, 2004).

3. Metode Penelitian

Jenis metode penelitian yang dipilih adalah deskriptif analisis, adapun pengertian dari metode deskriptif analitis menurut (Sugiono: 2009; 29) adalah suatu metode yang berfungsi untuk mendeskripsikan atau memberi Figurean terhadap objek yang diteliti melalui data atau sampel yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa melakukan analisis dan membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum. Jenis dan Rancangan Penelitian yang digunakan adalah metode survey dengan pendekatan cross sectional yang dimaksudkan untuk menguji variabel dependen dipengaruhi oleh variabel independen. Dalam penelitian ini variabel independent/bebas (X) adalah Implementasi Permenkes no 72 tahun 2016 dan variabel dependent/terikat (Y) adalah pengelolaan sediaan farmasi, peran tenaga farmasi dan mutu pelayanan di Rumah Sakit.

Penelitian ini menggunakan Permenkes No. 72 tahun 2016 sebagai variabel bebasnya/variabel mempengaruhi/independent variable (variabel X). Permenkes No. 72 tahun 2016 yang disusun sebagai kebijakan publik dari pemerintah memberikan dampak yang cukup luas dalam implemenasinya. Lazimnya kebijakan publik adalah serangkaian aktivitas intelektual yang dilakukan dalam proses kegiatan yang bersifat politis (Dye, 1981), bahwa dalam pembuatan kebijakan publik melibatkan 3 (tiga) elemen yaitu pelaku kebijakan, kebijakan publik dan lingkungan kebijakan. Secara umum suatu kebijakan yang dibuat merupakan Figurean untuk memudahkan pengaturan segala sesuatu yang berkaitan dengan kepentingan publik/umum. Kebijakan merupakan alternatif kebijaksanaan terbaik guna mengatasi permasalahan yang dihadapi atau untuk mencapai sejumlah tujuan yang diinginkan.

Indikator variabel dalam implementasi Permenkes No. 72 tahun 2016 terdiri dari pasal-pasal yang berkaitan dengan pengelolaan sediaan farmasi, peran dari tenaga kefarmasian dan mutu pelayanan kefarmasian yaitu pasal 3 tentang standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit yang terdiri dari standar pengelolaan sediaan farmasi dan pelayanan farmasi klinis. Adapun pengelolaan sediaan farmasi yang meliputi dari pemilihan, perencanaan kebutuhan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pemusnahan dan penarikan serta pengendalian. Pasal 4 tentang penyelenggaraan standar pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit yang harus didukung oleh ketersediaan sumber daya kefarmasian, pengorganisasian yang berorientasi kepada keselamatan pasien, dan standar prosedur operasional (SPO).

Adapun Sumber daya kefarmasian meliputi SDM serta sarana dan prasarana. Sedangkan pengorganisasian harus mengFigurekan uraian tugas, fungsi, dan tanggung jawab serta hubungan koordinasi di dalam maupun di luar pelayanan kefarmasian yang ditetapkan oleh pimpinan Rumah Sakit. Untuk SPO ditetapkan oleh pimpinan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan.

4. Hasil dan Pembahasan

4.1. Permenkes RI No. 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit

Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan Rumah Sakit yang berorientasi kepada pelayanan pasien, penyediaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang bermutu dan terjangkau bagi semua lapisan masyarakat termasuk pelayanan farmasi klinik.

Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit meliputi 2 (dua) kegiatan, yaitu kegiatan yang bersifat manajerial berupa pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai dan kegiatan pelayanan farmasi klinik. Kegiatan tersebut harus didukung oleh sumber daya manusia, sarana, dan peralatan.

Apoteker bertanggung jawab terhadap pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai di Rumah Sakit yang menjamin seluruh rangkaian kegiatan perbekalan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai sesuai dengan ketentuan yang berlaku serta memastikan kualitas, manfaat, dan keamanannya. Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai merupakan suatu siklus kegiatan, dimulai dari pemilihan, perencanaan kebutuhan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pemusnahan dan penarikan, pengendalian, dan administrasi yang diperlukan bagi kegiatan Pelayanan Kefarmasian.

Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai harus dilaksanakan secara multidisiplin, terkoordinir dan menggunakan proses yang efektif untuk menjamin kendali mutu dan kendali biaya. Dalam ketentuan Pasal 15 ayat (3) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyatakan bahwa Pengelolaan Alat Kesehatan, Sediaan Farmasi, dan Bahan Medis Habis Pakai di Rumah Sakit harus dilakukan oleh Instalasi Farmasi sistem satu pintu.

4.2. Karakteristik Responden

Karakteristik responden digunakan untuk mengetahui keragaman dari responden berdasarkan jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, serta tempat tinggalnya. Hal tersebut diharapkan dapat memberikan Figurean yang cukup jelas mengenai kondisi dari responden dan kaitannya dengan masalah dan tujuan penelitian tersebut.

Responden dalam penelitian ini terdiri atas pengelola sediaan farmasi dan juga pasien pada RSUD Kelas D di kota Bekasi untuk wilayah Bantar Gebang, Jatisampurna, dan Pondok Gede. Karakteristik responden untuk pasien yang datang ke RSUD Kelas D Bantar Gebang, Jatisampurna, Pondok Gede masing-masing berjumlah 35 orang ditunjukkan pada tabel 1.

