

Evaluasi Pelayanan dan Pengelolaan OBAT, BMHP, ALKES PONED di Puskesmas Kabupaten Brebes

Evaluation of Pharmaceutical Service and Management of DRUG, DISPOSABLE Medical Supply and Medical Equipment for PONED of Brebes Regency

Doni Hendri^{1*}, Satibi², Dwi Endarti²

¹Magister Manajemen Farmasi, Universitas Gadjah Mada

²Fakultas Farmasi, Universitas Gadjah Mada

Submitted : 02-11-2017

Revised: 12-01-2018

Accepted: 14-02-2018

Korespondensi : Doni Hendri : Email: dony_hendry@yahoo.com

ABSTRAK

Peraturan Pemerintah Nomor 51 tahun 2009 dan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 74 Tahun 2016 menjadi acuan dalam menyelenggarakan pekerjaan kefarmasian di Puskesmas. Tujuan penelitian ini, 1). Mengevaluasi pelayanan dan pengelolaan, 2). Mengidentifikasi faktor pendukung, faktor penghambat pelayanan dan pengelolaan, 3) Merumuskan solusi untuk meningkatkan pelayanan, pengelolaan obat, BMHP (Bahan Medis Habis Pakai), alkes (alat kesehatan) PONED (Program Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar) di puskesmas Kabupaten Brebes. Penelitian deskriptif dengan observasi LPLPO (Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat) 22 puskesmas PONED tahun 2016, evaluasi kesesuaian dengan DOEN (Daftar Obat Esensial Nasional), Fornas (Formularium Nasional), Daftar Tilik, ketersediaan, kecukupan, persentase dan nilai rusak, kadaluarsa, rata-rata waktu kekosongan, wawancara mendalam pengelola obat, Kepala Seksi Farmasi, Kepala Bidang KIA Gizi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes untuk mengidentifikasi faktor pendukung, penghambat dan merumuskan solusi perbaikan menggunakan *Basic Priority Rating Scale* (BPRS). Hasil penelitian: 1) pelayanan, pengelolaan obat, BMHP, alkes PONED oleh Apoteker 54,55-59,09 %, TTK 27,27-31,82 %, non farmasi 13,64%, pelayanan farmasi klinik belum maksimal. Kesesuaian obat, BMHP, alkes PONED dengan DOEN, Fornas, Daftar Tilik, ketersediaan, kecukupan di puskesmas PONED dengan apoteker tinggi dari TTK dan non farmasi, belum mencukupi kebutuhan puskesmas. Persentase rata-rata waktu kekosongan obat dengan apoteker lebih rendah dari TTK dan non farmasi, 2) Permenkes Nomor 74 Tahun 2016 menjadi faktor pendukung pelayanan, pengelolaan, kurangnya apoteker, komunikasi di internal PONED menjadi faktor penghambat, 3) solusi untuk perbaikan seperti pemenuhan apoteker di puskesmas PONED, evaluasi sistem perencanaan, pengadaan di BLUD puskesmas, permintaan ke Dinkes Provinsi, pembinaan dan pelatihan rutin. Secara umum pelayanan dan pengelolaan obat, BMHP, alkes PONED di puskesmas PONED Kabupaten Brebes belum sesuai standar.

Kata Kunci: Puskesmas PONED, obat, BMHP, alkes.

ABSTRACT

Government regulations number 51 of 2009 and regulation of health minister number 74 year 2016 are the reference in conducting pharmaceutical care in PHC (Primary Health Care). The objectives of this research are: 1) Evaluate service, management, 2) Identify supporting, inhibiting factor, 3) Formulate solution to improve services, management of drug, disposable medical supply, and disposable medical equipment PONED Brebes district. Descriptive research was obtained by observation of LPLPO 22 PHC PONED 2016, evaluation of conformity with DOEN, national formulary, checklists, availability, adequacy, percentage and value damaged, expiration, out-of-stock duration, in-depth interview with head of the pharmaceutical section, head of maternal and child health, head of Brebes health office to identify supporting factors, inhibiting and formulating remedial solution Basic Priority Rating Scale (BPRS). Results of research showed that 1) service, drug management, disposable medical supply, disposable medical equipment by pharmacist was 54,55-59,09%, pharmacist technician was 27,27-31,82%, non-pharmacist was 13,64%, and clinical pharmacy services had not been fully implemented. Conformity of drug, disposable medical supply, disposable medical equipment with DOEN, Fornas, checklists, drug availability and adequacy with pharmacist were higher than pharmacy technician and non-pharmacist, in which it is not sufficient. Percentage of medication time span with low pharmacist from pharmacist technician and non-pharmacist; 2) Permenkes number 74 year 2016

became the supporting factor, of service, management, lacking of pharmacist, communication within Poned internals became the obstacle factor; and 3) solution for improvement including fulfillment of pharmacist at PHC Poned, evaluation upon planning, procurement at BLUD, requests to provincial health administrative, coaching and regular training. In general, drug services and management of drug, disposable medical supply, disposable medical equipment at PHC Poned in Brebes regency have not meet the predetermined standard.

Keywords: PHC Poned, drug, disposable medical supply, disposable medical equipment

PENDAHULUAN

Pelayanan dan pengelolaan obat, BMHP merupakan salah satu indikator mutu pelayanan kefarmasian di puskesmas. Menurut Quick dkk¹, sistem pengelolaan obat terdiri atas seleksi, pengadaan, distribusi dan penggunaan obat yang dipengaruhi oleh kualitas sumber daya manusia, fasilitas, perlengkapan, biaya/harga, administrasi dan sistem informasi. Ketersediaan obat, BMHP, alkes dalam jumlah dan jenis yang tepat akan meningkatkan akses masyarakat, mempengaruhi persepsi masyarakat tentang mutu pelayanan kesehatan². Sistem suplai pengadaan obat, BMHP, alkes berdasarkan kebutuhan fasilitas kesehatan, didukung oleh sumber daya manusia yang terlatih akan meningkatkan ketersediaannya di puskesmas³.

Perkembangan sistem kesehatan nasional di Indonesia berdampak terhadap penyediaan obat, BMHP dan alkes, salah satunya program Pelayanan Obstetri Neonatus Emergensi Dasar (Poned). Program Jaminan Kesehatan Nasional yang mulai diberlakukan pada 1 Januari 2014 berpotensi untuk meningkatkan kebutuhan obat, BMHP, alkes sehingga perlu upaya untuk menjamin ketersediaan dan kecukupan obat⁴.

Tenaga kefarmasian berperan untuk menyediakan obat, BMHP, alkes dalam rangka mendukung tuntas 144 diagnosa penyakit di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)⁵. Pelayanan kefarmasian di Puskesmas mendukung tiga fungsi pokok Puskesmas yaitu pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, pusat pelayanan kesehatan strata pertama meliputi UKP dan UKM seperti pelayanan persalinan di puskesmas⁶.

Pemerintah melalui Menteri Kesehatan mendorong semua puskesmas rawat inap untuk siap melakukan program Poned⁷. Program Poned tersebut dikenal juga dengan pengelolaan kasus *emergency obstetric* yang bertujuan untuk menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB). *Emergency obstetric* merupakan prosedur pertolongan darurat kebidanan untuk menyelamatkan nyawa ibu dan bayi di Indonesia diimplementasikan sebagai pelayanan obstetri neonatal emergensi dasar (Poned) dan pelayanan obstetri neonatal komprehensif (Ponek)⁸.

Pengelolaan kasus *emergency obstetric* dapat menurunkan resiko, mencegah kematian ibu dan bayi, komplikasi persalinan, tetapi harus didukung oleh sarana prasarana, ketersediaan obat, BMHP, alkes Poned⁶. Sampai saat sekarang, Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) menjadi indikator penting untuk menilai kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia⁷. AKI dan AKB Kabupaten Brebes pada empat tahun terakhir adalah AKI dan AKB tertinggi untuk kabupaten, kota se-Jawa Tengah⁹. Tahun 2015 pemerintah Kabupaten Brebes telah menetapkan 22 puskesmas Poned dari 38 puskesmas yang ada di Kabupaten Brebes. Ke-22 puskesmas Poned sudah dilengkapi dengan sarana dan prasarana yang memadai, tenaga pelaksana Poned (dokter, bidan terlatih), tenaga pendukung Poned (tenaga kefarmasian, perawat, analis laboratorium¹⁰). Apoteker yang belum tersedia di semua puskesmas Poned menjadi penghambat pelayanan dan pengelolaan obat, BMHP, alkes Poned di puskesmas Poned Kabupaten Brebes.

Evaluasi pelayanan dan pengelolaan mengacu kepada Permenkes No. 74 Tahun 2016 yang meliputi pengelolaan obat, BMHP,

alkes PONED dan pelayanan farmasi klinik. Indikator pengelolaan obat meliputi kesesuaian item obat yang tersedia dengan DOEN, Fornas, Daftar Tilik, ketersediaan dan kecukupan obat, persentase dan nilai obat rusak dan kadaluarsa, persentase rata-rata waktu kekosongan obat. Menurut metode Hanlon dan Pickett ¹¹: Sistem Dasar Penilaian Prioritas (*Brief Psychiatric Rating Scale*, BPRS) adalah untuk membandingkan masalah kesehatan dengan cara yang relatif, objektif membantu para pengambil keputusan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang harus diperhatikan dalam menentukan suatu prioritas.

METODE PENELITIAN

Penelitian deskriptif ini dilakukan dengan mengevaluasi pelayanan dan pengelolaan obat, BMHP, alkes PONED di 22 puskesmas PONED dari 22 puskesmas PONED yang ada di Kabupaten Brebes tahun 2016. Data kualitatif dari lembar *checklist* evaluasi, observasi, wawancara langsung, dan data kuantitatif retrospektif yang diambil dari dokumen LPLPO puskesmas PONED. Analisis data dilakukan dengan analisis deskriptif untuk menilai pelayanan dan pengelolaan obat, BMHP, alkes PONED, kesesuaian item dengan DOEN, Fornas, Daftar Tilik, tingkat ketersediaan dan tingkat kecukupan, persentase dan nilai obat, BMHP PONED rusak/kadaluarsa, persentase rata-rata waktu kekosongan obat, BMHP PONED di 22 puskesmas PONED. Analisis berikutnya dilakukan analisis deskriptif untuk wawancara kepada 13 responden (5 orang apoteker, 5 orang tenaga teknis kefarmasian, Kepala Seksi Farmasi, Kepala Bidang KIA, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes untuk mengidentifikasi faktor pendukung dan faktor penghambat dalam pelayanan dan pengelolaan obat, BMHP, alkes PONED. Selanjutnya merumuskan solusi dengan menentukan strategi perbaikan menggunakan *Basic Priority Rating Scale* (BPRS) untuk meningkatkan pelayanan dan pengelolaan obat, BMHP, alkes PONED di puskesmas PONED Kabupaten Brebes.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Analisis deskriptif karakteristik responden di 22 puskesmas PONED, tenaga kefarmasian dengan jenis kelamin perempuan 68,18%, laki-laki 31,82%, 90,91% berusia 20-40 tahun, 63,64% adalah apoteker, 22,73 Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK), 13,64% non farmasi. Mereka yang sudah bekerja 6-10 tahun ada 50%, 59,09% tenaga kefarmasian adalah PNS, 72,73% praktek 5-6 jam perhari. 54,55-59,09% pengelolaan obat, BMHP, alkes PONED dilakukan oleh apoteker, 27,27-31,82% oleh TTK, dan 13,64% oleh non farmasi. Pelayanan farmasi klinis belum maksimal dilakukan di puskesmas PONED Kabupaten Brebes, sejalan dengan penelitian Das dkk ¹², kekurangan kualitas dan kuantitas SDM menimbulkan efek negatif pada kualitas hasil pekerjaan.

Beberapa item obat dan BMHP PONED yang berada di level kosong dan kurang seperti sodium bicarbonate 4,8%, kalsium glukonas injeksi, metil dopa tablet, *blood transfusion set*, *IV catheter no. 24*, terjadi di semua puskesmas PONED. Kekosongan obat tersebut juga terjadi di Dinkes Kabupaten Brebes, karena kosong di distributor, tidak diminta oleh tenaga farmasi ke dinas kesehatan, tidak diusulkan oleh puskesmas PONED pada saat perencanaan pengadaan obat, klaim persalinan non kapitasi dari puskesmas PONED belum dimanfaatkan untuk pemenuhan kekosongan obat, BMHP sehingga menjadi faktor tidak maksimalnya pelayanan persalinan normal di puskesmas PONED kemudian mereka akan merujuk ke RS PONEK, sehingga menghilangkan kepercayaan pasien terhadap puskesmas ¹³. Hal ini menjadi salah satu penyebab kematian ibu dan bayi di puskesmas PONED dan dalam perjalanan menuju RS PONEK. Menurut Lufesi ¹⁴, distribusi obat yang tidak merata mengakibatkan kelangkaan di beberapa tempat, dan ini terjadi juga di Kabupaten Brebes.

Item obat dan BMHP PONED yang berlebih seperti magnesium sulfat 40%, oksitosin injeksi, nifedipin tablet, asam folat,

Tabel 1. Ketersediaan dan Kecukupan Obat, BMHP PONE D di Puskesmas PONE D Kabupaten Brebes Tahun 2016

Puskesmas PONE D	Obat PONE D (32 item)						BMHP PONE D (29 item)							
	Kosong	Kurang	Aman	Berlebih	Ketersediaan (bulan)	±SD Bulan	Kecukupan (%)	Kosong	Kurang	Aman	Berlebih	Ketersediaan (bulan)	±SD Bulan	Kecukupan (%)
Bulakamba*	10	1	15	6	13,32	13,58	65,63	7	3	11	8	15,07	16,32	65,52
Kluwut*	12	1	12	7	14,35	25,64	59,38	8	2	16	3	12,07	10,49	65,52
Tanjung*	10	1	15	6	13,14	13,39	65,63	9	1	12	7	15,22	18,93	65,52
Losari*	12	1	8	11	15,00	15,54	59,38	8	0	11	10	22,47	51,92	72,41
Bojongsari*	9	1	14	8	18,00	28,84	68,75	6	1	13	9	15,05	15,09	75,86
Kecipir*	11	1	10	10	15,41	18,22	62,50	8	2	16	3	12,08	11,35	65,52
Banjarharjo*	9	0	15	8	16,60	19,22	71,88	6	0	16	7	37,84	109,85	79,31
Ketanggungan*	11	0	10	11	54,49	145,61	65,63	9	0	12	8	17,19	17,94	68,97
Jatibarang*	8	2	12	10	16,21	14,10	68,75	8	1	13	7	13,83	10,53	68,97
Jatirokeh*	11	0	12	9	12,90	12,42	65,63	6	0	20	3	15,70	22,52	79,31
Paguyangan*	11	1	13	7	12,05	11,0	62,50	8	0	13	8	12,88	9,46	72,41
Larangan*	12	2	9	9	15,01	19,72	56,25	8	0	13	8	16,30	16,94	72,41
Bantarkawung*	11	3	14	4	12,36	12,92	56,25	7	1	16	5	12,08	8,05	72,41
Sitanggal*	13	2	9	8	10,72	10,18	53,13	7	2	13	7	21,94	33,92	68,97
Bandungsari*	10	2	8	12	37,09	104,81	62,50	7	2	9	11	17,07	15,41	68,97
Salem ^u	13	0	3	16	34,31	54,46	59,38	17	0	2	10	36,33	86,75	41,38
Bentar ^u	10	1	10	1	39,37	139,66	65,63	6	0	16	7	20,89	28,57	79,31
Sirampog*	13	0	10	9	12,05	11,17	59,38	10	0	9	10	14,33	12,91	65,52
Tonjong*	11	1	13	7	12,73	13,02	62,50	8	1	12	8	14,26	12,68	68,97
Siwuluh*	12	0	16	4	9,94	8,66	62,50	10	2	17	0	9,10	6,99	58,62
Cikeusal ^u	16	2	10	4	44,90	210,97	43,75	8	0	16	5	15,89	25,85	72,41
Kersana*	14	1	14	3	8,94	9,50	53,13	13	1	12	3	8,86	8,75	51,72
Modus					14,82							14,39		
Rata-rata					19,95	41,57	61,36					16,41	25,06	68,18
±SD %							6,29							8,84

Keterangan : Kategori ketersediaan obat, Kosong, jika < 1 bulan, Kurang, jika < 12 bulan, Aman jika diantara 12-18 bulan, Berlebih jika >18 bulan, SD = standar deviasi, *) = Ada Apoteker, +) = Ada Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK), u) = Tidak Ada Apoteker dan TTK

magnesium sulfat 20%, *IV catheter no. 18*, infus set dewasa. Hal ini terjadi karena realisasi pengadaan yang terlambat, obat dan BMHP baru tersedia di bulan Oktober 2016, sehingga kenyataan pemakaian hanya untuk beberapa bulan. Kondisi ini harusnya diperhatikan oleh Dinas Kesehatan untuk pemenuhan apoteker di puskesmas, dan

melakukan pelatihan pengelolaan manajemen logistik obat, BMHP PONE D.