Tabel 1. Tabel Karakter responden Pasien

No.	Karakter	RSUD Kelas D		
		Bantar Gebang	Jati Sampurna	Pondok Gede
1	JENIS KELAMIN			
	Pria	13	10	12
	Wanita	22	25	23
2	USIA			
	17 – 25 tahun	15	14	14
	26 – 40 tahun	11	16	12
	41 – 50 tahun	5	2	5
	> 50 tahun	4	3	4
3	PENDIDIKAN			
	SMA	7	12	7
	D3	10	11	12
	S1	12	6	13
	S2	1	2	1
	Lainnya	5	4	2
4	PEKERJAAN			
	Pelajar/Mahasiswa	1	2	3
	Swasta/Wiraswasta	8	12	5
	PNS/ASN	13	3	14
	Lainnya	13	18	13
5	PENGHASILAN			
	< 5 Juta	23	30	26
	5 - 10 Juta	8	4	6
	> 10 Juta	4	1	3
6	BIAYA KESEHATAN			
	Sendiri	11	11	10
	Asuransi (BPJS, KS)	24	24	25
7	KUNJUNGAN KE RS			
	Pertama kali	8	14	7
	Sudah bbrp kali	27	21	28
8	ALAMAT			
	Bekasi	27	30	24
	Luar Bekasi	8	5	11

Sumber: Data kuesioner, diolah, 2020

Berdasarkan tabel 1, responden sebagai pasien di RSUD Kelas D Bantar gebang dengan jenis kelamin pria ada sebesar 37% (13 orang) dan wanita ada sebesar 63% (22 orang). Untuk wilayah RSUD Kelas D Jatisampurna responden pria ada sebesar 29% (10 orang) dan wanita ada sebesar 71% (25 orang), dan untuk wilayah RSUD Kelas D Pondok gede untuk responden Pria ada sebesar 34% (12 orang) dan wanita ada sebesar 66% (23 orang).

Berdasarkan Gambar 2 dan 3, ada beberapa kategori usia responden yang datang berobat, untuk RSUD Kelas D Bantar gebang usia 17 – 25 tahun sebanyak 15 orang, usia 26-40 tahun sebanyak 11 orang, usia 41-50 tahun sebanyak 5 orang dan diatas 50 tahun sebanyak 4 orang. Untuk kategori usia responden yang datang berobat ke RSUD Kelas D Jatisampurna usia 17 – 25 tahun sebanyak 14 orang, usia 26-40 tahun sebanyak 16 orang, usia 41-50 tahun sebanyak 2

orang dan diatas 50 tahun sebanyak 3 orang. Sedangkan kategori usia responden yang datang berobat ke RSUD Kelas D Pondok Gede usia 17 – 25 tahun sebanyak 14 orang, usia 26-40 tahun sebanyak 12 orang, usia 41-50 tahun sebanyak 5 orang dan diatas 50 tahun sebanyak 4 orang.

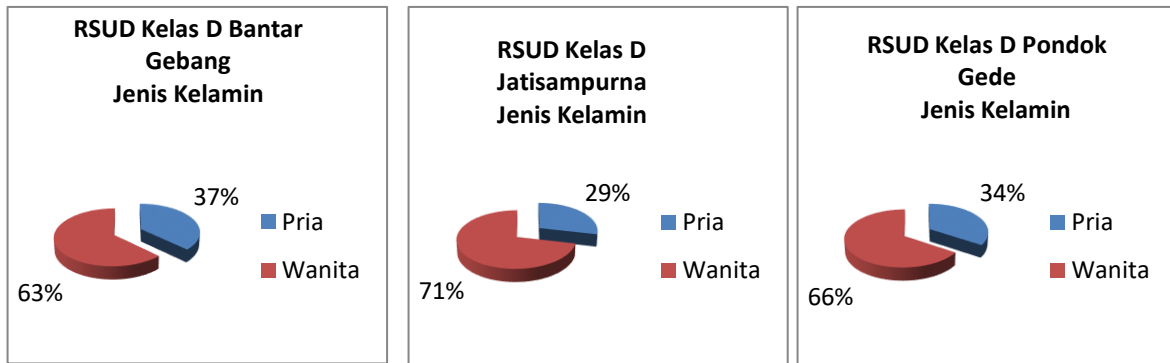
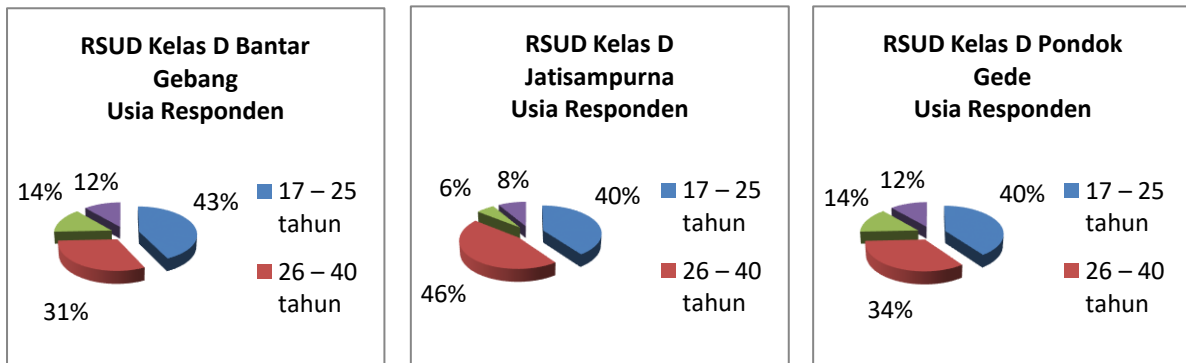
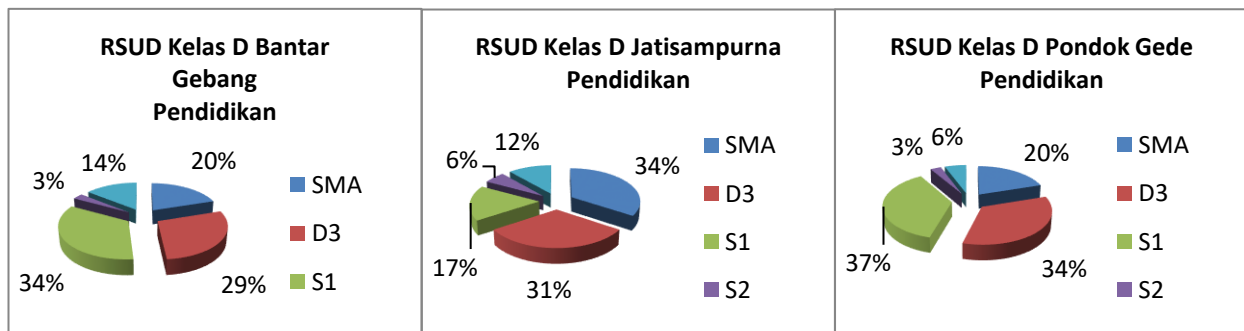


Figure 2. Jenis Kelamin Responden (Sumber: data hasil olah peneliti, 2020)



Gambar 3. Usia Responden (Sumber: data hasil olah peneliti, 2020)



Gambar 4. Pendidikan Responden (Sumber: data hasil olah peneliti, 2020)

Berdasarkan Gambar 4, kategori responden berdasarkan pendidikan ada beberapa tingkatan, untuk RSUD Kelas D Bantar Gebang kategori pendidikan SMA ada 20% (7 orang), pendidikan D3 29% (10 orang), pendidikan S1 34% (12 orang), pendidikan S2 3% (1 orang), sedangkan pendidikan lainnya seperti SD, SMP maupun tidak bersekolah sebesar 14% (5 orang). Kategori responden berdasarkan pendidikan di RSUD Kelas D Jatisampurna untuk pendidikan SMA sebesar 34% (12 orang), pendidikan D3 31% (11 orang), pendidikan S1 17% (6 orang), pendidikan S2 6% (2 orang), pendidikan lainnya 12% (4 orang). Kategori responden berdasarkan pendidikan di RSUD Kelas D Pondok Gede untuk SMA 20% (7 orang), Pendidikan D3 34% (12 orang), pendidikan S1 37% (13 orang), pendidikan S2 3% (1 orang), pendidikan lainnya 6% (2 orang).

4.3. Deskripsi Variabel Penelitian

Untuk mengetahui implementasi dari Permenkes RI No.72 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit pada 3 (tiga) RSUD Kelas D yaitu Bantar Gebang, Jatisampurna, dan Pondok Gede ditunjukkan pada tabel 2.

Tabel 2. Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit

Pengelolaan Kefarmasian	RSUD Kelas D		
	Bantar Gebang	Jati Sampurna	Pondok Gede
A. Pemilihan	4,20	5,00	4,20
B. Perencanaan Kebutuhan	3,71	4,43	3,71
C. Pengadaan	4,50	4,50	4,00
D. Penerimaan	4,00	4,00	4,00
E. Penyimpanan	4,44	4,67	4,00
F. Pendistribusian	3,71	3,71	3,71
G. Pemusnahan dan Penarikan	4,00	4,00	4,00
H. Pengendalian	4,00	4,00	4,00
I. Administrasi	4,00	4,00	4,00
Rata-rata	4,07	4,31	3,93

Sumber: Data kuesioner, diolah, 2020

4.3.1. Indikator Pemilihan

Pada Indikator pemilihan terlihat bahwa 3 (tiga) RSUD Kelas D sudah melakukan pemilihan sediaan farmasi berdasarkan formularium yang beredar di masing-masing rumah sakit, namun untuk RSUD Kelas D Bantar Gebang dan Pondok Gede belum sepenuhnya melakukan pemilihan sediaan farmasi berdasarkan pola penyakit dan melihat daya beli masyarakat sekitar dikarenakan masih sedikitnya pasien yang berobat karena merupakan rumah sakit rujukan lanjutan dari puskesmas setempat.

4.3.2. Indikator Perencanaan Kebutuhan

Pada indikator perencanaan, terlihat bahwa 3 (tiga) RSUD sudah melakukan perencanaan kebutuhan oleh tenaga kefarmasian yaitu Apoteker yang dibantu oleh Tenaga Teknis Kefarmasian. Namun pada RSUD Kelas D Bantar Gebang dan RSUD Pondok Gede masih ada perencanaan kebutuhan yang dibantu oleh tenaga non farmasi di karenakan masih terbatasnya jumlah tenaga farmasi yang ada.

4.3.3. Indikator Pengadaan

Pada Indikator pengadaan semua RSUD Kelas D melakukan pengadaan sesuai persyaratan yaitu sediaan farmasi yang memiliki ijin edar, melalui jalur resmi dan mutunya dapat dipertanggung jawabkan.

4.3.4. Indikator Penerimaan

Penerimaan sediaan farmasi dilakukan oleh petugas farmasi dan dilakukan pengecekan kesesuaian antara tanda terima dan surat pesanan, dilakukan pula pengecekan fisik, No. Batch serta tanggal kadaluarsa.

4.3.5. Penyimpanan

Setelah sediaan farmasi diterima, lalu disimpan di gudang penyimpanan. Untuk penyimpanan menggunakan metode kombinasi FIFO (First In First Out) dan FEFO (First Expired First Out). Hal ini dilakukan oleh ketiga RSUD Kelas D

karena tidak semua barang yang datang lebih dulu memiliki memiliki masa kadaluarsa lebih dekat, begitu pula sebaliknya. Sehingga barang yang memiliki masa kadaluarsa paling dekat yang digunakan terlebih dahulu. Penyimpanan sediaan farmasi pun di simpan sesuai dengan bentuk sediaan dan sesuai dengan suhu penyimpanannya.