Parasetamol tablet 500 mg, deksamethasone injeksi, metil ergometrin injeksi, *infus set pediatric* merupakan item obat dan BMHP PONE D di level aman. Persentase dan nilai obat, BMHP, alkes PONE D yang rusak dan kadaluarsa sebesar 0%, yang

Tabel 2. Daftar Obat, BMHP Poned Kosong dan Kurang di Puskesmas Poned Kabupaten Brebes Tahun 2016

Nama Obat	Jumlah Puskesmas dengan stok kosong dan kurang			Nama BMHP	Jumlah Puskesmas dengan stok kosong dan kurang		
	Apt	TTK	NF		Apt	TTK	NF
Penisilin prokain injeksi	14	5	3	<i>Blood transfusion set</i>	14	5	3
Sodium bicarbonate 4,8 %	14	5	3	<i>IV Catheter Nomor 14</i>	14	5	3
<i>Dextrose 40%</i>	14	5	3	Tes kehamilan	13	5	3
Kalsium glukonas injeksi	14	4	3	<i>IV Catheter Nomor 20</i>	13	5	3
Kloramfenikol injeksi	14	4	3	<i>Glicerin</i>	14	4	2
Methyl dopa 250 mg	13	5	3	<i>IV Catheter Nomor 16</i>	12	5	3
Ampisilin injeksi	12	4	3	<i>Wing needle 26 G</i>	11	5	3
Atropin sulfat injeksi	12	4	3	<i>Cut gut 3/0</i>	11	3	1
Vitamin A 100.000 IU	11	5	1	<i>Cut gut 2/0</i>	5	2	1
Diazepam injeksi	10	1	2	<i>IV Catheter Nomor 18</i>	3	0	0
Fenobarbital injeksi	6	4	3	<i>Folley catheter No. 16</i>	3	1	1
<i>Dipenhydramine injeksi</i>	5	2	1	<i>Folley catheter No. 18</i>	2	1	1
Gentamisin injeksi	5	3	0	<i>Masterscrub</i>	2	1	1
Adrenalin injeksi	2	2	1	<i>Mastersym</i>	2	1	1
Dexamethasone injeksi	2	1	1	Sprit disp 2.5 cc	2	0	0
Gentian violet	4	0	0	Alkohol 70 %	1	2	2
<i>Dextrose 5% 500 ml</i>	2	0	1	Plester	1	0	0
Lidocain injeksi	1	1	0	<i>Handscoon</i>	1	1	1
Magnesium sulfat 20%	1	1	0	<i>Urine bag</i>	1	1	1
Metilergometrin injeksi	1	0	1	<i>Sprit disp 1 cc</i>	0	1	1
Oksitosin injeksi	0	1	1	Infus set pediatric	0	1	1
Pirantel pamoat	0	0	2				
Asam Folat	0	1	0				
Magnesium sulfat 40%	0	1	0				
RL 500 ml	0	0	1				

Keterangan: A p t = Apoteker, T T K = Tenaga Teknis Kefarmasian, N F = Non Farmasi

mencerminkan ketepatan permintaan, baiknya sistem distribusi serta bagusny pengamatan mutu obat dalam peyimpanan. Rata-rata waktu kekosongan obat untuk puskesmas Poned yang ada apotekernya lebih singkat dari TTK dan non farmasi, sehingga perlu diusulkan penambahan apoteker di puskesmas Poned, pembinaan, pelatihan pengelolaan manajemen logistik obat, BMHP Poned dari dinas kesehatan kepada puskesmas Poned tetap dilanjutkan.

Wawancara mendalam yang dilakukan kepada tenaga kefarmasian di puskesmas Poned dan pejabat di Dinas kesehatan Kabupaten Brebes menunjukkan bahwa kurangnya jumlah apoteker, komunikasi diantara tenaga pengelola Poned, ketidakpatuhan kepada formularium puskesmas, kekosongan obat di distributor, penolakan obat secara *E-Catalog* karena obat yang dipesan tidak termasuk obat-obatan untuk fasilitas kesehatan tingkat pertama/primer, belum ada pemanfaatan

Tabel 3. Daftar Obat, BMHP Poned Berlebih di Puskesmas Poned Kabupaten Brebes Tahu 2016

Nama Obat	Jumlah Puskesmas dengan stok berlebih			Nama BMHP	Jumlah Puskesmas dengan stok berlebih		
	Apt	TTK	NF		Apt	TTK	NF
Pirantel pamoat	10	3	1	Aqua bidest	10	2	2
Magnesium sulfat 40%	10	1	2	<i>Sput disp 1 cc</i>	8	2	1
Oksitosin injeksi	9	2	2	<i>IV Catheter Nomor 18</i>	7	3	2
<i>Dextrose 5% 500ml</i>	8	5	2	Infus set dewasa	7	2	1
Nifedipin tablet	8	2	2	<i>Folley catheter No. 18</i>	6	3	0
Dextrose 5% 500ml	8	5	2	<i>Urine bag</i>	5	3	0
Magnesium sulfat 20%	7	1	2	Kapas	5	1	1
Asam folat	7	3	1	<i>Folley catheter No. 16</i>	5	1	0
Adrenalin injeksi	7	1	2	Kasa steril	4	1	1
Gentamisin injeksi	5	1	1	<i>Infus set pediatric</i>	4	2	2
Fenobarbital injeksi	5	1	0	Plester	3	1	1
RL 500 ml	5	1	1	<i>Handscoon</i>	2	1	1
Tablet tambah darah	5	1	1	<i>Mastersym</i>	2	0	0
NaCl 500 ml	4	2	2	<i>IV Catheter Nomor 24</i>	2	1	1
Kalsium laktat	3	1	1	<i>Wing needle 26 G</i>	2	2	0
Metilergometrin injeksi	3	1	3	<i>Handscoon</i>	2	1	1
Lidocain injeksi	3	3	1	<i>Mastersym</i>	2	0	0
<i>Diphenhydramine injeksi</i>	3	2	1	<i>Sput disp 2.5 cc</i>	2	0	1
Parasetamol syr 125mg	1	1	1	<i>IV Catheter Nomor 16</i>	2	0	0
Atropin sulfat injeksi	1	1	1	<i>Masterscrub</i>	2	0	0
Methyl dopa 250 mg	1	1	0	Kasa pembalut	1	2	2
Vitamin A 100.000 IU	1	0	0	Alkohol 70 %	1	0	0
Diazepam injeksi	0	1	1	<i>IV Catheter Nomor 20</i>	1	0	0
Dexamethasone injeksi	0	0	1	<i>Cut gut 2/0</i>	1	2	0
Kalsium glukonas inj	0	1	0	<i>Cut gut 3/0</i>	0	2	1
Kloramfenikol injeksi	0	1	0				
Pasetamol 500mg	0	0	1				

Keterangan: A p t = Apoteker, T T K = Tenaga Teknis Kefarmasian, N F = Non Farmasi

klaim persalinan non kapitasi dari puskesmas Poned untuk pemenuhan kekurangan obat, BMHP Poned sehingga hal ini menjadi faktor penghambat dalam pelayanan dan pengelolaan obat, BMHP, alkes Poned. Akreditasi puskesmas Poned di Kabupaten Brebes yang mengacu kepada Permenkes Nomor 46 Tahun 2016, sudah diterapkan sejak tahun 2017, serta pemenuhan rasio 1 apoteker untuk 50 pasien perhari di puskesmas menurut Permenkes Nomor 74 Tahun 2016 menjadi faktor pendukung untuk

meningkatkan pelayanan dan pengelolaan obat, BMHP, alkes Poned.

Rumusan solusi dan upaya perbaikan yang dapat dilakukan seperti mengusulkan penambahan apoteker di puskesmas Poned, evaluasi sistem perencanaan, pengadaan obat, BMHP, alkes Poned dengan lebih selektif, tepat dan terencana, melakukan permintaan *buffer stock* obat, BMHP Poned ke Dinkes Provinsi Jawa Tengah, menganggarkan belanja obat, BMHP, alkes Poned ke manajemen BLUD Puskesmas

Tabel 4. Daftar Obat, BMHP PONE D Aman di Puskesmas PONE D Kabupaten Brebes Tahun 2016

Nama Obat	Jumlah Puskesmas dengan stok aman			Nama BMHP	Jumlah Puskesmas dengan stok aman		
	Apt	TTK	NF		Apt	TTK	NF
Parasetamol 500 mg	14	5	2	Iodine povidone	11	5	2
Parasetamol syr 125mg	13	4	2	<i>IV Catheter Nomor 24</i>	12	4	2
Dexamethasone injeksi	14	2	1	Alkohol 70 %	13	3	1
Kalsium laktat	12	3	0	Kasa pembalut	13	3	1
Metilergometrin injeksi	11	2	0	<i>Handscoon</i>	11	3	1
Tablet Tambah Darah	10	3	2	<i>Infus set pediatric</i>	11	2	1
NaCl 500 ml	10	2	2	<i>Sput disp 2.5 cc</i>	10	5	2
RL 500 ml	10	3	1	Kasa steril	10	4	2
Lidocain injeksi	9	3	2	<i>Masterscrub</i>	10	4	2
Nifedipin tablet	8	1	1	<i>Mastersym</i>	10	4	2
Asam folat	7	1	2	Plester	10	4	2
Gentian Violet	7	3	1	Kapas	9	4	2
<i>Dipenhydramine</i> injeksi	7	2	0	<i>IV Catheter Nomor 22</i>	9	2	2
Adrenalin injeksi	6	3	0	<i>Cut gut 2/0</i>	9	1	2
Magnesium sulfat 20%	6	3	1	Infus set dewasa	8	3	1
Oksitosin injeksi	5	2	0	<i>Urine bag</i>	8	1	2
Diazepam injeksi	5	2	0	<i>Folley catheter No. 16</i>	7	2	2
Gentamisin injeksi	4	1	2	<i>Folley catheter No. 18</i>	6	1	2
Magnesium sulfat 40%	4	3	1	<i>Sput disp 1 cc</i>	6	2	1
Pirantel pamoat	4	2	1	Aqua bidest	4	3	1
<i>Dextrose 5% 500 ml</i>	4	0	0	<i>IV Catheter Nomor 18</i>	4	2	1
Fenobarbital injeksi	3	0	0	<i>Cut gut 3/0</i>	3	0	1
Vitamin A 100.000 IU	2	0	2	<i>Wing needle 26 G</i>	1	0	0
Vitamin A 200.000 IU	2	0	0	<i>Glicerin</i>	0	1	1
Ampisilin injeksi	1	1	1				
Atropin sulfat injeksi	1	0	0				
<i>Dextrose 40%</i>	1	0	0				

Keterangan: A p t = Apoteker, T T K = Tenaga Teknis Kefarmasian, N F = Non Farmasi

PONE D dan melakukan pelatihan secara rutin dan berkesinambungan terkait manajemen pengelolaan obat sehingga meningkatkan kepercayaan pasien terhadap puskesmas¹⁴.

KESIMPULAN

Pelayanan dan pengelolaan obat, BMHP, alkes PONE D di puskesmas PONE D Kabupaten Brebes dilakukan oleh apoteker 54,55-59,09%, tenaga teknis kefarmasian 27,27-31,82% dan 13,64% oleh tenaga non farmasi, pelayanan farmasi klinik belum maksimal. Kesesuaian obat, BMHP PONE D

dengan DOEN, Fornas, Daftar Tilik belum memenuhi standar (<75%), ketersediaan obat PONE D aman dengan apoteker, berlebih dengan TTK dan non farmasi, ketersediaan BMHP PONE D aman dengan apoteker dan TTK, berlebih dengan non farmasi, tetapi belum mencukupi standar (<90%). Persentase nilai obat, BMHP yang rusak dan kadaluarsa sudah memenuhi standar (0%), persentase rata-rata waktu kekosongan obat belum memenuhi standar (>10 hari atau >2,7%). Permenkes Nomor 46 Tahun 2016, tentang Akreditasi Puskesmas, dan pemenuhan rasio 1 apoteker untuk 50 pasien perhari di

Tabel 5. Hasil Analisis Penentuan Skala Prioritas Penanganan Masalah untuk Pelayanan dan Pengelolaan Obat, BMHP PONED di Puskesmas PONED Kabupaten Brebes Tahun 2016

Pekerjaan Kefarmasian	Daftar Masalah	Kriteria dan Bobot Maksimum				BPRS	Prioritas Masalah
		A	B	C	D		
Tenaga pelaksana	C3	10	18	8	1	74,67	1
Seleksi dan perencanaan	A4	10	19	7	1	67,67	2
Distribusi dan penyimpanan	B5	9	18	7	1	63,00	3
Pelayanan farmasi klinis	D3	9	14	8	1	61,33	4
Tenaga pelaksana	C2	9	16	7	1	58,33	5
Seleksi dan perencanaan	A3	9	18	6	1	54,00	6
Seleksi dan perencanaan	A2	7	14	6	1	42,00	7
Pelayanan farmasi klinis	D2	8	9	7	1	39,67	8
Distribusi dan penyimpanan	B3	7	12	5	1	31,67	9
Distribusi dan penyimpanan	B4	5	14	5	1	31,67	10
Seleksi dan perencanaan	A1	6	12	5	1	30,00	11
Distribusi dan penyimpanan	B1	6	10	5	1	26,67	12
Distribusi dan penyimpanan	B2	4	12	5	1	26,67	13
Tenaga pelaksana	C1	5	8	4	1	17,33	14
Pelayanan farmasi klinis	D1	7	2	4	1	12,00	15

Keterangan: A = Besar Masalah, B = Keseriusan Masalah, C = Keefektifan Solusi, D = PEARL

puskesmas menurut Permenkes Nomor 74 Tahun 2016 menjadi faktor pendukung meningkatkan pelayanan dan pengelolaan, kurangnya apoteker dan komunikasi diantara tenaga pengelola PONED, ketidakpatuhan kepada formularium puskesmas, kekosongan obat dari dinas kesehatan, kekosongan obat di distributor menjadi penghambat meningkatkan pelayanan dan pengelolaan. Solusi manajerial pengelolaan obat, BMHP alkes di puskesmas PONED *Basic Priority Rating Scale* (BPRS) perlu dilakukan langkah-langkah mengusulkan penambahan apoteker, evaluasi sistem perencanaan, pengadaan obat, BMHP, alkes PONED dengan lebih selektif, tepat dan terencana, permintaan *buffer* stok obat, BMHP PONED ke Dinkes Provinsi Jawa Tengah dan menganggarkan belanja obat, BMHP PONED ke manajemen BLUD Puskesmas PONED, meningkatkan komunikasi yang efektif antara tenaga pengelola PONED.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih penulis sampaikan kepada Tuhan Yang Maha Esa, kedua orang

tua, Badan PPSDM Kemenkes RI, Pemda, Dinkes, Puskesmas PONED Kabupaten Brebes, Bapak Ibu dosen pembimbing dan penguji atas izin, bantuan dan masukan yang sudah diberikan kepada penulis untuk kesempurnaan penulisan tesis.

DAFTAR PUSTAKA

1. Quick, J., Rankin, J., R. O. MDS-3: Managing Access to Medicines and Health Technologies. *Manag Sci Heal.* 2012:Chapter 9. doi:10.1016/j.trstmh.2011.09.008.
2. Bruno, O., Nyanchoka, O.A., Ondieki, M.C., Nyabayo MJ. Availability of Essential Medicines and Supplies during the Dual Pull-Push System of Drugs Acquisition in Kaliro District, Uganda. *J. Pharm. Care Health Syst.* s2. doi:10.4172/2376-0419.S2-006.
3. Tumwine, Y., Kutwabami, P., Odoi, R.A., Kalyango JN. Availability and Expiry of Essential Medicine and Supplies During the "Pull" and "Push" Drug Acquisition System in a Rural Ugandan Hospital. *Trop J Pharm*

- Research*. 2010;9(6):557-564.
4. Kemenkes RI. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.HK.02.02/MENKES/52/2015, Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. 2015.
 5. BPJS Kesehatan. *Peraturan BPJS Nomor 1 Tahun 2014*. VisiMedia; 2014.
 6. Depkes RI. *Pedoman Pengembangan Pelayanan Obstetric Neonatal Dan Emergensi Dasar (PONED)*.; 2004.
 7. Kemenkes RI. *Pedoman Penyelenggaraan Puskesmas Mampu PONED*. *Kementeri Kesehat RI*. 2013
 8. Dogba, M., Fournier P. Human resources and the quality of emergency obstetric care in developing countries: a systematic review of the literature. *Hum Resour Health*. 2009;7:7. doi:10.1186/1478-4491-7-7.
 9. Dinkes Prov. Jawa Tengah. *Buku Saku Kesehatan*. 2017
 10. Dinkes Kab. Brebes. *Profil Dinas Kesehatan kabupaten Brebes Tahun 2016*.
 11. Hanlon, G., Pickett J. Prioritizing Health Problems. In: *The Future of Public Health*. National Academies Press, Washington; 1988. <http://www.naccho.org/topics/infrastructure/accreditation/upload/Prioritization-Summaries-and-Examples.pdf>.
 12. Das, S., Manna, N., Datta, M., Sengupta, D., Samsuzzaman, M., Baur, B. et al. A study to calculate the nursing staff requirement for the Maternity Ward of Medical College Hospital , Kolkata Applying WISN method. *J Dent Med Sci*. 2013;8(3):1-7.
 13. Wagenaar, B.H., Gimbel, S., Hoek, R., Pfeiffer, J., Michel, C., Manuel, J. D. Stock-outs of essential health products in Mozambique - longitudinal analyses from 2011 to 2013. *Trop Med Int Health*. 2014;19(7):791-801. doi:10.1111/tmi.12314.
 14. Lufesi, N.N., Andrew, M., Aursnes I. Deficient supplies of drugs for life threatening diseases in an African community. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:1-7. doi:10.1186/1472-6963-7-86.