4.3.6. Indikator Pendistribusian

Sistem pendistribusian pada ketiga RSUD Kelas D yaitu Bantar Gebang, Jatisampurna dan Pondok gede menggunakan system pendistribusian kombinasi antara resep perorangan dan unit dose sesuai dengan kebutuhan pasien dan kondisi rumah sakit. Sistem floor stok tidak digunakan karena belum cukupnya Sumber Daya Manusia serta minimnya pengawasan.

Apabila dilihat dari pengelolaan kefarmasian di 3 (tiga) RSUD Kelas D, secara keseluruhan nilai rata-rata wilayah RSUD Kelas D Jatisampurna sebesar (4,31) lebih tinggi dibandingkan dengan wilayah RSUD Kelas D Bantar Gebang (4,07) dan RSUD Kelas D Pondok Gede (3,93). Hal ini menunjukkan bahwa rata-rata pengelolaan kefarmasian di wilayah RSUD Jati sampurna lebih baik dibandingkan dengan wilayah lainnya. Hal tersebut dikarenakan RSUD Kelas D Jatisampurna lebih dahulu berdiri dan beroperasi dibandingkan RSUD Kelas D Bantar Gebang dan Pondok Gede yang belum genap satu tahun beroperasi.

Untuk Peran tenaga kefarmasian dalam melakukan perencanaan dapat dilihat pada RSUD Kelas D Jatisampurna memiliki nilai rata-rata sebesar (4,43) lebih baik dibandingkan dengan wilayah RSUD Kelas D Bantar gebang dengan nilai rata-rata sebesar (3,71) dan RSUD Kelas D Pondok gede dengan nilai rata-rata sebesar (3,71).

4.4. Pengujian Instrumen Penelitian (Validitas dan Reliabilitas)

4.4.1. Pengujian Validitas

Setelah mendapatkan data dari responden kemudian dilakukan uji validitas dengan melihat korelasi antara masing-masing butir pernyataan dengan skor totalnya, jika korelasinya positif dan signifikan berarti bahwa butir pernyataan tersebut adalah valid. Hasil pengujian validitas ditunjukkan pada tabel berikut:

Tabel 3. Hasil Pengujian Validitas untuk Variabel Penelitian

No.	PERNYATAAN	Sig.r (skor item-total)			Keputusan
		RSUD Kelas D Bantar Gebang	RSUD Kelas D Jatisampurna	RSUD Kelas D Pondok Gede	
A. Indikator : Keandalan (Reliability)					
1	Pelayanan farmasi dibuka selama 24 jam sehari	0,000	0,000	0,000	Valid
2	Pelayanan resep dilakukan dengan mudah dan tidak berbelit-belit	0,000	0,000	0,000	Valid
3	Waktu tunggu yang diberikan untuk pelayanan resep tidak relatif lama	0,000	0,000	0,000	Valid
4	Obat yang diresepkan selalu tersedia di instalasi farmasi	0,001	0,000	0,001	Valid
5	Penyerahan obat selalu teratur sesuai dengan nomor antrian resep	0,000	0,000	0,000	Valid
B. Indikator : Ketanggapan (Responsiveness)					
1	Petugas tanggap terhadap pasien yang datang membawa resep	0,000	0,000	0,000	Valid
2	Petugas segera menyiapkan obat ketika menerima resep	0,000	0,000	0,000	Valid

No.	PERNYATAAN	Sig.r (skor item-total)			Keputusan
		RSUD Kelas D Bantar Gebang	RSUD Kelas D Jatisampurna	RSUD Kelas D Pondok Gede	
3	Petugas tanggap terhadap masalah atau keluhan pasien	0,000	0,000	0,000	Valid
4	Dalam penyerahan obat, petugas selalu memberikan informasi cara pakai, dosis pemakaian obat, efek samping obat, dan interaksi obat	0,000	0,000	0,000	Valid
5	Petugas selalu berada di instalasi farmasi pada jam – jam sibuk	0,000	0,000	0,000	Valid
C. Indikator : Keyakinan (Assurance)					
1	Petugas memiliki penampilan, sikap dan pengetahuan yang meyakinkan	0,000	0,000	0,000	Valid
2	Petugas menyiapkan obat dengan benar dan teliti	0,000	0,000	0,000	Valid
3	Petugas kembali mencocokkan nomor resep dan nama pasien saat menyerahkan obat	0,000	0,000	0,000	Valid
4	Petugas menyerahkan obat sesuai dengan resep dokter	0,000	0,000	0,000	Valid
5	Obat yang diserahkan kepada pasien dalam kondisi baik	0,000	0,000	0,000	Valid
D. Indikator : Penampilan (Tangible)					
1	Ruang tunggu terlihat tampak baik dan bersih	0,000	0,000	0,000	Valid
2	Ruang tunggu pelayanan cukup luas dan kursi tunggu yang nyaman	0,000	0,000	0,000	Valid
3	Terdapat fasilitas seperti AC, TV, atau majalah yang cukup memadai	0,000	0,000	0,000	Valid
4	Penampilan petugas di instalasi farmasi yang rapih	0,000	0,000	0,000	Valid
5	Jarak antara ruang dokter dengan instalasi farmasi cukup dekat	0,000	0,000	0,000	Valid
E. Indikator : Empati (Emphaty)					
1	Petugas memberi pelayanan dengan sopan dan ramah	0,000	0,000	0,000	Valid
2	Petugas mendengarkan keluhan dan pertanyaan pasien dengan sabar	0,000	0,000	0,000	Valid
3	Petugas memberikan pelayanan dengan gaya bahasa dan mimik wajah yang baik	0,000	0,000	0,000	Valid
4	Petugas memberi perhatian kepada pasien dan keluarganya	0,000	0,000	0,000	Valid
5	Petugas memberikan pelayanan yang sama tanpa membedakan pasien	0,000	0,000	0,000	Valid

Sumber: Hasil Olah Data dengan SPSS (2020)

Berdasarkan pada tabel 3, diketahui bahwa antara item dengan skor totalnya memiliki nilai signifikan lebih kecil dari 0,50 yang berarti bahwa indikator yang menjadi ukuran masing-masing variabelnya dinyatakan telah valid.

4.4.2. Pengujian Reliabilitas

Uji reliabilitas dilakukan untuk mengetahui adanya konsistensi alat ukur dalam penggunaannya, dengan kata lain alat ukur tersebut mempunyai hasil yang konsisten apabila digunakan berkali-kali pada waktu yang berbeda. Parameter yang digunakan sebagai standar dalam uji ini adalah Cronbach's Alpha, dimana nilainya harus lebih dari 0.6 (>0.6) yang menunjukkan data konsisten dan layak untuk diproses lebih lanjut.

Tabel 4. Hasil Pengujian Validitas untuk Variabel Penelitian

PERNYATAAN	Nilai Cronbach's Alpha			Keputusan
	RSUD Kelas D Bantar Gebang	RSUD Kelas D Jati Sampurna	RSUD Kelas D Pondok Gede	
A. Keandalan (<i>Reliability</i>)	0,789	0,759	0,753	Reliable
B. Ketanggapan (<i>Responsiveness</i>)	0,952	0,939	0,950	Reliable
C. Keyakinan (<i>Assurance</i>)	0,954	0,908	0,971	Reliable
D. Penampilan (<i>Tangible</i>)	0,865	0,868	0,837	Reliable
E. Empati (<i>Emphaty</i>)	0,939	0,967	0,937	Reliable

Sumber: Hasil Olah Data dengan SPSS (2020)

Berdasarkan pada tabel diatas, diketahui bahwa Nilai Cronbach's Alpha menunjukkan nilai lebih dari 0,60 yang berarti bahwa indikator yang menjadi ukuran masing-masing variabelnya dinyatakan telah reliabel dinyatakan telah konsisten dalam variabelnya. Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa untuk variabel mutu pelayanan dan masing-masing dimensi memiliki nilai Sig. < 0,05 yang berarti bahwa data karakteristik tidak berdistribusi normal.

Pengujian hipotesis untuk data yang tidak berdistribusi normal dilakukan dengan statistik nonparametrik dengan menggunakan Wilcoxon-signed test. Wilcoxon-signed test digunakan untuk menguji beda rata-rata antar 2 (dua) kelompok sampel yang saling berhubungan (Aktual dan Harapannya).

Hasil pengujian beda rata-rata mutu pelayanan ditunjukkan pada tabel 5. Berdasarkan tabel 5 dapat diketahui bahwa untuk variabel mutu pelayanan untuk masing-masing RSUD Kelas D di wilayah Bantar Gebang, Jatisampurna, dan Pondok Gede dengan nilai Sig. masing-masing wilayah lebih kecil dari 0,05 yang berarti bahwa terdapat perbedaan yang signifikan untuk mutu pelayanan antara aktual dan harapannya di wilayah Bantar gebang, Jati sampurna, dan Pondok gede.

Tabel 5. Hasil Uji Beda Rata-rata Mutu pelayanan

RSUD	Keterangan	Nilai rata-rata	T-Stat	Sig.	Keputusan
Bantar Gebang	A_Mutu	4,1737	-3,850	0,000	H01 ditolak
	H_Mutu	4,6000			
Jati sampurna	A_Mutu	4,3520	-3,875	0,000	H01 ditolak
	H_Mutu	4,6000			
Pondok Gede	A_Mutu	4,1737	-3,850	0,000	H01 ditolak
	H_Mutu	4,6000			

Perbedaan signifikan tersebut terjadi karena masih banyaknya fasilitas, saran prasarana yang belum memadai. Hal tersebut dikarenakan RSUD Kelas D di Kota Bekasi adalah rumah sakit baru yang masih butuh pengembangan lebih lanjut untuk menyesuaikan dengan kebutuhan di lingkungan sekitarnya.

Jika dilihat dari dimensi mutu pelayanannya, pengujian beda rata-rata antara actual dan harapannya untuk dimensi Keandalan ditunjukkan pada Tabel 6. Pada table 6, diketahui bahwa masing-masing wilayah untuk dimensi keandalan memiliki nilai Sig. lebih kecil dari 0,05 maka H0 ditolak yang berarti bahwa dimensi keandalan dari mutu pelayanan memiliki perbedaan actual dan harapannya. Belum maksimalnya pelayanan yang dapat diberikan dan masih kurangnya

fasilitas yang memadai di RSUD Kelas D di Kota Bekasi. Jika dilihat dari dimensi mutu pelayanannya, pengujian beda rata-rata antara actual dan harapannya untuk dimensi Ketanggapan ditunjukkan pada table 7.