Evaluasi Kinerja Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan Balai Pengawas Obat dan Makanan di Jambi

Performance Evaluation Learning and Growth Perspective Balai Pengawas Obat dan Makanan Jambi

Rahmat Hidayat¹, Marchaban¹, Sumarni²

¹).Magister Manajemen Farmasi, Fakultas Farmasi, Universitas Gadjah Mada

²). Departemen Ilmu Kedokteran Jiwa, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada

Submitted : 11-03-2017

Revised : 12-01-2018

Accepted: 15-02-2018

Korespondensi : Rahmat Hidayat; Email: rahmat05.hidayat@gmail.com

ABSTRAK

Balai POM di Jambi dituntut bertindak profesional dan terus meningkatkan kinerja dari organisasinya dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Perspektif pembelajaran dan pertumbuhan berfungsi sebagai pengendali untuk mencapai keunggulan *outcome* pada ketiga perspektif *Balanced Scorecard* yang lain. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi perspektif pembelajaran dan pertumbuhan pada Balai POM di Jambi dan mengetahui faktor pendukung dan penghambat pada perspektif pembelajaran dan pertumbuhan. Penelitian dilakukan dengan metode deskriptif menggunakan data kualitatif dan kuantitatif, yang diperoleh dari data sekunder yang ada pada Balai POM di Jambi tahun 2015 dan 2016, kuesioner dan wawancara. Analisis yang digunakan adalah analisis deskriptif secara kualitatif dan kuantitatif dengan membandingkan target dan realisasi kinerja kemudian disesuaikan dengan standar, selanjutnya dilakukan wawancara untuk mengetahui faktor pendukung dan penghambat pencapaian kinerja. Hasil penelitian diperoleh kinerja perspektif pembelajaran dan pertumbuhan untuk *human capital* menunjukkan hasil baik, *organizational capital* menunjukkan hasil sedang, *informational capital* menunjukkan hasil sedang. Faktor pendukung perspektif pembelajaran dan pertumbuhan pada Balai POM di Jambi yaitu anggaran dana, kompetensi pegawai, *organizational capital*, penerapan QMS, penggunaan sistem informasi manajemen, perencanaan dan evaluasi, peraturan, *reward* dan *punishment*, sedangkan faktor penghambat yaitu keterbatasan jumlah SDM dan sarana prasarana. Secara umum kinerja perspektif pembelajaran dan pertumbuhan perlu ditingkatkan dengan peningkatan peran pimpinan dan pemenuhan sarana dan prasarana pada Balai POM di Jambi.

Kata Kunci: Evaluasi Kinerja, *Balanced Scorecard*, Balai POM, Jambi

ABSTRACT

Balai POM of Jambi is obliged to act professional and improve the organization's performance in order to serve the society. Learning and growth perspective is set to get outcome advantage for other third perspective Balanced Scorecard. The purpose of this research was to evaluate learning and growth perspective in Balai POM Jambi, while also determining facilitating and obstructing factors in this perspective. The research was conducted in descriptive method with qualitative and quantitative data gathered from secondary data provided by Balai POM Jambi in 2015 to 2016. Data was gathered using questionnaire and interview. Qualitative and quantitative descriptive analysis were performed by comparing target performance with real achieved performance for each indicators then referring to the standard. Interviews was conducted to determine facilitating and obstructing factors in achieving the best performance. The result of this study in performance learning and growth perspective for human capital result is good; organizational capital results is moderate; informational capital results is moderate. Facilitating factors learning and growth perspective of Balai POM Jambi were budget plan, competency staff, organizational capital, implementation management information system, implementation QMS, guidance, reward and punishment. Obstructing factors were limitation in human resources and facilities. In general term, performance learning and growth perspective need to be improved, by improving leadership and facilities in Balai POM Jambi.

Keywords : Performance evaluation, *Balanced Scorecard*, Balai POM, Jambi.

PENDAHULUAN

Tingginya harapan *stakeholder* dan masyarakat untuk memperoleh jaminan obat dan makanan aman, berkhasiat dan bermutu mengakibatkan pemerintah harus melakukan upaya peningkatan dan evaluasi kinerja secara terus menerus. Salah satu lembaga yang berperan strategis dalam upaya peningkatan kualitas hidup masyarakat terutama dalam keamanan obat dan makanan adalah Badan POM RI. Salah satu Unit Pelaksana Teknis (UPT) Badan POM RI yang berada di Provinsi Jambi adalah Balai POM di Jambi¹. Dalam pencapaian visi dan misi diharapkan organisasi yang akuntabel, kompetitif, dan berfokus pada kinerja. Evaluasi dan pengukuran kinerja sangat diperlukan dalam upaya peningkatan kinerja, manfaat dilakukan evaluasi kinerja adalah agar organisasi mengetahui pencapaian target dan kendala yang dijumpai dalam rangka pencapaian misi yang telah direncanakan untuk meningkatkan kinerjanya pada masa yang akan datang².

Ketersediaan sumber daya yang terbatas jumlahnya, menyebabkan Balai POM di Jambi harus mengoptimalkan pengelolaan sumber daya yang ada agar dapat mendukung terwujudnya sasaran program yang telah ditetapkan, sehingga dibutuhkan metode dalam evaluasi kinerja yang bersifat komprehensif yang tidak hanya mengukur dalam pencapaian target kerja dan keuangan tetapi juga dengan mengevaluasi pembelajaran dan pertumbuhan organisasi terutama *intangible asset* yang dimiliki oleh Balai POM di Jambi, dimana pendekatan metode *Balanced Scorecard* dapat digunakan untuk menjawab permasalahan tersebut.

Balanced Scorecard melengkapi manajemen dengan kerangka kerja, translasi visi dan misi kedalam sistem pengukuran kinerja. Jika visi dan strategi dapat dinyatakan dalam bentuk tujuan strategis, ukuran-ukuran dan target yang jelas, kemudian dilakukan komunikasi kepada setiap anggota organisasi, diharapkan setiap anggota organisasi dapat mengerti dan mengimplementasikan visi dan strategi

organisasi³. Salah satu perspektif yang penting dilakukan penilaian pada *Balanced Scorecard* adalah perspektif pembelajaran dan pertumbuhan, dimana tujuan pada perspektif ini adalah sebagai pengendali untuk mencapai keunggulan *outcome* pada ketiga perspektif *Balanced Scorecard* yaitu perspektif keuangan, pelanggan, dan proses bisnis internal⁴. Balai POM di Jambi sebagai salah satu organisasi publik diukur keberhasilannya melalui efektifitas dan efisiensi dalam memberikan pelayanan dan memenuhi keinginan dari masyarakat, dengan mengukur kinerja pada Balai POM di Jambi dapat meningkatkan pertanggungjawaban dan memperbaiki proses pengambilan keputusan serta membantu dalam pencapaian tujuan organisasi. Implementasi *Balanced Scorecard* dapat memperjelas strategi organisasi, meningkatkan bagaimana organisasi ini bekerja, dan untuk mengembangkan peran baru sebagai *controller*, serta meningkatkan inovasi dari organisasi publik⁵. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi perspektif pembelajaran dan pertumbuhan pada Balai POM di Jambi, dan mengetahui faktor pendukung dan penghambat pada perspektif pembelajaran dan pertumbuhan.

METODE PENELITIAN

Penelitian termasuk jenis penelitian deskriptif dimana digunakan untuk menggambarkan atau menganalisis suatu hasil penelitian tetapi tidak digunakan untuk membuat kesimpulan yang lebih luas⁶. Data yang diperoleh berupa data kualitatif dan kuantitatif. Data kualitatif diperoleh dari instrumen berupa kuesioner yang diisi langsung oleh responden dan wawancara, sementara data kuantitatif diperoleh melalui hasil rekapitulasi kegiatan Balai POM di Jambi tahun 2015 dan 2016 dan laporan dari subbag Tata Usaha pada Balai POM di Jambi.

Pengambilan data menggunakan instrument kuesioner, lembar kerja, dan pedoman wawancara. Kuesioner berisi beberapa pernyataan dan terdapat pilihan jawaban yang menggunakan skala *likert* dalam rentang 1-4.

Terdapat 4 jenis kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini yaitu kuesioner kepuasan kerja, *human capital*, *organizational capital* dan *informational capital*. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan untuk semua kuesioner. Pengujian validitas menggunakan teknik *construct validity*, sedangkan uji reliabilitas menggunakan teknik *Cronbach's Alpha*. Lembar kerja digunakan untuk mencatat data-data yang diambil dan mempermudah pengolahan data. Pedoman wawancara digunakan pada saat melakukan wawancara dengan struktural yang ada pada Balai POM di Jambi. Variabel yang diukur pada penelitian ini adalah perspektif pembelajaran dan pertumbuhan yang terdiri dari 3 aspek yaitu *human capital* yang terdiri dari pencapaian Sasaran Kinerja Pegawai (SKP), proporsi pelatihan pegawai, kepuasan kerja pegawai, *knowledge, skill, talent; organizational capital* yang terdiri dari: kerja sama, budaya organisasi, kepemimpinan, keselarasan, motivasi kerja; *informational capital* yang terdiri dari kualitas sistem, kualitas informasi, kualitas layanan, penggunaan dan kepuasan pengguna, manfaat penggunaan sistem. Pengukuran hasil kuesioner dengan menghitung nilai rata-rata pada setiap indikator, pada data sekunder dilakukan dengan membandingkan antara target dan realisasi kinerja selanjutnya disesuaikan dengan standar, hasil wawancara dilakukan pengolahan dengan analisis kualitatif tematik. Responden yang digunakan pada penelitian ini adalah seluruh pegawai Balai POM di Jambi yang berjumlah 68 orang, dimana honorer ataupun tenaga kontrak tidak masuk dalam sampel penelitian ini, sedangkan wawancara dilakukan kepada pejabat struktural Balai POM di Jambi sebanyak 7 orang. Sampel untuk indikator proporsi pelatihan dan pencapaian sasaran kinerja pegawai berupa data laporan tahun 2015 dan 2016 yang ada pada Subbag Tata Usaha Balai POM di Jambi. Adapun standar penilaian untuk hasil kuesioner (Tabel I), sedangkan untuk standar penilaian capaian SKP dan proporsi pelatihan (Tabel II).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengukuran Indikator Kinerja Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan

Secara keseluruhan dari 68 orang pegawai Balai POM di Jambi terdapat 60 orang yang mengembalikan kuesioner yang diberikan. Berikut hasil kinerja perspektif pembelajaran dan pertumbuhan meliputi aspek *human capital*, *organizational capital*, dan *informational capital* (Tabel III dan IV).

Human Capital

Proporsi Pelatihan Pegawai

Penilaian pada indikator proporsi pelatihan pegawai pada Balai POM di Jambi tahun 2015 dan 2016 masuk dalam kategori baik. Hasil ini lebih tinggi jika dibandingkan dengan hasil yang diperoleh pada pengukuran proporsi pelatihan pada IFK dinas kesehatan Kabupaten Enrekang yang dilakukan oleh Indawan (2015) yang memperoleh nilai 55,67%. Hal ini menunjukkan bahwa Balai POM di Jambi telah memprioritaskan pelaksanaan pelatihan dalam upaya peningkatan kompetensi pegawai. Pelatihan sangat diperlukan untuk menjaga kompetensi pegawai, keahlian pegawai dapat menjadi usang dan menurun kualitasnya serta ada keahlian baru yang perlu untuk dipelajari⁹.

Capaian SKP

Pada tabel 3 menunjukkan hasil penilaian Indikator capaian SKP masuk kategori baik dimana hal ini menunjukkan kemampuan setiap pegawai dalam mencapai target. Penerapan pengelolaan kinerja personel yang efektif harus memastikan bahwa personel melakukan *alignment* berkelanjutan dari tujuan organisasi dan sistem *reward* didesain berdasarkan pengukuran kinerja pegawai¹⁰.

Kepuasan Kerja Pegawai

Pengukuran kepuasan kerja pegawai masuk kategori penilaian sedang, dimana dilakukan penilaian pada 9 aspek dimana pegawai Balai POM di Jambi sudah puas terhadap aspek rekan kerja dan pekerjaan itu sendiri, sedangkan untuk aspek

Tabel I. Range Standar Penilaian Kuesioner⁷

Range Skor	Tingkat Kepuasan Kerja
$1,00 \leq x \leq 1,60$	Sangat Rendah
$1,61 \leq x \leq 2,20$	Rendah
$2,21 \leq x \leq 2,80$	Sedang
$2,81 \leq x \leq 3,40$	Tinggi
$3,41 \leq x \leq 4,00$	Sangat Tinggi

Tabel II. Range Penilaian Kinerja Pegawai Balai POM di Jambi⁸

Persentase Capaian	Makna Kinerja
91- ke atas	Sangat Baik
76-90	Baik
61-75	Cukup
51-60	Kurang
50-ke bawah	Buruk

penghargaan, promosi, supervisi, gaji, tunjangan tambahan, prosedur atau peraturan dan komunikasi pegawai Balai POM di Jambi belum merasa cukup puas. Hasil kepuasan kerja pegawai Balai POM di Jambi lebih rendah jika dibandingkan dengan kepuasan kinerja pada pegawai IFK pada Dinas Kesehatan Kabupaten Enrekang yang dilakukan oleh Indawan yang memperoleh nilai 2,73⁷. sehingga sangat diperlukan upaya untuk meningkatkan nilai kepuasan kerja pada Balai POM di Jambi dengan cara menuntut peran aktif dari atasan untuk melakukan supervisi kepada bawahan terhadap pekerjaan yang dilaksanakannya dan berupaya meningkatkan komunikasi yang efektif didalam organisasi, dimana gaya kepemimpinan berpengaruh signifikan terhadap kepuasan kerja pegawai¹¹. Peningkatan nilai kepuasan kerja pegawai akan dapat meningkatkan kinerja untuk organisasi secara keseluruhan⁹.

Skill, Knowledge dan Talent pegawai

Berdasarkan Tabel 4 nilai rata-rata dari indikator *skill*, *knowledge* dan *talent* masuk dalam kategori penilaian tinggi, hal ini menunjukkan tugas yang dibebankan kepada pegawai sesuai dengan *skill* dan *knowledge* yang dimiliki, yang ditunjang

dengan pelaksanaan pelatihan teknis dan magang ke Badan POM RI, serta pengembangan *talent* pegawai Balai POM di Jambi. Hasil pengukuran indikator ini sedikit lebih tinggi jika dibandingkan dengan penelitian pada pegawai IFK pada dinas Kesehatan Enrekang yang dilakukan oleh Indawan yang memperoleh nilai rata-rata 2,83⁷. Menurut Luthans kegiatan yang dapat menyamakan keanekaragaman skill pegawai yaitu *recruitment*, *training* dan *mentoring* atau magang¹². Untuk menjaga kesinambungan sumber daya manusia yang dimiliki, harus ada kaderisasi yang terprogram, pembinaan karier bagi sumber daya manusia, meningkatkan kapasitas pegawai dari mulai siklus rekrutmen sampai dengan pengembangan profesionalitas sumber daya manusia secara berkesinambungan¹³.

Organizational Capital

Pengukuran *organizational capital* dilakukan pada 5 indikator yaitu kerja sama, budaya organisasi, kepemimpinan, keselarasan organisasi dan motivasi kerja memperoleh penilaian kategori sedang. Perlu upaya peningkatan yang dilakukan organisasi pada budaya organisasi, kepemimpinan dan motivasi kerja. Pada pengukuran budaya organisasi menunjukkan

Tabel III. Hasil Evaluasi Proporsi Pelatihan dan pencapaian SKP pada Balai POM di Jambi Tahun 2015 dan 2016

Indikator Kinerja	2015		2016	
	Capaian	Nilai	Capaian	Nilai
<i>Human Capital:</i>				
1 Proporsi pelatihan pegawai;	84,51%	Baik	79,71%	Baik
2 Pencapaian (SKP);	88,10%	Baik	88,00%	Baik

Tabel IV. Hasil Kuesioner perspektif pertumbuhan dan pembelajaran pada Balai POM di Jambi Tahun 2017

No	Indikator	Mean	Nilai
<i>Human Capital:</i>			
1	Kepuasan kerja pegawai;	2,65	Sedang
2	<i>Skill</i> ;	2,91	Tinggi
3	<i>Knowledge</i> ;	2,87	Tinggi
4	<i>Talent</i> .	2,85	Tinggi
	<i>Rata-rata kuesioner Human Capital</i>	2,88	Tinggi
<i>Organization capital:</i>			
1	Kerja sama;	2,85	Tinggi
2	Budaya organisasi;	2,64	Sedang
3	Kepemimpinan;	2,53	Sedang
4	Keselarasn organisasi;	2,99	Tinggi
5	Motivasi kerja	2,43	Sedang
	<i>Rata-rata Kuesioner Organizational Capital</i>	2,71	Sedang
<i>Informational capital:</i>			
1	Kualitas sistem;	2,69	Sedang
2	Kualitas informasi;	2,86	Tinggi
3	Kualitas Layanan	2,77	Sedang
4	Penggunaan sistem dan kepuasan pengguna;	2,74	Sedang
5	Manfaat informasi.	2,81	Tinggi
	<i>Rata-rata Kuesioner Informational Capital</i>	2,77	Sedang

*Ket: hasil kuesioner yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya, capaiannya berupa rata-rata dari hasil kuesioner.

nilai 2,64 hal ini disebabkan belum maksimalnya pegawai Balai POM di Jambi dalam menciptakan ide-ide inovatif untuk kemajuan organisasi. Pengukuran kepemimpinan pada Balai POM di Jambi menunjukkan nilai 2,53 sehingga sangat diperlukan peningkatan upaya pimpinan dari Balai POM di Jambi terutama dalam menciptakan lingkungan kerja yang baik, dan melakukan evaluasi rutin terhadap pekerjaan staffnya. Motivasi kerja yang diterima oleh

pegawai dari organisasi menunjukkan nilai 2,43 dimana sangat diperlukan peran pimpinan dan organisasi dalam peningkatan motivasi kerja yaitu dengan pemberian apresiasi secara langsung pada kinerja pegawai. Penilaian kerja sama dan keselarasn organisasi masuk kategori tinggi, hal ini menunjukkan kerja sama sudah menjadi prioritas pada Balai POM di Jambi, dan tujuan organisasi telah dipahami dengan baik oleh setiap pegawai. Secara keseluruhan

organizational capital pada Balai POM di Jambi lebih rendah jika dibandingkan dengan pengukuran yang dilakukan oleh Indawan pada IFK Enrekang yaitu mencapai 2,82⁷. *Organizational capital* secara keseluruhan dapat memberikan pengaruh signifikan kepada proses bisnis internal dalam suatu organisasi¹⁴.

Informational Capital

Pengukuran *informational capital* dilakukan dengan mengukur seberapa baiknya penggunaan aplikasi pada Balai POM di Jambi. Secara keseluruhan hasil penilaian masuk kategori sedang dimana indikator kualitas sistem, kualitas pelayanan, penggunaan sistem dan kepuasan pengguna masuk kategori penilaian sedang, hal ini dipengaruhi oleh aplikasi yang digunakan masih sering terjadi gangguan yang disebabkan karena pengaruh jaringan internet dan *maintenance system*, tetapi pegawai masih terkendala dalam hal ketepatan waktu penyediaan informasi dimana dibutuhkan waktu yang lama untuk memperoleh informasi dari aplikasi, dan informasi yang dihasilkan masih bias yang menyebabkan hasil tidak akurat. Hasil lebih tinggi jika dibandingkan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yustisia dimana pengukuran *informational capital* pada RSUD Kota Semarang mencapai 2,52¹⁵. Menurut Yustisia, dkk kualitas sistem, kualitas informasi dan kualitas layanan berpengaruh positif terhadap penggunaan sistem dan kepuasan pengguna, sehingga upaya perbaikan kualitas sistem dan kualitas layanan akan berdampak terhadap penggunaan sistem dan kepuasan pengguna¹⁵.

Indikator kualitas informasi dan manfaat penggunaan sistem memperoleh penilaian tinggi dari responden hal ini disebabkan pegawai merasakan keterkaitan informasi yang dihasilkan dengan pekerjaan pegawai, bentuk format informasi yang mudah dipahami, dan aplikasi mudah untuk digunakan serta aplikasi efektif membantu pegawai dalam penyelesaian pekerjaan. Perlu

terus dilakukan upaya peningkatan penggunaan sistem dan kepuasan pengguna dikarenakan berpengaruh signifikan terhadap manfaat penggunaan sistem¹⁵.

Faktor pendukung dan penghambat perspektif pembelajaran dan pertumbuhan

Berdasarkan hasil analisis kualitatif tematik maka diperoleh faktor pendukung dan penghambat perspektif pembelajaran dan pertumbuhan pada Balai POM di Jambi, yaitu sebagai berikut: Anggaran dana, dimana pada instansi pemerintah sangat mempengaruhi terutama untuk membiayai kegiatan pelatihan pegawai Balai POM di Jambi. Kompetensi pegawai, berdasarkan wawancara dengan Kasubbag Tata Usaha upaya untuk meningkatkan human capital pegawai yaitu peningkatan kompetensi dengan cara:

“Pelatihan, Bimtek, peningkatan kompetensi, *character building*, kegiatan bersama”. *Organizational capital*, dimana dapat mendukung pelaksanaan penggunaan sistem informasi dan pengembangan kompetensi pegawai. Penerapan QMS, dimana menuntut untuk selalu melakukan *continuous improvement*, dan sistem dokumentasi yang baik terhadap setiap kegiatan, dimana dengan sistem dokumentasi yang baik maka akan dapat meningkatkan kemampuan pegawai dalam menyelesaikan masalah pada Balai POM di Jambi. Implementasi QMS dapat menghasilkan kinerja yang efektif dan efisien dari suatu organisasi¹⁶, penerapan sistem manajemen mutu ISO 9001 memberikan perbaikan pada kinerja manajerial organisasi¹⁷. Penggunaan sistem informasi manajemen, akan dapat meningkatkan keselarasan organisasi dimana pada Balai POM di Jambi telah untuk kegiatan pengawasan dan pengujian telah terdapat aplikasi yang dikembangkan oleh Badan POM sehingga disesuaikan dengan tujuan organisasi Badan POM. Peraturan, yang dimaksud adalah seperti petunjuk teknis yang telah dikeluarkan oleh Badan POM RI seperti petunjuk teknis kompetensi pegawai, persyaratan seleksi pegawai dan

petunjuk penggunaan sistem informasi. Peraturan akan menjadi dasar dalam proses pengembangan dan pelaksanaan pelatihan bagi pegawai Balai POM di Jambi. Perencanaan dan evaluasi, kegiatan perencanaan yang dapat mendukung perspektif pembelajaran dan pertumbuhan pegawai pada Balai POM di Jambi berdasarkan analisis kualitatif tematik yaitu analisis kebutuhan pelatihan, analisis beban kerja, perencanaan pelatihan pegawai, pembuatan rencana strategis termasuk visi, misi dan tujuan organisasi, sedangkan untuk evaluasi yang rutin dilakukan yaitu evaluasi dampak pelatihan terhadap kinerja pegawai, evaluasi bulanan dan tahunan, *assesment* pegawai, dan rapat rutin. *Reward* dan *punishment*, pada Balai POM di Jambi telah dilakukan dengan pemberian tunjangan kinerja dan penghargaan pegawai teladan yang bertujuan untuk meningkatkan kepuasan kerja pegawai. Pemberian *reward* dan *punishment* juga dapat meningkatkan motivasi kerja pegawai untuk bekerja lebih giat dan berusaha untuk meningkatkan kinerjanya agar tidak di bawah standar yang telah ditentukan¹⁸. Jumlah SDM, Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Balai POM di Jambi yang menjadi faktor penghambat pencapaian kinerja yaitu: "padatnya volume kegiatan, dan kekurangan SDM". Sarana dan prasarana, dimana masih jadi faktor penghambat dalam penggunaan sistem informasi terutama masalah jaringan internet pada Balai POM di Jambi yang sering terjadi gangguan.

KESIMPULAN

Hasil evaluasi perspektif pembelajaran dan pertumbuhan pada Balai POM di Jambi dibagi menjadi 3 aspek yaitu untuk aspek *human capital* menunjukkan hasil baik hal ini didukung dengan banyaknya jumlah pelatihan pegawai, dan penilaian SKP yang masuk dalam kategori baik, *organizational capital* menunjukkan hasil penilaian sedang, *informational capital* menunjukkan hasil penilaian sedang. Faktor pendukung perspektif pertumbuhan dan pembelajaran

dan yaitu anggaran dana, kompetensi pegawai, *organizational capital*, penerapan QMS, penggunaan sistem informasi manajemen, perencanaan dan evaluasi, peraturan, *reward* dan *punishment*, sedangkan faktor penghambat yaitu jumlah SDM dan sarana prasarana.

DAFTAR PUSTAKA

1. Balai POM Jambi. *Rencana Strategis 2015-2019*. Jambi: Balai Pengawas Obat dan Makanan di Jambi; 2015.
2. Mahsun M. *Pengukuran Kinerja Sektor Publik*. I. Yogyakarta: BPFE; 2006.
3. Kaplan RS, Norton D p. *Menerapkan Strategi menjadi Aksi*. Jakarta: Erlangga; 2000.
4. Gazpers V. *Sistem Manajemen Kinerja Terintegrasi Balanced Scorecard Dengan Six Sigma Untuk Organisasi Bisnis Dan Pemerintah*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama; 2005.
5. Dreveton B. The advantages of the balanced scorecard in the public sector: beyond performance measurement. *Public Money Manag.* 2013;33(2):131-136. doi:10.1080/09540962.2013.763425.
6. Sugiyono. *Statistika Untuk Penelitian*. 10th ed. Bandung: CV. Alfabeta; 2006.
7. Indawan. Analisis Kinerja Instalasi Farmasi Kabupaten Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Enrekang Provinsi Sulawesi Selatan Dengan Menggunakan Balanced Scorecard. *Thesis*, Universitas Gadjah Mada 2015.
8. Presiden Republik Indonesia. Peraturan pemerintah Nomor 46 tahun 2011 tentang Penilaian prestasi kerja pegawai negeri sipil. 2011.
9. Robbins SP, Judge TA. *Perilaku Organisasi*. 16th ed. Jakarta: Salemba Empat; 2015.
10. Mulyadi. *Sistem Terpadu Pengelolaan Kinerja Personel Berbasis Balanced Scorecard*. 3rd ed. Yogyakarta: Unit Penerbit dan Percetakan Sekolah Tinggi Ilmu Manajemen YKPN; 2014.
11. Ramdhani A, Marchaban, Sumarni.

- Pengaruh Gaya Kepemimpinan Kepala Ruang Terhadap Kepuasan Kerja Perawat (Studi Kasus di Rumah Sakit Jasa Kartini Tasikmalaya). *J Manaj dan Pelayanan Farm.* 2011;1((4)):216-220.
12. Luthans F. *Organizational Behavior : An Evidance-Based Approach*. 12th ed. New York: McGraw-Hill/Irwin; 2011.
 13. Narutomo, T, Kementerian Dalam Negeri BPP. Penerapan Balanced Scorecard Untuk Badan Penelitian Dan Pengembangan Kementerian Dalam Negeri The Application Of Balanced Scorecard For Badan Penelitian Dan Pengembangan. *Jurnal Bina Praja*; 2012:189-200.
 14. Satibi, Fudholi A, Kusnanto H, Jogyanto. Pengaruh pembelajaran dan pertumbuhan terhadap proses bisnis internal: studi kasus Instalasi Farmasi Rumah Sakit DIY Influence of learning and growth toward internal business processes : case studies on Departement of Hospital Pharmacy in DIY kompetitif. *Majalah Farmasi Indonesia*. 2011;22(3):238-250.
 15. Yustisia DA, Lutfan, Dwi P. Evaluasi Sistem Informasi Manajemen Farmasi Menggunakan D&M Is Success Model Untuk Mendukung Pengelolaan Obat Di Rsud Kota Semarang. *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi* 2015:211-216.
 16. Ekowati D. Pengaruh Implementasi Quality Management System ISO 9001 : 2000 terhadap Kinerja Rumah Sakit Duren Sawit. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* ;2007; 2(3), 127-135.
 17. Murharyanti R, Marchaban, Nugroho. A.K, Evaluasi Penerapan Sistem Manajemen Mutu ISO 9001 dan Pengaruhnya Terhadap Kinerja Manajerial dan Konsistensi Mutu Produk Vaksin di PT. Bio Farma (Persero), *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi*;2011, 2 (1), 1-6.
 18. Sari DP. Pengukuran Kinerja dengan 3 Perspektif Balanced Scorecard pada Dinas Komunikasi dan Informatika Pemerintah Kota Surabaya. *Jurnal Kebijakan dan Manajemen Publik*. 2016;4:53-63.

Pengaruh Tingkat Kualitas Pelayanan BPJS dan Karakteristik Pasien Terhadap Kepuasan Pasien di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

The Effect of BPJS Service Quality Level and Patient Characteristics to Patient Satisfaction In Primary Health Facilities

Yogi Bhakti Marhenta¹, Satibi², Chairun Wiedyaningsih²

¹). Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri, Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri. Jl. KH Wakhid Hasyim No.65, Kota Kediri

²). Fakultas Farmasi, Universitas Gadjah Mada, Skip Utara 553281, Yogyakarta

Submitted : 12-06-2017

Revised: 15-01-2018

Accepted: 05-02-2018

Korespondensi : Yogi Bhakti Marhenta; Email: Yoggie.bhakti@yahoo.co.id

ABSTRAK

Pelayanan kesehatan di era JKN diselenggarakan oleh semua Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS. Kepuasan pasien merupakan indikator penentu berhasil atau tidak suatu program. Kepuasan adalah perasaan senang seseorang yang berasal dari perbandingan antara suatu produk atau kinerja dengan harapannya, jika kinerja dibawah harapan maka pelanggan tidak merasa puas. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh kepesertaan, pelayanan dan pembiayaan terhadap kepuasan pasien BPJS di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan desain *survey cross sectional*. Data diambil secara kuantitatif dengan menggunakan kuesioner dan dilengkapi dengan data kualitatif melalui wawancara untuk memperdalam temuan dilapangan. Teknik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling* dengan kriteria inklusi. Jumlah sampel responden yang digunakan sebanyak 278 responden dan sampel lokasi penelitian ditentukan dengan metode *random sampling* meliputi puskesmas, klinik dan apotek jejaring. Data dianalisis menggunakan analisis regresi linear berganda berupa uji t dan uji F. Hasil penelitian di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Kabupaten Karanganyar secara berturut-turut menunjukkan pada uji t ada pengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan pasien BPJS meliputi variabel kepesertaan ($p = 0,02$), variabel pelayanan ($p = 0,00$), dan variabel pembiayaan ($p = 0,00$), Sedangkan uji F secara simultan juga menunjukkan ada pengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan pasien BPJS dengan nilai ($p = 0,00$).

Kata kunci: kepuasan pasien, kualitas pelayanan, fasilitas kesehatan tingkat pertama.

ABSTRACT

Health services in the era of JKN are organized by all Health Facility in cooperation with BPJS. Patient satisfaction is a critical indicator whether a program is a success or not. Satisfaction is the pleasure of someone who comes from the comparison between a product or performance with expectations, if performance is below expectations then the customer is not satisfied. This study aims to determine the effect of membership, service, and financing of patient satisfaction with BPJS in Primary Health Facilities. This research is an analytical descriptive research with cross sectional survey design. The data was taken quantitatively by using questionnaires and completed with qualitative data through interviews to deepen the findings of the field. Sampling technique used is purposive sampling with inclusion criteria. The number of respondents samples used were 278 respondents and the sample of the study sites was determined by random sampling method including health center, clinic and pharmacy network. The data were analyzed by using multiple linear regression analysis in the form of t test and F test. The result of research at Primary Health Facilities Regency showed that there was positive and significant influence to patient satisfaction of BPJS, including membership variable ($p = 0,02$), variable of service ($p = 0,00$), and financing variable ($p = 0,00$), while F test simultaneously also shows there are positive and significant influence to patient satisfaction BPJS with value ($p = 0,00$).

Keywords: patient satisfaction, services quality, primary health facilities

PENDAHULUAN

Jaminan Kesehatan Nasional adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar masyarakat memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah¹. Sistem JKN diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, dimana dalam memberikan pelayanannya BPJS Kesehatan bekerjasama dengan fasilitas yang ada di seluruh Indonesia². Pada sistem JKN dikembangkan konsep pelayanan berjenjang dengan fasilitas kesehatan Tingkat Pertama meliputi Puskesmas, Klinik Pratama atau yang setara, praktek dokter, Dokter gigi, dan rumah sakit kelas D atau yang setara sebagai *gatekeeper* yang merupakan sistem pelayanan kesehatan dimana fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang berperan sebagai pemberi pelayanan kesehatan medik dan standar kompetensinya³

Kepuasan pasien merupakan suatu hal yang abstrak dan hasilnya sangat bervariasi karena pada dasarnya sangat tergantung kepada masing-masing persepsi individu. Kepuasan pasien dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti Kepesertaan pasien yang terdaftar dalam anggota BPJS, Pelayanan yang didapatkan serta Biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Kepuasan pasien akan terpenuhi bila pelayanan yang diberikan telah sesuai dengan harapan mereka⁴.

Kualitas pelayanan yang baik akan mempengaruhi kepuasan pasien dan mengakibatkan pasien kembali datang untuk menggunakan jasa pelayanan tersebut. Pasien dapat menjadi kunci dalam mengukur kualitas pelayanan berdasarkan kepuasan mereka⁵

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh Kepesertaan, pelayanan, pembiayaan BPJS terhadap kepuasan pasien yang dilaksanakan di Puskesmas, Klinik pratama dan Apotek yang bekerjasama dengan BPJS. Studi dilakukan

pada pasien rawat jalan di Puskesmas, Klinik Pratama dan Apotek di kabupaten Karanganyar. Dengan dilakukan penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada Pemerintah, Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan untuk dapat terus memberikan pelayanan yang baik kepada masyarakat.

METODE PENELITIAN

Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan desain *cross sectional survey*. Data diambil secara kuantitatif menggunakan Kuesioner dimana responden diminta untuk mengisi kuesioner yang diberikan kemudian dilakukan wawancara untuk melengkapi data kualitatif untuk memperdalam temuan di lapangan dan menghasilkan pemahaman yang komprehensif mengenai fenomena yang diteliti.

Lokasi dan Sampel Penelitian

Penelitian dilakukan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama meliputi Puskesmas, Klinik Pratama dan Apotek yang bekerjasama dengan BPJS di Kabupaten Karanganyar.