Tabel 6. Hasil Uji Beda Rata-rata dari Dimensinya Kehandalan

RSUD	Keterangan	Nilai Rata-rata	T-stat	Sig.	Keputusan
Bantar Gebang	A_Keahlian	4,177	-3,744	0,001	H01a ditolak
	H_Keahlian	4,600			
Jati Sampurna	A_Keahlian	4,371	-3,625	0,001	H01a ditolak
	H_Keahlian	4,600			
Pondok Gede	A_Keahlian	4,211	-3,466	0,001	H01a ditolak
	H_Keahlian	4,600			

Tabel 7. Hasil Uji Beda Rata-rata dari Dimensinya Ketanggapan

RSUD	Keterangan	Nilai Rata-rata	T-stat	Sig.	Keputusan
Bantar Gebang	A_Ketanggapan	4,166	-3,489	0,001	H01b ditolak
	H_Ketanggapan	4,600			
Jati Sampurna	A_Ketanggapan	4,314	-3,089	0,004	H01b ditolak
	H_Ketanggapan	4,600			
Pondok Gede	A_Ketanggapan	4,274	-2,830	0,008	H01b ditolak
	H_Ketanggapan	4,600			

Pada table diatas, diketahui bahwa masing-masing wilayah untuk dimensi ketanggapan memiliki nilai Sig. lebih kecil dari 0,05 maka H0 ditolak yang berarti bahwa dimensi ketanggapan dari mutu pelayanan memiliki perbedaan actual dan harapannya. Masih kurangnya Sumber Daya Manusia dan SOP (Standar Operasional Prosedur) yang belum berjalan dengan maksimal mempengaruhi nilai actual dari kehandalan. Jika dilihat dari dimensi mutu pelayanannya, pengujian beda rata-rata antara actual dan harapannya untuk dimensi Keyakinan ditunjukkan dengan table berikut:

Tabel 8. Hasil Uji Beda Rata-rata dari Dimensinya Keyakinan

RSUD	Keterangan	Nilai Rata-rata	T-stat	Sig.	Keputusan
Bantar Gebang	A_Keyakinan	4,286	-2,537	0,016	H01c ditolak
	H_Keyakinan	4,600			
Jati Sampurna	A_Keyakinan	4,474	-1,556	0,129	H01c ditolak
	H_Keyakinan	4,600			
Pondok Gede	A_Keyakinan	4,291	-2,491	0,018	H01c ditolak
	H_Keyakinan	4,600			

Pada table 8, diketahui bahwa untuk wilayah Jatisampurna, nilai Sig. (0,129) lebih besar dari 0,05 maka H0 diterima yang berarti bahwa di wilayah Jatisampurna tidak terdapat perbedaan yang nyata antara actual dan harapannya untuk keyakinan, sedangkan untuk wilayah lainnya (Bantar gebang dan Pondok gede) masing-masing memiliki nilai Sig. lebih kecil dari 0,05 maka H0 ditolak yang berarti bahwa dimensi keyakinan dari mutu pelayanan memiliki perbedaan actual dan harapannya.

Sudah mulai adanya keyakinan dari responden terhadap mutu pelayanan di RSUD Kelas D Jatisampurna, penampilan, ketelitian, kesesuaian sangat mempengaruhi nilai keyakinan responden. Jika dilihat dari dimensi mutu pelayanannya, pengujian beda rata-rata antara actual dan harapannya untuk dimensi penampilan ditunjukkan pada table 9.

Tabel 9. Hasil Uji Beda Rata-rata dari Dimensinya Penampilan

RSUD	Keterangan	Nilai Rata-rata	T-stat	Sig.	Keputusan
Bantar Gebang	A_Penampilan	3,989	-5,028	0,000	H01d ditolak
	H_Penampilan	4,600			
Jati Sampurna	A_Penampilan	4,166	-4,347	0,000	H01d ditolak
	H_Penampilan	4,600			
Pondok Gede	A_Penampilan	3,863	-5,633	0,000	H01d ditolak
	H_Penampilan	4,600			

Pada table 9, diketahui bahwa masing-masing wilayah untuk dimensi ketanggapan memiliki nilai Sig. lebih kecil dari 0,05 maka H0 ditolak yang berarti bahwa dimensi penampilan dari mutu pelayanan memiliki perbedaan actual dan harapannya. Masih kurangnya fasilitas di ruang tunggu seperti AC, TV, majalah, Koran, ruang tunggu yang nyaman serta jauh dengan ruang poli menjadi salah satu penyebab kecilnya nilai penampilan. Jika dilihat dari dimensi mutu pelayanannya, pengujian beda rata-rata antara actual dan harapannya untuk dimensi Empati ditunjukkan pada table 10.

Tabel 10. Hasil Uji Beda Rata-rata dari Dimensinya Empati

RSUD	Keterangan	Nilai Rata-rata	T-stat	Sig.	Keputusan
Bantar Gebang	A_Empati	4,223	-2,893	0,007	H01e ditolak
	H_Empati	4,600			
Jati Sampurna	A_Empati	4,434	-2,037	0,050	H01e ditolak
	H_Empati	4,600			
Pondok Gede	A_Empati	4,229	-2,923	0,006	H01e ditolak
	H_Empati	4,600			

Pada table 10, diketahui bahwa untuk wilayah Jatisampurna, nilai Sig. (0,050) lebih besar = 0,05 maka H0 diterima yang berarti bahwa di wilayah Jatisampurna tidak terdapat perbedaan yang nyata antara actual dan harapannya untuk empati, sedangkan untuk wilayah lainnya (Bantar gebang dan Pondok gede) masing-masing memiliki nilai Sig. lebih kecil dari 0,05 maka H0 ditolak yang berarti bahwa dimensi keyakinan dari mutu pelayanan memiliki perbedaan actual dan harapannya. Kesopanan, keramahan, perhatian, penampilan, tanpa membedakan pasien dan mau mendengarkan keluhan pasien menjadi nilai lebih pada indikator empati di RSUD Kelas D Jatisampurna.

4.5. Pembahasan Hasil Penelitian

4.5.1. Perbedaan Mutu Pelayanan di 3 (Tiga) Wilayah RSUD Kelas D di Kota Bekasi

Berdasarkan hasil pengujian hipotesis diketahui bahwa untuk mutu pelayanan berbeda nyata antara actual dan harapannya. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa implementasi Permenkes No. 72 tahun 2016 masih belum sepenuhnya diimplementasikan di RSUD Kelas D Bantar Gebang, RSUD Kelas D Jatisampurna dan RSUD Kelas D Pondok Gede. Hal tersebut dikarenakan masih barunya RSUD tersebut berdiri dan untuk meningkatkan mutu pelayanan sesuai dengan harapan masih butuh proses, dimana sarana dan prasarana pendukungpun diperlukan.

4.5.2. Perbedaan Mutu Pelayanan di 3 (Tiga) Wilayah RSUD Kelas D di Kota Bekasi

Berdasarkan hasil pengujian hipotesis diketahui bahwa untuk masing-masing dimensi mutu pelayanan berbeda nyata antara actual dan harapannya, kecuali untuk dimensi keyakinan dan empati tidak memiliki perbedaan yang signifikan, atau hampir sama antara actual dan harapannya di RSUD Kelas D Jatisampurna.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa implementasi Permenkes No. 72 tahun 2016 untuk dimensi mutu masih butuh proses untuk lebih ditingkatkan lagi agar mutu pelayanan di RSUD Kelas D Bantar Gebang, Jatisampurna dan Pondok

Gede sesuai dengan harapan. Untuk RSUD Jatisampurna dimensi keyakinan dan empati sudah sesuai harapan, sehingga perlu dipertahankan untuk menjaga mutu pelayanannya. Sedangkan untuk dimensi kehandalan, ketanggapan dan menampilan agar lebih ditingkatkan agar sesuai harapan yang diinginkan.

5. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaporkan pada bab sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa implementasi Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 72 tahun 2016 di RSUD Kelas D di Kota Bekasi memiliki dampak positif terhadap pengelolaan sediaan farmasi. Keberadaan Apoteker dalam proses pengelolaan sediaan farmasi telah memberikan kontribusi yang signifikan dalam meningkatkan efisiensi dan efektivitas pengelolaan tersebut. Selain itu, peran Apoteker dalam tahapan pemilihan sediaan farmasi hingga administrasi turut mendukung peningkatan mutu pelayanan farmasi di rumah sakit tersebut.

Dalam konteks pengelolaan farmasi di RSUD Kelas D di Kota Bekasi, implementasi Permenkes No. 72 tahun 2016 juga berdampak positif terhadap perbaikan mutu pelayanan farmasi. Keterlibatan aktif Tenaga Teknis Kefarmasian dalam pengelolaan sediaan farmasi telah memperkuat aspek keyakinan dan empati dalam pelayanan. Dimensi-dimensi ini tercermin dalam harapan yang terpenuhi di RSUD Kelas D Jatisampurna, menunjukkan bahwa pengelolaan yang tepat dapat mendorong peningkatan mutu layanan farmasi secara keseluruhan di rumah sakit tersebut.

References

- Agustino, Leo. (2008). Pembangunan Daerah Dalam Era Reformasi. *Jurnal Administrasi Publik*, 5(1).
- Alhasanah, J.u., Kertahadi & Riyadi. 2014. Pengaruh Kegunaan, Kualitas Informasi dan Kualitas Interaksi Layanan Web E-commerce terhadap Keputusan Pembelian Online (Survei pada Konsumen www.getscoop.com). *Jurnal Administrasi Bisnis (JAB)*, 15 (2), 1-10.
- Ariyulinda, Nita. (2018). Urgensi pembentukan regulasi penjualan obat melalui media online. *Jurnal Legislasi Indonesia*, 15(1), 37–48.
- Assauri, Sofjan. (2003). *Customer service yang baik landasan pencapaian customer satisfaction*.
- Azrul, Azwar. (1996). Pengantar administrasi kesehatan. *Edisi Ketiga, Jakarta: Binarupa Aksara*.
- Bailey, J.E dan Sammy, W.P. 1983. Development of a tool for measuring and analyzing computer user satisfaction. *Journal of Management Science*, 29 (5).
- Barata, Atep Adya. (2003). *Dasar-dasar pelayanan prima*. Elex Media Komputindo.
- Baron, Robert A., & Bryne, D. (2004). Psikologi Sosial Jilid 1 (Terjemahan Dari Social Psychology 10th Edition). *Jakarta: Erlangga*.
- Chellapa, Ramnath K. 2003. Consumers' Trust in Electronic CommerceTransaction : The Role of Perceived Privacy and Perceived Security. Goizueta Business School.
- Chung, KH. Dan Ji. Shin. 2008. The Relation-ship among e-Retailing Attributes, e-Satisfaction and e-Loyalty. *Management Review : an International Journal* 3 (1) : 23-45
- Dunn, Rita, & Griggs, Shirley A. (2000). *Practical approaches to using learning styles in higher education*. Greenwood Publishing Group.
- Edwards III, George C. (1980). Presidential legislative skills as a source of influence in Congress. *Presidential Studies Quarterly*, 211–223.
- Effendi, S dan Tukiran. 2014. Metode Penelitian Survei. LP3ES. Jakarta.
- Elliot, S., & Fowel, S. (2000). "Expectations versus reality: A Snapshot of Consumer experiences with internet retailing". *International Journal of Information Management*, Vol 20: 323-336
- Engel, J.F., Blackwell, R.D dan Miniard, P.W. 1990. *Consumer Behavior* 6th ed. Chicago : The Dryden Press