Sampel Lokasi penelitian ditentukan dengan metode *random sampling* dan diperoleh sebanyak 13 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang terdiri dari 8 Puskesmas, 2 Klinik Pratama dan 3 Apotek Jejaring. Jumlah sampel responden ditentukan dengan metode *purposive sampling*. Sampel yang digunakan sebanyak 278 responden. Responden yang dijadikan sampel dibagi secara proporsional pada masing-masing lokasi yang dipilih.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah pasien peserta Jaminan Kesehatan Nasional berumur diatas 18 tahun dan tidak menjadi peserta jaminan sosial kesehatan lain; pasien bersedia mengisi kuesioner yang diberikan; pasien kooperatif dan dapat berkomunikasi dengan baik; dan telah melakukan kunjungan minimal 2 kali ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang sama.

Penelitian ini menggunakan alat kuesioner yang memuat pertanyaan yang terdiri dari bagian pertama mengenai karakteristik responden, bagian kedua berisi pertanyaan mengenai Kepesertaan menjadi pasien BPJS, bagian ketiga berisi pertanyaan mengenai pelayanan yang diberikan kepada pasien BPJS dan yang keempat mengenai pembiayaan yang diberikan kepada pasien BPJS. Pertanyaan dalam kuesioner yang disusun berdasarkan buku panduan praktis terkait JKN yang diterbitkan oleh BPJS. Kuesioner di uji validitasnya dengan metode *Product Moment Pearson* dengan kriteria valid r hitung $>0,2407$ dan uji reliabilitas dengan metode *Cronbach's Alpha* dengan kriteria reliabel bila nilai *Cronbach's Alpha* $> 0,6$. Dari 26 item pertanyaan terdapat 2 item pertanyaan yang tidak valid sehingga dihilangkan dari kuesioner. Pada lembar akhir kuesioner juga terdapat pertanyaan mengenai kesan atau pengalaman selama menjadi peserta JKN, serta saran yang diberikan untuk perbaikan sistem JKN. Pertanyaan tersebut kemudian dikembangkan dalam bentuk wawancara singkat pada saat responden mengisi kuesioner dengan tujuan untuk memperdalam fakta yang ada di lapangan.

Analisis Data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis regresi berganda yang meliputi analisis korelasi ganda (R), analisis determinasi (R^2), uji F dan uji t.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini menggunakan sebanyak 278 responden pasien BPJS di Puskesmas, Klinik Pratama dan Apotek jejaring di Kabupaten Karanganyar.

Hasil dari tabel I menunjukkan bahwa demografi pasien dengan jenis kelamin perempuan lebih banyak daripada laki-laki, yaitu sebesar 57,2%. Menurut survey nasional di Amerika Serikat menunjukkan bahwa perempuan memiliki peran yang penting dalam penentu keputusan pelayanan kesehatan, tidak hanya bagi dirinya sendiri tetapi juga bagi keluarganya ⁶. Pesein

sebagian besar berusia diatas 45 tahun (39,2). Data tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar peserta BPJS kesehatan yang menggunakan layanan kesehatan adalah usia dewasa dan lanjut. Semakin tua umur responden kecenderungan untuk lebih sering memanfaatkan pelayanan kesehatan akan lebih tinggi ⁵. Pada status kepesertaan persentase terbanyak yaitu 81,3% merupakan penerima bantuan iuran, responden pada penelitian ini terdaftar dalam BPJS dengan status kepesertaan penerima bantuan iuran.

Karakteristik pendidikan terakhir responden memiliki proporsi terbanyak adalah SMA dengan persentase 43,5%. Tingkat pendidikan yang semakin tinggi memudahkan seseorang untuk mengolah informasi yang diterima menjadi suatu sikap tertentu, termasuk dalam pemeliharaan kesehatan ⁷. Karakteristik pekerjaan responden terbanyak adalah wiraswasta dengan persentase yaitu 33,8%. Menurut Badan Pusat Statistik di Karanganyar pada tahun 2014, jumlah tenaga kerja yang bekerja wiraswasta memiliki proporsi terbanyak. Selanjutnya pada pendapatan dapat dilihat bahwa peringkat pertama sebesar 42,4% adalah responden yang memiliki pendapatan 1-2 juta perbulan, sebagian besar responden pada penelitian ini memiliki pekerjaan sebagai wiraswasta seperti pedagang kecil sehingga pendapatan yang diperoleh tidak terlalu tinggi. Sesuai hasil wawancara yang dilakukan, semua responden merasa puas terhadap pelayanan pada sistem JKN, namun tetap menyampaikan keluhan dan saran untuk perbaikan sistem.

Pengaruh Kepesertaan, Pelayanan dan Pembiayaan terhadap Kepuasan Pasien BPJS di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Kabupaten Karanganyar

Berdasarkan tabel II diperoleh *output model summary* atau model ringkasan nilai analisis korelasi ganda (R) sebesar 0,623. Nilai korelasi ganda (R) dapat ditentukan dengan melihat tabel III (Interpretasi koefisien korelasi) dan nilai R berada di antara interval 0,60 - 0,799, maka dapat disimpulkan

Tabel I. Karakteristik Responden

Penggolongan Demografi	Parameter	Responden	
		n	%
Jenis Kelamin	Laki-laki	119	42,8
	Perempuan	159	57,2
	Total	278	100
Umur Responden	16-25	16	5,8
	26-35	76	27,3
	36-45	77	27,7
	>45	109	39,2
	Total	278	100,0
Kepersetaan	PBI	226	81,3
	NON PBI	52	18,7
	Total	278	100,0
Pendidikan Terakhir	SD	44	15,8
	SMP	73	26,3
	SMA	121	43,5
	Akademi/Diploma	27	9,7
	Sarjana	13	4,7
	Total	278	100,0
Pekerjaan Responden	PNS	13	4,7
	Pegawai Swasta	94	33,8
	Petani	61	21,9
	Pelajar	6	2,2
	Pedagang	59	21,2
	Lain-lain	45	16,2
	Total	278	100,0
Pendapatan	<1 Juta	111	39,9
	1-2 juta	118	42,4
	2-3 juta	40	14,4
	>3 juta	9	3,2
	Total	278	100

Tabel II. Hasil Analisis Korelasi Ganda (R)

R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of The Estimate	Changes statistics					Durbin-Watson
				R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
0,623 ^a	0,389	0,382	1,913	0,389	58,034	3	274	0,000	1,568

Sumber : data primer yang diolah

terdapat hubungan yang kuat antara kepesertaan, Pelayanan BPJS, Pembiayaan terhadap kepuasan pasien. Analisis determinasi (R^2), hasil analisis determinasi (R^2) dapat dilihat pada tabel (*model summary*). Berdasarkan hasil *output model summary* diperoleh angka R^2 sebesar 0,382 menunjukkan

bahwa secara efektif menjadi rendah yaitu 38,20% kepuasan pasien dalam kualitas pelayanan BPJS di Kabupaten Karanganyar ditentukan oleh faktor kepesertaan, pelayanan BPJS dan pembiayaan sedangkan 61,80% ditentukan oleh faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi kepuasan pasien.

Tabel III. Koefisien regresi secara bersama-sama (uji F)

Model	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	637,401	3	212,467	58,034	0,000 ^a
Residual	1003,135	274	3,661		
Total	1640,536	277			

Sumber : data primer yang diolah

Tabel IV. Hasil Uji Koefisien Regresi secara Parsial (Uji t)

Model	Unstandardized Coefficients		Standart Coefficients	T	Sig.	Colinearity Statistic	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1 (Constant)	5,779	1,530		3,777	0,000		
Kepesertaan	0,163	0,053	0,161	3,064	0,002	0,813	1,230
Pelayanan	0,284	0,058	0,272	4,929	0,000	0,733	1,365
Pembiayaan	0,525	0,069	0,386	7,599	0,000	0,863	1,158

Sumber : data primer yang diolah

Berdasarkan dari tabel III hasil *output* uji ANOVA diperoleh hasil regresi *linier* berganda nilai F sebesar 58,034 dengan tingkat signifikansi sebesar 0,000. Hasil signifikansi kurang dari 0,05 sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel *independen* yaitu kepesertaan, pelayanan BPJS dan pembiayaan secara bersama-sama berpengaruh secara signifikan terhadap kepuasan pasien Fasilitas Kesehatan Pertama di Kabupaten Karanganyar.

Dari tabel IV Nilai t hitung dari kepesertaan adalah sebesar 3,064 dengan signifikansi 0,002 lebih kecil dari 0,05 berarti variabel bebas kepesertaan berpengaruh secara signifikan terhadap kepuasan pasien, hal ini menunjukkan bahwa kepesertaan di fasilitas kesehatan tingkat pertama Kabupaten Karanganyar sudah menjadi peserta BPJS yang mendapatkan pelayanan yang baik sehingga pasien merasa puas, Nilai t hitung dari Pelayanan BPJS adalah sebesar 4,929 dengan signifikansi 0,000 lebih kecil dari 0,05 berarti variabel bebas pelayanan berpengaruh secara signifikan terhadap kepuasan pasien. Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan BPJS di fasilitas kesehatan tingkat pertama sudah memadai serta optimal, Nilai t hitung dari pembiayaan

adalah sebesar 7,599 dengan signifikansi 0,000 lebih kecil dari 0,05 berarti variabel bebas pembiayaan berpengaruh secara signifikan terhadap kepuasan pasien hal ini menunjukkan bahwa pasien di fasilitas kesehatan tingkat pertama Kabupaten Karanganyar mendapatkan kemudahan dan keringanan dalam segi pembiayaan terutama untuk pasien yang kurang mampu akan mendapatkan bantuan dari pemerintah dan program BPJS berupa biaya kesehatan gratis.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa terdapat pengaruh positif dan signifikan antara Kepesertaan, Pelayanan dan pembiayaan terhadap Kepuasan pasien BPJS di fasilitas kesehatan tingkat pertama Kabupaten Karanganyar. Kepesertaan, Pelayanan dan pembiayaan mempunyai kontribusi sebesar 38,20% terhadap kepuasan pasien BPJS sedangkan sisanya 61,80% disebabkan oleh faktor-faktor lain.

DAFTAR PUSTAKA

1. Depkes RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional*. Indonesia; 2013.

2. Depkes RI. *Undang-Undang Replubik Indonesia, Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.* Indonesia; 2011:1-35. www.bpkp.go.id.
3. Christasani PD, Satibi. Kajian Faktor Demografi Terhadap Kepuasan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. *J Farm Saints Dan Komunitas.* 2016;10(10):16-33.
4. Aryani EF. *Outpatients ' Satisfaction Analysis Of Pharmaceutical Service Quality In.* 2015;12(1):101-112.
5. Trisnawati K, Sumarni, Fudholi A. Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi (JMPF) Journal of Management and Pharmacy Practice. *J Manaj dan Pelayanan Farm.* 2015;5(1):14-21.
6. Kotler P, Shalowitz J, Stevens RJ. *STRATEGIC MARKETING FOR HEALTH CARE.* San fransisco: jossey Bass www.josseybass.com.
7. Notoatmodjo S. *Ilmu Perilaku Kesehatan.* Jakarta: Rineka Cipta; 2010.

Evaluasi Pengelolaan Obat Tahap Perencanaan dan Pengadaan di RSUD Muntilan Kabupaten Magelang Tahun 2015 – 2016

Drug Management Evaluation Focusing on Procurement at Muntilan District Hospital Magelang in Year 2015 – 2016

Ulfah Mahdiyani, Chairun Wiedyaningsih, Dwi Endarti*

Fakultas Farmasi, Universitas Gadjah Mada Jl. Sekip Utara Yogyakarta, 55281 Yogyakarta

Submitted : 03-01-2018

Revised: 26-01-2018

Accepted: 22-02-2018

Korespondensi : Dwi Endarti : Email: endarti_apt@ugm.ac.id

ABSTRAK

Tahap perencanaan dan pengadaan merupakan bagian dari pengelolaan obat yang sangat berpengaruh terhadap persediaan obat dan biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran perencanaan dan pengadaan obat di instalasi farmasi Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan tahun 2015 – 2016. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan indikator pengelolaan obat riil terhadap indikator standar. Penelitian ini dilakukan pada bulan Desember 2016 – Februari 2017 dengan pengumpulan data sekunder secara retrospektif berupa laporan keuangan, perencanaan, pengadaan, dan pemakaian obat; serta data primer dilakukan dengan wawancara terhadap direktur rumah sakit, kepala instalasi farmasi, dan kepala bagian keuangan. Analisa data dilakukan secara deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perencanaan dan pengadaan di Instalasi Farmasi RSUD Muntilan belum sepenuhnya sesuai dengan indikator standar. Hal ini ditunjukkan dari 7 indikator yang dapat diukur, satu indikator sesuai dengan standar yaitu persentase modal atau dana yang tersedia dengan keseluruhan dana yang dibutuhkan, sedangkan 6 indikator belum sesuai dengan standar yaitu persentase alokasi dana pengadaan obat, perbandingan jumlah item obat yang direncanakan dengan jumlah item dalam kenyataan pemakaian, persentase jumlah barang dalam satu item obat dalam perencanaan dengan jumlah barang dalam item tersebut dalam kenyataan pemakaian, frekuensi pengadaan item obat, frekuensi kurang lengkapnya surat pesanan/kontrak, frekuensi tertundanya pembayaran oleh rumah sakit. Sedangkan indikator yang tidak dapat diukur adalah proporsi jumlah produk yang benar-benar diterima dari jumlah total yang direncanakan, dan persentase jumlah yang digunakan dari total jumlah yang tersedia untuk dikonsumsi setelah dikurangi *buffer stock*. Kata kunci : pengelolaan obat, perencanaan, pengadaan, instalasi farmasi

ABSTRACT

Planning and procurement which are parts of management drug supply give the biggest effect on drug inventory and hospital's cost. This study aimed to describe planning and procurement systems in Pharmacy Department of Muntilan Regional Public Hospital in year 2015–2016. Study was conducted by comparing the real drug management supply indicators with standard indicators. This study was conducted on December 2016 until February 2017. Data was collected using retrospective approach for secondary data including data of finance, drug procurement and use; as well as primary data collected by interview with hospital director, and heads of pharmacy and finance department. Data was analyzed using descriptive technique. The result showed that drug management had not been fully in accordance with the standards. It was indicated from 7 measured indicators, one of them had been in accordance with the standard which was percentage of available fund compared with cost planned. The other 6 indicators had not been in accordance with the standard: percentage of drug procurement with fund allocation, percentage of drug item planned compared with the using, percentage total quantities of a drug item with the using, the procurement frequency of each drug item, frequency uncompleted of orderlist/contract, frequency of delayed rate in payment by hospital, and indicators that can't be measured are proportion of the quantities of products actually received out of total quantities planned, and percentage of quantities used out of total quantities available for consumption after deduction of buffer stock.

Key words : management drug supply, planning, procurement, pharmacy department

PENDAHULUAN

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 58 tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit, yang menyebutkan bahwa penyelenggara pelayanan kefarmasian di rumah sakit harus menjamin ketersediaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang aman, bermutu, bermanfaat, dan terjangkau. Kegiatan pengelolaan obat terdiri dari tahap seleksi, perencanaan dan pengadaan, distribusi, dan penggunaan obat. Tujuan pengelolaan obat agar terjaminnya ketersediaan obat dengan mutu yang baik, kelancaran distribusi dan keterjangkauan obat, serta ketersediaan jenis dan jumlah obat untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat¹.

Pada pengelolaan obat, proses perencanaan dan pengadaan sangat berpengaruh pada ketersediaan obat maupun segi ekonomi rumah sakit. Terjaminnya item dan jumlah obat yang mencukupi menjadi salah satu aspek terpenting dari rumah sakit untuk dapat memberikan pelayanan yang terbaik. Disamping itu, karena biaya yang besar dikeluarkan oleh rumah sakit pada pengelolaan obat terutama pada tahap perencanaan dan pengadaan, maka perlu diadakan evaluasi terhadap tahap tersebut.

Evaluasi pengelolaan obat pada tahap perencanaan dan pengadaan telah dilakukan di beberapa rumah sakit oleh peneliti sebelumnya, antara lain oleh Djatmiko dkk.² yang melakukan evaluasi sistem pengelolaan obat di instalasi farmasi RSUP Dr. Kariadi Semarang tahun 2007, Fakhriadi dkk.³ melakukan analisa pengelolaan obat di RS PKU Muhammadiyah Temanggung tahun 2006 – 2008, Wati dkk.⁴ melakukan evaluasi pengelolaan obat di RSUD Karel Sadsuitubun Kabupaten Maluku Tenggara pada tahun 2012, Ihsan dkk.⁵ melakukan evaluasi pengelolaan obat di Instalasi Farmasi RSUD Kabupaten Muna Tahun 2014, Sasongko dkk.⁶ melakukan evaluasi pengelolaan obat tahap *procurement* di RSUD Sukoharjo Jawa Tengah, dan Saputera⁷ melakukan evaluasi pengelolaan obat tahap seleksi dan

perencanaan di di RSUD H. Hasan Basery Kandangan Banjarmasin tahun 2014.

Hasil penelitian pengelolaan obat dapat bermanfaat terutama bagi rumah sakit yang terkait dan secara umum bermanfaat juga bagi rumah sakit lainnya sebagai *benchmarking* dalam peningkatan pengelolaan obat. Penelitian ini dilakukan di RSUD Muntilan, Kabupaten Jawa Tengah. Penelitian ini dilakukan untuk melihat gambaran kinerja sistem pengelolaan obat pada tahap perencanaan dan pengadaan obat di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Daerah Muntilan dan dilakukan evaluasi pada periode dua tahun yaitu tahun 2015 dan 2016 agar dapat melihat juga gambaran kinerja rumah sakit berdasarkan waktu. Sejauh pengetahuan peneliti, penelitian serupa belum pernah dilakukan di rumah sakit tersebut.

METODOLOGI

Penelitian diawali dengan survei dan pengurusan perijinan pada bulan Desember 2016 dan pengambilan data pada 5 Januari hingga 3 Februari 2017. Lokasi penelitian pada pada instalasi farmasi, bagian keuangan dan gudang RSUD Muntilan. Evaluasi dilakukan dengan mengukur pencapaian indikator pengelolaan obat RSUD Muntilan terhadap indikator standar yaitu Pudjaningsih⁸, Depkes RI⁹, dan WHO¹⁰ yang dapat dilihat pada Tabel I.

Data yang digunakan berupa kualitatif dan kuantitatif. Data kualitatif didapatkan dengan wawancara terhadap Direktur Rumah Sakit, Kepala IFRS, dan Kepala Bagian Keuangan. Data kuantitatif didapatkan dari penelusuran dokumen-dokumen secara retrospektif. Data untuk indikator persentase modal atau dana yang tersedia dengan keseluruhan dana yang sesungguhnya dibutuhkan: laporan keuangan berupa anggaran rumah sakit untuk IFRS dan kebutuhan dana yang sesungguhnya dari belanja IFRS; persentase alokasi dana pengadaan obat: laporan keuangan berupa anggaran rumah sakit untuk IFRS dan anggaran rumah sakit secara keseluruhan; perbandingan antara jumlah

item obat yang ada dalam perencanaan dengan jumlah item obat dalam kenyataan pemakaian: laporan perencanaan tahun 2015 dan 2016 dan kartu stok opname; proporsi jumlah produk benar-benar diterima selama periode tertentu dari jumlah total yang direncanakan untuk periode yang sama : data perencanaan dan pembelian yang dilihat dari kartu stok opname, daftar jumlah obat donasi; perbandingan antara jumlah barang dalam satu item obat yang ada dalam perencanaan dengan jumlah barang dalam item tersebut dalam kenyataan pemakaian : data perencanaan dan laporan pemakaian obat yang dilihat dari kartu stok opname; frekuensi pengadaan tiap item obat : kartu stok tiap item obat; frekuensi kurang lengkapnya surat pesanan/kontrak : data surat pesanan dan kartu faktur; frekuensi tertundanya pembayaran : laporan pembayaran dari bagian keuangan dan waktu jatuh tempo yang dilihat dari kartu faktur; persentase jumlah yang digunakan dari total jumlah yang tersedia untuk konsumsi setelah dikurangi *buffer stock* : laporan jumlah tiap produk yang dibeli (dilihat dari kartu stok opname), daftar jumlah obat donasi dan penerimaan lain, data obat kadaluarsa dan tidak dapat digunakan, stok bufer tiap produk, dan jumlah yang dikonsumsi satu tahun (dilihat dari kartu stok opname).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Instalasi Farmasi Rumah Sakit merupakan bagian yang bertanggung jawab atas pengelolaan obat pada Rumah Sakit Umum Muntilan, mulai dari tahap seleksi, perencanaan dan pengadaan, distribusi hingga penggunaan obat. Dalam menjalankan tugasnya, bagian instalasi farmasi bekerja sama dengan bagian gudang dimana penerimaan obat dan penyimpanan obat dilakukan. Pada penelitian ini dilakukan evaluasi pengelolaan obat khususnya pada tahap perencanaan dan pengadaan obat.

Sistem Perencanaan dan Pengadaan

Perencanaan di Rumah Sakit Muntilan rutin dilakukan untuk tiap bulannya dengan

mengacu perpaduan antara metode konsumsi dengan mempertimbangkan pola penyakit yang ada. Obat-obat yang diadakan oleh Instalasi Farmasi adalah obat-obat yang ada dalam Formularium Rumah Sakit yang dirancang berdasarkan Formularium Nasional. Adanya formularium rumah sakit yang disusun mengacu pada formularium nasional merupakan salah satu upaya mendukung penggunaan obat rasional melalui peningkatan akses terhadap obat esensial¹¹. Sistem pemesanan dilakukan dengan dua cara yaitu secara *e-procurement* untuk obat-obat BPJS dan dengan pemesanan secara langsung ke PBF untuk obat umum dan non-BPJS.

Perencanaan diawali dengan pengecekan stok obat yang masih tersedia di dalam gudang yang dilakukan oleh karyawan bagian gudang rumah sakit, lalu dilakukan estimasi atau perencanaan item apa dan berapa jumlahnya yang akan diadakan dimana dalam perencanaan ini pihak gudang bekerjasama dengan bagian instalasi farmasi. Rekapitulasi perencanaan akan disimpan oleh apoteker bagian instalasi farmasi dan pemesanan dilakukan oleh kepala bagian gudang yang juga seorang apoteker. Tidak semua obat direncanakan untuk diadakan dalam tiap bulannya, obat-obat dengan jumlah stok yang masih aman tidak akan masuk dalam perencanaan bulan ini namun mungkin akan masuk dalam perencanaan bulan berikutnya ketika stok obat tersebut sudah menipis.

Ketika barang datang, barang akan dicek kembali oleh bagian gudang tentang kesesuaian dengan surat pesanan. Setelah itu, barang akan dicatat pada kartu stok masing-masing obat maupun pada stok opname. Selanjutnya barang akan disimpan di dalam gudang disesuaikan dengan suhu penyimpanan masing-masing obat. Kartu faktur yang diterima dari PBF selanjutnya direkap secara berkala dan diserahkan kepada bagian keuangan.

Hasil evaluasi pengelolaan obat tahap perencanaan dan pengadaan dari setiap indikator dirangkum pada Tabel II.

Tabel I. Indikator Efisiensi Pengelolaan Obat di Rumah Sakit

Tahap	Indikator	Tujuan	Nilai Pembeding
Perencanaan	Persentase modal atau dana yang tersedia dengan keseluruhan dana yang sesungguhnya dibutuhkan ⁸	Untuk mengetahui jumlah dana yang tersedia dibandingkan kebutuhan yang sebenarnya	100% ⁸
	Persentase alokasi dana pengadaan obat ⁹	Untuk mengetahui seberapa jauh persediaan dana RS memberikan dana kepada farmasi	30-40% ⁹
	Perbandingan antara jumlah item obat yang ada dalam perencanaan dengan jumlah item obat dalam kenyataan pemakaian ⁸	Untuk mengetahui ketepatan perencanaan obat	100% ⁸
	Proporsi jumlah produk benar-benar diterima selama periode tertentu dari jumlah total yang direncanakan untuk periode yang sama ¹⁰	Untuk mengukur sejauh mana jumlah yang diterima sesuai dengan jumlah yang direncanakan akan diterima	100% ¹⁰
	Perbandingan antara jumlah barang dalam tiap item obat dalam perencanaan dengan jumlah barang dalam item tersebut dalam kenyataan pemakaian ⁸	Untuk mengetahui seberapa jauh ketepatan perkiraan dalam perencanaan	100% ⁸
Pengadaan	Frekuensi pengadaan tiap item obat pertahun ⁸	Untuk mengetahui berapa kali obat-obat tersebut dipesan dalam setahun dan melihat efisiensi pembelian	Rendah < 12x/tahun Sedang 12-24x/tahun Tinggi > 24x/tahun ⁸
	Frekuensi kurang lengkapnya surat pesanan/kontrak ⁸	Untuk mengetahui berapa kali terjadi kesalahan faktur	1-9 kali ⁸
	Frekuensi tertundanya pembayaran oleh rumah sakit terhadap waktu yang disepakati ⁸	Untuk mengetahui kualitas pembayaran rumah sakit	0-25 kali ⁸
	Persentase jumlah yang digunakan dari total jumlah yang tersedia untuk konsumsi setelah dikurangi <i>buffer stock</i> selama periode tertentu ¹⁰	Untuk mengukur seberapa banyak jumlah yang tersedia untuk konsumsi yang sebenarnya dikonsumsi	100% ¹⁰

Persentase modal atau dana yang tersedia dengan keseluruhan dana yang sesungguhnya dibutuhkan

Persentase dana yang tersedia dengan keseluruhan dana yang dibutuhkan pada tahun 2015 sebesar 100,19% dan pada tahun 2016 sebesar 100,14%. Dapat dilihat bahwa seluruh biaya pengeluaran atau belanja Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Muntilan dapat terpenuhi oleh anggaran dari

rumah sakit. Tercukupinya dana untuk pengadaan obat sangat berpengaruh terhadap pelayanan rumah sakit, dengan dana yang cukup maka rumah sakit dapat melakukan pengadaan sesuai dengan kebutuhan sehingga dapat menjamin ketersediaan obat untuk pasien. Berdasarkan data dari Rumah Sakit Muntilan sudah sesuai dengan nilai standar yang ada.

Tabel II. Hasil Pencapaian Indikator Pengelolaan Obat RSUD Muntilan

Tahap	Indikator	Nilai Standar	Hasil	
			2015	2016
Perencanaan	Persentase modal atau dana yang tersedia dengan keseluruhan dana yang sesungguhnya dibutuhkan ⁸	100% ⁸	100,19%	100,14%
	Persentase alokasi dana pengadaan obat ⁹	30-40% ⁹	26,13%	27,57%
	Perbandingan antara jumlah item obat yang ada dalam perencanaan dengan jumlah item obat dalam kenyataan pemakaian ⁸	100% ⁸	104,08%	80,80%
	Perbandingan antara jumlah barang dalam tiap item obat dalam perencanaan dengan jumlah barang dalam item tersebut dalam kenyataan pemakaian ⁸	100% ⁸	267,42%	193,45%
Pengadaan	Frekuensi pengadaan tiap item obat pertahun ⁸	Rendah < 12x/tahun Sedang 12-24x/tahun Tinggi > 24x/tahun ⁸	4,16 kali	3,54 kali
	Frekuensi kurang lengkapnya surat pesanan/kontrak ⁸	1-9 kali ⁸		35,55%
	Frekuensi tertundanya pembayaran oleh rumah sakit terhadap waktu yang disepakati ⁸	0-25 kali ⁸		16,72 hari

Hasil penelitian serupa yang dilakukan di RSUD Sukoharjo Jawa Tengah untuk indikator ini sebesar 96,16% ⁶ dan di RSUD Karel Sadsuitubun Kabupaten Maluku Tenggara sebesar 100% ⁴.

Persentase alokasi dana pengadaan obat

Besarnya dana yang dialokasikan untuk pengadaan obat di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Muntilan, dari keseluruhan dana yang dialokasikan oleh Pemerintah untuk pengelolaan rumah sakit pada tahun 2015 sebesar 26,13% dan tahun 2016 sebesar 27,57%, terdapat kenaikan persentase dari tahun 2015 ke tahun 2016. Jika dibandingkan dengan standar Depkes RI ⁹ nilai untuk persentase alokasi dana pengadaan obat adalah 30-40% dari total seluruh anggaran rumah sakit, hasil penelitian di RSUD Muntilan untuk indikator ini sudah mendekati namun masih lebih rendah. Persentase alokasi dana pengadaan obat di RSUD H. Hasan Basery, Banjarmasin pada

tahun 2014 juga lebih besar daripada di RSUD Muntilan yaitu sebesar 42,56% ⁷. Persentase alokasi dana yang lebih kecil ditemukan pada evaluasi pengelolaan obat di RSUD Karel Sadsuitubun Kabupaten Maluku Tenggara pada tahun 2012 ⁴. Perbedaan dapat diakibatkan oleh berbagai faktor sesuai dengan keadaan masing-masing rumah sakit. Besarnya nilai dana yang dialokasikan oleh rumah sakit untuk pengelolaan obat harus dipergunakan dengan baik agar tidak terjadi kebocoran anggaran, salah satunya dengan cara memperbaiki perencanaan pengadaan obat dan pendataan yang lebih rinci. Anggaran yang kurang memadai merupakan faktor utama terjadinya kekosongan obat di sarana pelayanan kesehatan ¹².

Dana yang diterima oleh rumah sakit berasal dari dua sumber yaitu dari APBD dan BLUD. Dana APBD digunakan untuk pembangunan secara fisik rumah sakit, sedangkan dana yang digunakan untuk pengadaan obat dan alat kesehatan oleh Instalasi Farmasi adalah dana yang berasal

dari dana BLUD termasuk di dalamnya adalah obat-obat klaim INA CBGS.

Perbandingan antara jumlah item obat yang ada dalam perencanaan dengan jumlah item obat dalam kenyataan pemakaian

Analisis untuk indikator ini dilakukan dengan menghitungnya secara perbulan sesuai dengan perencanaan yang dilakukan oleh pihak instalasi farmasi. Dari analisis data didapatkan hasil untuk tahun 2015 sebesar 104,08% dan pada tahun 2016 terjadi penurunan dengan hasil sebesar 80,80%. Hasil belum sesuai dengan standar.

Menurunnya persentase hasil dari tahun 2015 ke tahun 2016 disebabkan rata-rata perencanaan obat terjadi penurunan, dari 436 item obat pada tahun 2015 menjadi 327 item pada tahun 2016, sedangkan rata-rata pemakaian tidak berbeda jauh. Hasil yang fluktuatif ini dikarenakan oleh perencanaan yang kurang baik dimana pada tahun 2015 perencanaan jauh melebihi penggunaan sehingga masih ada sisa obat di dalam gudang, oleh karena itu perencanaan di tahun 2016 menjadi turun. Penyimpangan perencanaan juga ditemukan pada hasil penelitian Djatmiko dkk.², Ihsan dkk.⁵, Wati dkk.⁴, dan Febreani dkk.¹³ dengan rentang penyimpangan sampai dengan 20%.

Perbandingan antara jumlah barang dalam satu item obat yang ada dalam perencanaan dengan jumlah barang dalam item tersebut dalam kenyataan pemakaian

Pada tahun 2015 nilainya sebesar 267,42% dan pada tahun 2016 sebesar 193,45%. Hasil menunjukkan berlebihnya obat yang direncanakan sehingga apabila dilakukan pengadaan, ada banyak obat yang tidak terpakai pada periode tersebut. Hal ini terjadi karena tidak tepatnya perencanaan yang dilakukan sehingga tidak dapat memperkirakan secara tepat kebutuhan riil obat-obat dan alat kesehatan untuk Rumah Sakit Muntilan. Maka pengelolaan obat pada indikator ini belum sesuai standar. Penyebab lain yang mengakibatkan ketidaktepatan perencanaan adalah kurangnya tenaga

profesional khususnya apoteker yang ada di Rumah Sakit Muntilan, di rumah sakit ini hanya terdapat 4 orang apoteker. Sangat dibutuhkan peran apoteker yang khusus bertanggung jawab dalam proses perencanaan.

Tingginya jumlah perencanaan yang dilakukan dapat berakibat terjadinya penumpukan obat di gudang sehingga biaya untuk penyimpanan akan semakin tinggi dan resiko obat rusak semakin besar.

Frekuensi pengadaan tiap item obat

Rata-rata frekuensi pengadaan item obat yang dilakukan oleh Rumah Sakit Umum Muntilan pada tahun 2015 sebesar 4,16 kali dan 3,54 kali pada tahun 2016. Pengadaan obat di Rumah Sakit Muntilan tergolong masih rendah, hal ini dikarenakan pemesanan yang dilakukan dalam jumlah yang cukup besar sehingga tingkat frekuensi pemesanan pun kecil. Menurunnya frekuensi pemesanan di tahun 2016 karena masih adanya stok dari tahun 2015, sedangkan rata-rata pemesanan dalam jumlah yang sama, sehingga frekuensi pengadaannya pun turun.

Semakin banyak jumlah barang yang disimpan di gudang maka fasilitas yang digunakan pun semakin banyak, antara lain ruang penyimpanan yang lebih besar dan biaya penyimpanan yang lebih tinggi. Menurut Pudjaningsih⁸ frekuensi pembelian semakin sering adalah semakin baik asal tidak mengganggu pelayanan. Oleh karena itu semakin sedikit barang yang ada di gudang, frekuensi pembelian akan semakin tinggi. Frekuensi pengadaan obat di tiap rumah sakit berdasarkan penelitian-penelitian sebelumnya bervariasi. Frekuensi pengadaan obat yang relatif kecil di rumah sakit dapat disebabkan karena aturan penggunaan yang tidak bisa dipecah-pecah dan harus melakukan pembelian sekaligus¹⁴.

Frekuensi kurang lengkapnya surat pesanan/ kontrak

Pada tahun 2016 dari 45 surat pesanan yang didapatkan terjadi 16 kali ketidaklengkapan terhadap surat pesanan yang ada, maka persentase faktur tidak sesuai

dengan surat pesanan ada 35,55% sedangkan untuk tahun 2015 tidak dapat dianalisis. Ketidaklengkapan surat pesanan di Instalasi Farmasi RSUD Muntilan ini adalah kurangnya barang yang datang baik item obat maupun jumlah barang dalam item obat tersebut. Dalam setiap pemesanan idealnya mendapatkan barang dengan item dan jumlah yang sesuai dengan pesanan. Tingginya nilai kesalahan faktur ini dapat mengakibatkan terganggunya pelayanan obat kepada pasien karena bisa mengakibatkan terjadinya *stock out*.