- Fatikasari, C.D. 2018. Pengaruh Persepsi Keamanan, Persepsi Privacy, dan Brand Awareness terhadap Kepercayaan Konsumen Online dengan Kepuasan sebagai Variabel Mediasi (Studi pada pengguna media social Instagram di Yogyakarta). Jurnal Manajemen Bisnis Indonesia Edisi 2. Yogyakarta : Universitas Negeri Yogyakarta.
- Flavia'n, C. Eduardo Torres dan Miguel Guinali'u. 2004. Corporate Image Measurement a Further Problem for the Tangibilization of Internet Banking Services. Emerald Group Publishing Limited Vol. 22 No.5.
- Gauzente, C. 2004. Web merchant's privacy and security statement : How reassuring are they customers ? Twosided approach. Journal of Electronic Commerce Research Vol 5.
- Gefen, D., Karahanna, E. dan Straub. 2003. Trust and Tam in Online Shopping : An Integrated Model. MIS Quarterly Vo. 27 No. 1 March 2003.
- Gurung, Anli. Empirical Investigation of the Relationship of Privacy Security, and Trust with Behavioral Intention to Transact in E-commerce. The University of Texas at Arlingo. 2006.
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., dan Anderson, R.E. 2010. Multivariate Data Analysis, 7th ed. Pearson Prentice Hall. New Jersey.
- Hardiyanti, Maulina. 2012. Kepercayaan dan Persepsi Resiko pada Keputusan Pembelian Melalui Internet. Yogyakarta : Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga
- Hidayat, Rahmat. 2010. Cara Praktis Membangun Website Gratis : Pengertian Website. Jakarta : PT Elex Media Komputindo Kompas
- Harisno, Harisno, & Pujadi, Tri. (2009). E-Business Dan E-Commerce Sebagai Trend Taktik Baru Perusahaan. *CommIT (Communication and Information Technology) Journal*, 3(2), 66–69.
- Heidenheimer, Arnold J., & Johnston, Michael. (2011). *Political corruption: Concepts and contexts* (Vol. 1). Transaction Publishers.
- Kalakota dan Whinston. 1997. Aplikasi IT untuk UKM Menghadapi Persaingan Global (Penerjemah M. Suyanto). Artikel Kedaulatan Rakyat. Yogyakarta
- Khristianto, W. 2011. Pengaruh Kualitas Informasi, Kualitas Sistem dan Kualitas Layanan terhadap Kepuasan Pelanggan dan Loyalitas Pelanggan dalam Melakukan Online Shopping (Studi Pada Pelanggan Online Shopping di Forum Jual Beli/FJB Kaskus.us Regional Malang). Malang : Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang.
- Kinasih, Bondan Satrio, dan Albari. 2012. Pengaruh Persepsi Keamanan dan Privasi terhadap Kepuasan dan Kepercayaan Konsumen Online. Jurnal Siasat Bisnis 16.
- Kotler, Philip, Keller, Kevin Lane, & Lu, Taihong. (2009). Marketing management in China. (*No Title*).
- Lalli, Carol, & Parsons, Timothy R. (1997). *Biological oceanography: an introduction*. Elsevier.
- Lilihata, Roberth Nelson. (2011). *ANALISIS MANAJEMEN OBAT DI INSTALASI FARMASI RSUD MASOHI KABUPATEN MALUKU TENGAH*. Universitas Gadjah Mada.
- Liao, Z., & Cheung, M. T. (2001). "Internet based e-shopping and consumer attitudes: An Empirical Study". *Information Management*, 38, 299-306.
- Nazar, M.R. dan Syahrani. 2008. Pengaruh Privasi, Keamanan, Kepercayaan dan Pengalaman terhadap Niat untuk Bertransaksi secara Online. Disertasi. Yogyakarta : Universitas Gajahmada.
- Park, C.H., dan Kim, Y.G. 2003. Identifying Key Factor Affecting Consumer Purchase Behavior in an Online Shopping Context. *International Journal of Retail & Distribution Management*, Vol.31, No.1, pp.16-29.
- Pearson, McLeod dan Schell, George. 2008. E-commerce : Bussiness, Technology and Society. 4th Edition. New Jersey : PrenticeHall, Inc
- Putra, I Putu Suardita. 2010. Kontroversi Peresepan dan Dispensing Obat melalui Internet. Universitas Udayana : Fakultas MIPA.
- Raman, Arasu., & Viswanathan, A. (2011). "Web Services and e-Shopping Decisions: A Study on Malaysian e-Consumer". *IJCA Special Issue on: Wireless Information Networks & Business Information System*, hal.54-60.

- Riniyastuti, Kiki, Rimawati, Eti, Astuti, Retno, & MM, S. S. (n.d.). *FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPUASAN PASIEN DI TPPRJ RSUD RA KARTINI JEPARA TAHUN 2013*.
- Sudjatmika, F.V. 2017. Pengaruh Harga, Ulasan Produk, Kemudahan dan Keamanan terhadap Keputusan Pembelian secara Online di Tokopedia.com. *Jurnal AGORA* Vo.5 No.1 Hal. 1-8.
- Sugara, Anang, & Dewantara, Rizki Yudhi. (2017). *Analisis kepercayaan dan kepuasan terhadap penggunaan sistem transaksi jual beli online (Studi pada konsumen "Z")*. Brawijaya University.
- Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Alfabeta. Bandung.
- Thomson. 2013. *Analisis Pengaruh Kualitas Pelayanan Konsumen pada Warung Ucok Durian Iskandar Muda Medan terhadap Keputusan Pembelian*. Medan : Universitas Sumatera Utara.
- Turban, E. dan Gehrke, D. 2000. Determinants of E-Commerce Website. *Human Systems Management*, 19 : 111-120.
- Wolfenbarger, M., dan Gilly, M.C. 2003. eTailQ : Dimensionalizing, Measuring and Predicting etail Quality. *Journal of Retailing* Vol. 79.