Menurut wawancara dengan Direktur Rumah Sakit, obat-obat yang lebih sering tidak sesuai pesanan adalah obat-obat BPJS. Pihak rumah sakit telah memesan melalui *e-procurement* yang mana obat tersebut berstatus tersedia untuk dipesan, namun kenyataannya obat tersebut habis stoknya sehingga rumah sakit harus menggantinya dengan obat non-BPJS dengan harga yang lebih mahal.

Frekuensi tertundanya pembayaran

Analisis ini hanya dapat dilakukan untuk tahun 2016 saja karena data pada tahun 2015 tidak dapat ditelusuri. Hasil analisis data menunjukkan rata-rata waktu tunda pembayaran oleh rumah sakit adalah sebesar 16,72 hari dari waktu yang telah disepakati. Keterlambatan pembayaran kepada pemasok oleh Rumah Sakit Umum Muntilan bukan dikarenakan ketidakmampuan rumah sakit untuk membayar namun lebih karena sistem pelaporan dari pihak gudang yang direkap menjadi satu bulan sehingga memakan waktu yang lama. Hasil belum sesuai dengan standar.

Penelitian yang dilakukan oleh Sasongko dkk. ⁶ nilai untuk indikator frekuensi keterlambatan pembayaran yang dilakukan di RSUD Sukoharjo menunjukkan hasil sebesar 36,45 hari. Hal ini disebabkan oleh waktu dalam proses pemberkasan di rumah sakit yang prosesnya panjang dan

pihak distributor yang tidak selalu tepat pengantaran obat dan penandatanganan berkas. Permasalahan keterlambatan pembayaran dapat bersumber dari banyak faktor tergantung dengan keadaan masing-masing rumah sakit.

KESIMPULAN

Sistem perencanaan yang dilakukan oleh Rumah Sakit Umum Muntilan pada Tahun 2015 dan 2016 adalah dengan metode konsumsi yang dipadukan dengan melihat pola penyakit yang ada di masyarakat. Perencanaan dilakukan setiap satu bulan sekali dan obat-obat yang diadakan mengikuti daftar obat yang ada dalam Formularium Rumah Sakit. Sistem pengadaan dan pemesanan yang dilakukan dengan cara *e-procurement* dan *e-purchasing* untuk obat-obat BPJS dan dengan pemesanan langsung kepada PBF untuk obat umum.

Gambaran indikator pengelolaan obat pada tahap perencanaan dan pengadaan di Instalasi Farmasi RSUD Muntilan belum sesuai dengan standar. Hal ini ditunjukkan dari 7 indikator yang dapat diukur, satu indikator sesuai dengan standar yaitu persentase modal atau dana yang tersedia dengan keseluruhan dana yang dibutuhkan, sedangkan 6 indikator belum sesuai dengan standar yaitu persentase alokasi dana pengadaan obat, perbandingan jumlah item obat yang direncanakan dengan jumlah item dalam kenyataan pemakaian, persentase jumlah barang dalam satu item obat dalam perencanaan dengan jumlah barang dalam item tersebut dalam kenyataan pemakaian, frekuensi pengadaan item obat, frekuensi kurang lengkapnya surat pesanan/kontrak, frekuensi tertundanya pembayaran oleh rumah sakit. Sedangkan indikator yang tidak dapat diukur adalah proporsi jumlah produk yang benar-benar diterima dari jumlah total yang direncanakan, dan persentase jumlah yang digunakan dari total jumlah yang tersedia untuk dikonsumsi setelah dikurangi *buffer stock*.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes RI. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan, Nomor 58 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
2. Djatmiko M, Rahayu E. Evaluasi Sistem Pengelolaan Obat Di Instalasi Farmasi RSUP Dr. Kariadi Semarang Tahun 2007. *Jurnal Ilmu Farmasi dan Farmasi Klinik*. 2008;5(2): 27 – 31.
3. Fakhriadi A, Marchaban, Pudjaningsih D. Analisis Pengelolaan Obat di Instalasi Farmasi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Temanggung Tahun 2006, 2007 dan 2008. *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi*. 2011;1(2): 94 – 102.
4. Wati W, Fudholi A, Pamudji G. Evaluasi Pengelolaan Obat Dan Strategi Perbaikan Dengan Metode Hanlon Di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Tahun 2012. *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi*. 2013;3(4): 283 – 290.
5. Ihsan S, Amir SA, Sahid M. Evaluasi Pengelolaan Obat di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Muna Tahun 2014. *Pharmauho*. 2015;1(2): 23-28.
6. Sasongko H, Octadevi OM. Gambaran Pengelolaan Obat Pada Indikator Procurement di RSUD Sukoharjo Jawa Tengah. *Journal of Pharmaceutical Science and Clinical Research*. 2016;01: 21-28.
7. Saputera MMA. Evaluasi Pengelolaan Obat Tahap Seleksi Dan Perencanaan Di Era Jaminan Kesehatan Nasional Di Rsd H. Hasan Basery Kandungan Tahun 2014. *Jurnal Ilmiah Ibnu Sina*. 2015;1(2): 248-255.
8. Pudjaningsih D. Pengembangan Indikator Efisiensi Pengelolaan Obat di Farmasi Rumah Sakit. *Jurnal Logika*. 2006;3(1).
9. Depkes RI. 2010. *Materi Pelatihan Manajemen Kefarmasian di Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota*. Kemenkes RI. Jakarta.
10. World Health Organization. 2011. *Harmonized Monitoring and Evaluation Indicators Procurement and Supply Management Systems*. WHO Document Production Services. Geneva.
11. Laing RO, Hogerzeil HV, Ross-Degnan D. Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries. *Health policy and planning*. 2001;16(1):13-20.
12. Kagashe GA, Massawe T. Medicine Stock Out and Inventory Management Problems in Public Hospitals in Tanzania: A Case of Dar Es Salaam Region Hospitals. *International Journal of Pharmacy*. 2012;2(2):252-9.
13. Febreani SH, Chalidyanto D. Pengelolaan Sediaan Obat Pada Logistik Farmasi Rumah Sakit Umum Tipe B di Jawa Timur. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*. 2016; 4(2):136 – 145.
14. Istinganah, Danu SS, Santoso AP. Evaluasi Sistem Pengadaan Obat dari Dana APBD Tahun 2000 – 2001 Terhadap Ketersediaan dan Efisiensi Obat. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2006; 9(1):31 – 41.

Analisis Kinerja Apoteker dan Faktor Yang Mempengaruhi Pada Era Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas

Performance Analysis of Pharmacist and Influencing Factors in The Era Of National Health Insurance at Puskesmas

Satibi^{1*}, Eliza Hanum Daulay¹, Gusti Ayu Oviani¹, Karina Erlianti¹, Achmad Fudholi¹, Dyah Ayu Puspandari²

¹Fakultas Farmasi, Universitas Gadjah Mada Jl. Sekip Utara Yogyakarta, 55281 Yogyakarta

²Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada Jl. Farmako Sekip Utara, 55281 Yogyakarta

Submitted : 12-02-2018

Revised: 08-01-2018

Accepted: 19-01-2018

Korespondensi : Satibi : Email: satibi@ugm.ac.id

ABSTRAK

Puskesmas merupakan salah satu fasilitas kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional. Apoteker sebagai penanggung jawab kefarmasian di Puskesmas wajib mengikuti Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas yang tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No. 74 Tahun 2016 untuk menjamin keselamatan pasien, namun dalam implementasinya pelayanan kefarmasian di Puskesmas belum dilakukan sesuai standar sehingga analisis kinerja apoteker perlu dilakukan. Tujuan penelitian ini adalah untuk menilai kesesuaian kinerja apoteker dengan PMK No. 74 Tahun 2016 dan faktor yang berpengaruh terhadap kinerja. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik. Data diambil secara retrospektif melalui penelusuran dokumen dan dilengkapi dengan data kualitatif melalui lembar observasi. Penelitian dilakukan di Puskesmas Kota Yogyakarta, Kabupaten Brebes, dan Kota Banjarmasin. Variabel yang diteliti adalah kesesuaian kinerja apoteker dengan PMK No. 74 Tahun 2016 yang dan faktor yang mempengaruhi kinerja apoteker di Puskesmas yaitu karakteristik apoteker (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama berpraktek dan penghasilan). Data yang diperoleh dianalisis secara deskriptif untuk penilaian kinerja apoteker, dan faktor yang mempengaruhi kinerja apoteker dianalisa secara statistik dengan *Independent sample t-test* dan *One Way ANOVA*. Jumlah responden dalam penelitian ini adalah 18 apoteker. Hasil penelitian menunjukkan capaian kinerja apoteker di puskesmas secara keseluruhan sebesar 82,97% (tinggi) dengan capaian kinerja apoteker pada aspek pengelolaan obat maupun farmasi klinik termasuk dalam kategori tinggi yaitu sebesar 76,94% untuk pengelolaan obat dan 89% untuk farmasi klinik. Dari hasil penelitian ini diketahui bahwa terdapat pengaruh jenis kelamin serta tidak ada pengaruh faktor usia, pendidikan terakhir, lama berpraktek dan penghasilan terhadap kinerja apoteker.

Kata kunci: Kinerja, Apoteker, Pelayanan Kefarmasian, JKN, Puskesmas.

ABSTRACT

Puskesmas is one of the first-rate health facilities that organizes National Health Insurance. Pharmacists, who are responsible for pharmacy at Puskesmas, must follow Pharmacy Service Standard at Health Center as stated in Minister of Health Regulation (MHR) no. 74 of 2016 to ensure patient safety, but in the implementation of pharmaceutical services in Puskesmas, it is not done according to the standard of performance in which pharmacists need to be done. The purpose of this study was to assess the suitability of performance with MHR No. 74 of 2016 and factors affecting performance. This research is an analytical descriptive research. Data were retrospectively retrieved through document search and completed with qualitative data through observation sheets. The study was conducted at Puskesmas Kota Yogyakarta, Brebes Regency, and Banjarmasin City. The variables studied were performance conformity with MHR No. 74 of 2016 and the factors that affect the performance of pharmacists in Puskesmas are the characteristics of pharmacists (age, gender, education level, duration of practice and income). The data were analyzed descriptively for the appraisal of pharmacist performance, and the factors influencing the pharmacist's performance were analyzed statistically with independent sample t-test and One Way ANOVA. The number of respondents in this study was 18 pharmacists. The result showed that the pharmacist performance at health center as a whole was 82,97% (high) with achievement of pharmacist performance on drug management aspect and clinical pharmacy in high category that is 76,94% for drug management, and 89% for clinical pharmacy.

From the results of this study, it is showed that the influences are the age factor, education, duration of practice, and income on the performance of pharmacists.

Keywords: Performance, Pharmacist, Pharmaceutical Services, JKN, Puskesmas.

PENDAHULUAN

Dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat diselenggarakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diterapkan per tanggal 1 Januari 2014 oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan¹. Fasilitas kesehatan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan bekerja sama dengan BPJS, salah satunya adalah Puskesmas¹. Puskesmas merupakan salah satu fasilitas kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan JKN. Kunjungan masyarakat ke Puskesmas pada era JKN semakin bertambah dengan seiring bertambahnya kepesertaan JKN dari tahun ketahun, dimana pada tahun 2015 jumlah kepesertaan JKN adalah sebesar 131,9 juta peserta dan pada tahun 2016 meningkat menjadi 169,5 juta peserta. Target kepesertaan JKN pada tahun 2019 adalah seluruh penduduk Indonesia dapat tercakup dalam Jaminan Kesehatan Nasional, hal ini harus didukung dengan peningkatan mutu pelayanan kesehatan termasuk Puskesmas. Ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan yang berkualitas memegang peranan penting dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan, termasuk apoteker sebagai tenaga kesehatan yang berperan dalam memberikan pelayanan kefarmasian yang menyediakan pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi serta berperan dalam pengendalian mutu sediaan farmasi, pengamanan, pengadaan, penyimpanan dan pendistribusian atau penyaluran obat, pengelolaan obat, pelayanan obat atas resep dokter, dan pelayanan informasi obat. Salah satu cara yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pelayanan kefarmasian oleh apoteker di Puskesmas adalah dengan mengetahui kinerja apoteker di Puskesmas dalam melakukan Pengelolaan Sediaan Farmasi dan Pelayanan Farmasi Klinis.

Penilaian kinerja apoteker di puskesmas digunakan untuk menilai, mengevaluasi dan menyempurnakan pelayanan kefarmasian secara sistematis².

Apoteker sebagai penanggung jawab kefarmasian di Puskesmas wajib mengikuti Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas sesuai Peraturan Menteri Kesehatan No. 74 Tahun 2016. Pengaturan Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas 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 pasien². Salah satu program yang dicanangkan oleh Kementerian Kesehatan dalam Rencana Strategis 2015-2019 yaitu Program Kefarmasian dan Alat Kesehatan. Sasaran program ini adalah meningkatnya akses dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT). Untuk mencapai sasaran hasil tersebut, maka salah satu kegiatan yang dilakukan adalah Peningkatan Pelayanan Kefarmasian. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pemberian konseling dan *homecare* belum berjalan dengan baik karena adanya keterbatasan waktu. Apoteker merasa kurang mampu dalam memberikan informasi obat kepada tenaga kesehatan lain khususnya dokter³. Pasien juga merasa kurang puas terhadap kecepatan apoteker dalam pelayanan resep⁴. Ditinjau dari pengelolaan obat di Puskesmas sebuah penelitian menyimpulkan bahwa pengelolaan obat pada puskesmas di kota Pariaman belum baik, karena belum semua indikator mencapai hasil yang sesuai dengan standar yang telah ditetapkan⁵. Pelayanan kefarmasian di Puskesmas belum dilakukan sesuai standar sehingga analisis kinerja apoteker perlu dilakukan untuk dapat menjadi evaluasi dan pedoman bagi apoteker di Puskesmas.

Tabel I. Kategori Pencapaian Sasaran ⁷

Urutan	Rentang Capaian	Kategori Capaian
I	>90%	Sangat tinggi (sangat berhasil)
II	75%-90%	Tinggi (berhasil)
III	65%-75%	Sedang (cukup berhasil)
IV	50%-65%	Rendah (kurang berhasil)
V	<50%	Sangat rendah (tidak berhasil)

Tujuan penelitian ini adalah untuk menilai kesesuaian kinerja apoteker dengan PMK No. 74 Tahun 2016 dan faktor yang berpengaruh terhadap kinerja.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah deskriptif analitik, menggunakan data retrospektif yang didapat melalui penelusuran dokumen yang dilengkapi dengan lembar observasi (daftar tilik) untuk memperdalam temuan di lapangan dan dapat memberikan gambaran mengenai kinerja apoteker dan faktor yang mempengaruhinya di puskesmas. Data yang diambil yaitu, (a) Rencana Kebutuhan Obat tahun 2016; (b) Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat (LPLPO) Puskesmas tahun 2016; (c) Kartu Stok obat Puskesmas; (d) Laporan Obat Rusak/Kadaluarsa; (e) Laporan Penggunaan Obat Rasional; (f) Laporan Penggunaan Obat Generik; (g) Lembar Checklist Pemberian Informasi Obat Pasien Rawat Jalan; dan (h) Lembar Skrining Resep. Daftar tilik yang telah dimodifikasi dan disesuaikan yang bersumber dari Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan tentang Pelayanan Kefarmasian ⁶. Metode sampling yang digunakan pada penelitian ini adalah *purposive sampling* yaitu teknik penentuan sampel berdasarkan pertimbangan tertentu. Pemilihan lokasi penelitian mempertimbangkan bentuk Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), puskesmas setiap kelompok BLUD *Holding*, tipe puskesmas, dana kapitasi, jumlah kunjungan pasien perhari ke puskesmas serta sebaran lokasi puskesmas,

sehingga diperoleh 16 Puskesmas yang tersebar pada tiga daerah, yaitu Kabupaten Brebes sebanyak 5 (lima) puskesmas, Kota Yogyakarta sebanyak 6 (enam) puskesmas dan Kota Banjarmasin sebanyak 5 (lima) puskesmas. Kriteria inklusi apoteker, yaitu (1) Apoteker yang melakukan pekerjaan kefarmasian di Puskesmas yang terdiri dari pengelolaan obat dan pelayanan farmasi klinik; dan (2) Bersedia ikut dalam penelitian.

Kinerja apoteker di puskesmas dianalisa secara deskriptif. Nilai dari masing-masing apoteker diubah menjadi persentase capaian kinerja dan dikategorikan sesuai tabel I.

Analisa statistik dilakukan untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi kinerja Apoteker. Uji normalitas dilakukan menggunakan *Kolmogorov-Smirnov*. Dasar pengambilan keputusan adalah nilai masing-masing variabel pada *Asymp. Sig. (2-tailed)* lebih dari 0,05 maka data dianggap terdistribusi normal dan dapat dianalisa dengan statistik parametrik. Data yang terdistribusi normal dianalisa dengan *independent sample t-test* bagi faktor jenis kelamin dan pendidikan terakhir dan *One Way ANOVA* bagi faktor usia, lama bekerja, penghasilan dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha=0,05$).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan di 16 Puskesmas yang berada pada Kabupaten Brebes (5 puskesmas), Kota Yogyakarta (6 puskesmas) dan Kota Banjarmasin (5 puskesmas).

Tabel II. Karakteristik Responden Penelitian

No	Kategori	n (N=18)	Persentase
Jenis Kelamin			
1	Laki-laki	5	27,78%
	Perempuan	13	72,22%
Usia			
2	< 30 tahun	3	16,67%
	30-40 tahun	13	72,22%
	> 40 tahun	2	11,11%
Pendidikan Terakhir			
3	Apoteker	17	94,44%
	Strata 2	1	5,56%
Lama Bekerja			
4	< 3 tahun	4	22,22%
	3-7 tahun	9	50,00%
	>7 tahun	5	27,78%
Penghasilan			
5	< Rp. 1.500.000,00	2	11,11%
	Rp. 1.500.000,00 - Rp. 2.500.000,00	0	0,00%
	Rp. 2.600.000,00 - Rp. 3.500.000,00	4	22,22%
	Rp. 3.600.000,00 - Rp. 5.000.000,00	10	55,56%
	> Rp. 5.000.000,00	2	11,11%

Karakteristik Responden

Karakteristik responden penelitian digambarkan dalam distribusi frekuensi dan proporsi dari masing-masing variabel penelitian. Variabel independen dalam penelitian ini meliputi jenis kelamin, usia, pendidikan, lama berpraktek dan penghasilan.

Kinerja Apoteker di Puskesmas

Secara keseluruhan, capaian kinerja Apoteker di Puskesmas pada tahun 2016 adalah sebesar 82,97% atau berada pada kategori Tinggi. Pada penelitian ini capaian kinerja apoteker dianalisis sesuai dengan PMK No.74 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas pada aspek pengelolaan obat dan farmasi klinik. Capaian kinerja apoteker pada aspek pengelolaan obat maupun farmasi klinik termasuk dalam kategori tinggi yaitu sebesar 76,94% untuk pengelolaan obat dan 89% untuk farmasi klinik. Hasil perhitungan tiap indikator ditampilkan dalam data realisasi

dan capaian terhadap target pada tabel III berikut.

Persentase capaian ketepatan permintaan yang termasuk dalam kategori sangat rendah dengan realisasi sebesar 15,52%. Hal ini dikarenakan permintaan dilakukan dengan memperhatikan pola konsumsi periode sebelumnya tanpa mempertimbangkan pola penyakit. Permintaan pada tahun 2016 dilakukan oleh apoteker berdasarkan konsumsi pada tahun 2015 namun pada tahun 2016 terjadi penurunan penggunaan obat sehingga permintaan obat menjadi tidak tepat. Selain itu, beberapa jenis obat yang mengalami kekosongan distributor maupun pada instalasi farmasi kabupaten/kota juga menyebabkan tidak tepatnya permintaan yang dilakukan oleh apoteker di puskesmas.

Ketidaktepatan permintaan dapat berakibat pada tingkat ketersediaan obat dalam kategori aman dan *over stock*. Obat yang termasuk dalam kategori aman di puskesmas hanya sebesar 64,33%.

Tabel III. Kinerja Apoteker Puskesmas Sesuai PMK No.74/2016

No	Indikator	Standar	Realisasi	Capaian	Kategori Capaian
1	Kesesuaian jenis obat dengan Fornas	75%	64,55%	86,07%	Tinggi
2	Persentase jenis obat tepat permintaan (100-120%)	100%	15,52%	15,52%	Sangat Rendah
3	Persentase obat aman (12-18bulan)	100%	64,33%	64,33%	Rendah
4	Persentase obat tidak mengalami stok kosong	0%	2,75%	97,25%	Sangat Tinggi
5	Persentase obat tidak mengalami <i>over stock</i>	0%	32,45%	67,55%	Sedang
6	Persentase jumlah obat tidak rusak	0%	0,10%	99,90%	Sangat Tinggi
7	Persentase jumlah obat tidak kadaluarsa	0%	4,55%	95,45%	Sangat Tinggi
8	Persentase obat tidak mengalami stok mati	0%	18,48%	81,52%	Tinggi
9	<i>Inventory Turn Over Ratio</i>	12 kali/th	4,08	36,41%	Sangat Rendah
10	Rata-rata item obat dalam resep	≤3 item	2,91	100,00%	Sangat Tinggi
11	Persentase penggunaan obat generik	90%	93,18%	100,00%	Sangat Tinggi
12	Persentase tanpa antibiotik pada diare non spesifik	≤8%	16,74%	90,50%	Sangat Tinggi
13	Persentase tanpa antibiotik pada ISPA non pneumonia	≤20%	22,66%	96,67%	Sangat Tinggi
14	Persentase tanpa penggunaan injeksi pada myalgia	≤1%	0,00%	100,00%	Sangat Tinggi
15	Permintaan dan Penerimaan Obat	10	9,24	92,36%	Sangat Tinggi
16	Penyimpanan Obat	10	8,55	85,47%	Tinggi
17	Pendistribusian Obat	10	9,21	92,09%	Sangat Tinggi
18	Kartu stok Obat	10	9,58	95,83%	Sangat Tinggi
19	Pengkajian Resep	10	8,43	84,34%	Tinggi
20	Penyerahan Obat dan Pemberian Informasi	10	9,19	91,92%	Sangat Tinggi
21	Konseling	10	6,81	68,13%	Rendah
Rerata				82,97%	Tinggi

Rendahnya tingkat ketersediaan obat pada kategori aman disebabkan karena permintaan yang tidak tepat sehingga berakibat pada banyaknya obat yang memiliki tingkat ketersediaan lebih dari 18 bulan. Tingginya persentase obat yang mengalami *overstock* berkaitan dengan rendahnya nilai ITOR. Realisasinya nilai ITOR di Puskesmas adalah 4,08 kali/tahun dengan kategori capaian sangat rendah. Apoteker juga perlu melakukan komunikasi kepada penulis resep terkait dengan obat yang tingkat penggunaannya rendah sehingga perputaran obat dapat berlangsung dengan baik. Capaian kinerja apoteker dalam konseling termasuk

kategori rendah karena di beberapa puskesmas, apoteker sama sekali tidak melakukan konseling, ada yang melakukan konseling tapi tidak didokumentasikan dan tidak berada/memiliki ruang konseling.

Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Apoteker di Puskesmas

Uji statistik digunakan untuk memperoleh perbedaan antara kategori dari tiap faktor berdasarkan realisasi indikator masing-masing puskesmas.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa jenis kelamin memberikan pengaruh terhadap kinerja apoteker di puskesmas ($p=0,025$).

Tabel IV. Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Apoteker di Puskesmas

Faktor	Kategori	n (N=18)	Skor		Nilai p
			Mean	SD	
Jenis Kelamin*	Laki-laki	5	7,79	0,40	0,025***
	Perempuan	13	8,38	0,46	
Usia**	< 30 tahun	3	8,39	0,34	0,761
	> 40 tahun	2	8,04	0,72	
Pendidikan Terakhir*	Apoteker	17	8,18	0,51	0,333
	Strata 2	1	8,71		
Lama Berpraktek**	< 3 tahun	4	8,13	0,59	0,392
	3-7 tahun	9	8,38	0,37	
	>7 tahun	5	7,99	0,67	
Penghasilan**	< Rp. 1.500.000,00	2	7,70	0,48	0,189
	Rp. 2.600.000,00 - Rp. 3.500.000,00	4	8,43	0,37	
	Rp. 3.600.000,00 - Rp. 5.000.000,00	10	8,32	0,52	
	> Rp. 5.000.000,00	2	7,76	0,34	

Keterangan: *Independent sample t-test; **One Way ANOVA; ***nilai p<0,05

Apoteker laki-laki cenderung mengalami masalah dengan kinerja di tempat kerjanya dibandingkan apoteker perempuan. Hal ini ditunjukkan dengan beberapa apoteker laki-laki mendapat tindakan disiplin pada tempat kerjanya terutama di sektor komunitas⁸. Perempuan cenderung untuk bekerja pada bidang berhubungan dengan orang lain sedangkan laki-laki cenderung bekerja pada bidang yang terkait dengan mesin. Perempuan yang bekerja pada bidang yang didominasi oleh perempuan cenderung untuk menghasilkan kinerja yang lebih baik⁹, seperti pekerjaan kefarmasian yang banyak berhubungan dengan orang lain dan didominasi perempuan.

Usia, pendidikan terakhir, lama berpraktek dan penghasilan tidak memberikan pengaruh yang signifikan terhadap kinerja apoteker di puskesmas. Pengaruh usia terhadap kinerja apoteker belum tergambarkan secara jelas⁸. Pekerja yang lebih muda lebih mudah beradaptasi, fleksibel, mudah menerima teknologi baru serta memiliki kepuasan yang lebih tinggi^{10,11}. Menurut Chen & Silverthorne (2008), karyawan dengan pendidikan Strata 2 memiliki kepuasan pekerjaan yang lebih

tinggi sehingga dapat memberikan kinerja yang lebih baik¹². Penelitian yang dilakukan oleh Shaffril & Uli (2010) menunjukkan bahwa tingkat pendidikan tidak mempengaruhi kinerja pegawai pemerintah¹³.

Semakin lama masa jabatan karyawan maka kinerja karyawan tersebut akan semakin meningkat dan hal ini berkaitan dengan pengalaman kerja^{14,15} namun tidak terdapat perbedaan yang signifikan antar lama berpraktek. Perbedaan signifikan antara penghasilan dengan kinerja lebih banyak terjadi pada sektor swasta, sedangkan pada fasilitas publik ataupun pemerintah penghasilan tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan. Menurut Lee & Sabharwal (2016), penghasilan tidak memberikan pengaruh signifikan pada personel yang bekerja di fasilitas publik karena personel yang bekerja pada fasilitas publik memiliki kesesuaian dengan latar belakang pendidikannya sehingga memberikan kepuasan dan rasa nyaman yang lebih tinggi¹⁶. Hal ini merupakan hal yang baik karena seluruh karyawan memberikan kontribusi yang sama baiknya bagi organisasi, meskipun memiliki faktor yang berbeda-beda¹³.

KESIMPULAN

Kinerja apoteker pada era Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas berada dalam kategori capaian Tinggi dengan capaian sebesar 82,97%. Faktor usia, pendidikan terakhir, lama berpraktek dan penghasilan tidak mempengaruhi kinerja apoteker di Puskesmas, dan faktor jenis kelamin mempengaruhi kinerja apoteker di Puskesmas.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2014.
2. Kemenkes RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Puskesmas*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2016.
3. Supardi S, Raharni R, Susyanti AL, Herman MJ. Evaluasi Peran Apoteker Berdasarkan Pedoman Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas. *Media Penelit dan Pengemb Kesehat*. 2012;22(4).
4. Hayaza YT. Analisis Kepuasan Pasien terhadap Kualitas Pelayanan Kamar Obat di Puskesmas Surabaya Utara. *J Ilm Mhs Univ Surabaya*. 2013;2(2):1-13.
5. Chaira S, Zaini E, Augia T. Evaluasi Pengelolaan Obat pada Puskesmas di Kota Pariaman. *J Sains Farm Klin*. 2016;3(1):35-41.
6. Depkes RI. *Pedoman Supervisi Dan Evaluasi Obat Publik Dan Perbekalan Kesehatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 2002.
7. Dinkes Kota Yogyakarta. *Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta Tahun 2016*. Yogyakarta: Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta; 2016.
8. Schafheutle EI, Seston EM, Hassell K. Factors Influencing Pharmacist Performance: A Review of The Peer-Reviewed Literature. *Health Policy (New York)*. 2011;102(2-3):178-192. doi:10.1016/j.healthpol.2011.06.004.
9. Shirom A, Gilboa SS, Fried Y, Cooper CL. Gender, age and tenure as moderators of work-related stressors' relationships with job performance: A meta-analysis. *Hum Relations*. 2008;61(10):1371-1398. doi:10.1177/0018726708095708.
10. Ahmad A, Khan MU, Elkalmi RM, et al. Job satisfaction among Indian pharmacists: An exploration of affecting variables and suggestions for improvement in pharmacist role. *Indian J Pharm Educ Res*. 2016;50(1):9-16. doi:10.5530/ijper.50.1.2.
11. Robbins dan Judge. *Perilaku Organisasi*. Jakarta: Salemba Empat; 2015.
12. Chen J, Silverthorne C. The Impact of locus of Control on Job Stress, Job Performance and Job Satisfaction in Taiwan. *Leadersh Organ Dev J*. 2008;29(7):572-582. doi:10.1108/01437730810906326.
13. Shaffril HAM, Uli J. The Influence of Socio-Demographic Factors on Work Performance among Employees of Government Agriculture Agencies in Malaysia. *J Int Soc Res*. 2010;3(10):459-469.
14. Dokko G, Wilk SL, Rothbard NP. Unpacking Prior Experience: How Career History Affects Job Performance. *Organ Sci*. 2009;20(1):51-68. doi:10.1287/orsc.1080.0357.
15. Ng TWH, Feldman DC. Organizational tenure and job performance. *J Manage*. 2010;36(5):1220-1250. doi:10.1177/0149206309359809.
16. Lee Y, Sabharwal M. Education–Job Match, Salary, and Job Satisfaction Across the Public,, Non-Profit, and For-Profit Sectors: Survey of recent college graduates. *Public Manag Rev*. 2016;18(1):40-64. doi:10.1080/14719037.2014.957342.

Analisis Profil dan Faktor Penyebab Ketidakpatuhan Pengasuh Terhadap Penggunaan Antibiotik pada Pasien Anak

Analysis of Profile and Contributing Factors to Non-Adherence towards Antibiotics Utilization Among Caregivers of Paediatric Patients

I Komang Agus Bayu Krisnanta¹⁾, Nani Parfati²⁾, Bobby Presley^{1,3)}, Eko Setiawan^{1,3)}

¹⁾ Departemen Farmasi Klinis dan Komunitas, Fakultas Farmasi, Universitas Surabaya, Jalan Raya Kali Rungkut, Surabaya

²⁾ Departemen Farmasetika, Fakultas Farmasi, Universitas Surabaya, Jalan Raya Kali Rungkut, Surabaya

³⁾ Pusat Informasi Obat dan Layanan Kefarmasian (PIOLK), Fakultas Farmasi, Universitas Surabaya, Gedung FF Lantai 5 Jalan Raya Kali Rungkut, Surabaya

Submitted : 06-03-2018

Revised: 28-03-2018

Accepted: 28-03-2018

Korespondensi : Eko Setiawan : Email: satibi@ugm.ac.id

ABSTRAK

Ketidakpatuhan penggunaan antibiotik merupakan salah satu faktor penyebab munculnya kasus resistensi antibiotik. Bagi pasien anak, ketepatan menggunakan antibiotik sepenuhnya bergantung pada pengasuh. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis profil dan faktor penyebab ketidakpatuhan penggunaan antibiotik oleh pengasuh pasien anak. Penelitian dilakukan secara prospektif terhadap pengasuh pasien anak yang mendapatkan antibiotik pada sebuah klinik swasta di Surabaya. Perilaku ketidakpatuhan diidentifikasi dengan menghitung jumlah obat yang digunakan pasien dibandingkan dengan total obat yang diresepkan, dan nilai 80% digunakan sebagai batas untuk menggolongkan pengasuh patuh dan tidak patuh. Analisis faktor penyebab ketidakpatuhan dilakukan dengan cara melakukan wawancara dan hasil dianalisis dengan menggunakan *Theory of planned behaviour* sebagai dasar teori pemetaan faktor penyebab ketidakpatuhan. Total 38 pengasuh bersedia terlibat dalam penelitian dan 27 (71,05%) dari antaranya diklasifikasikan tidak patuh terhadap pengobatan. Beberapa faktor penyebab ketidakpatuhan tersebut antara lain: keyakinan pengasuh akan reaksi obat yang tidak dikehendaki, harapan akan kesembuhan yang salah, pengetahuan pengasuh yang salah tentang antibiotik, rutinitas atau kesibukan pengasuh, lupa, fenomena berbagi obat, dan jenis sediaan yang diberikan kepada pasien. Perilaku tidak patuh terhadap penggunaan antibiotik di komunitas kota Surabaya dapat dikatakan cukup besar dan penyebab perilaku tersebut tidak semata disebabkan oleh pengetahuan yang kurang. Pemberian intervensi untuk memperbaiki perilaku ketidakpatuhan seharusnya tidak hanya ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan pasien saja tetapi lebih juga memperhatikan faktor penyebab lain sehingga dapat memperoleh dampak yang signifikan. Penelitian lebih lanjut untuk mengidentifikasi jenis intervensi yang paling baik beserta dengan dampak dari implementasi intervensi tersebut perlu dilakukan sebagai upaya pemetaan awal sebelum dibuat suatu kebijakan baik yang bersifat lokal maupun nasional.

Kata kunci: Kepatuhan, Antibiotik, Pediatik,

ABSTRACT

Non-adherence to antibiotic is considered as one of causes of antibiotic resistance. Caregiver plays a vital role to ensure that the paediatric patients adhere to the antibiotic treatment prescribed by physician. This study aimed to analyze the profile and factors contributing to non-adherence behavior among caregivers of pediatric patients. Caregivers of pediatric patients were recruited from one of private clinic in Surabaya. The percentage ratio of medication used to total prescribed medication was calculated to measure adherence, cut-off of 80% was used in this study to categorize adherence and non-adherence. Factors contributing to the non-adherence behavior was identified by interviewing the caregivers and the results was analysed based on Theory of planned behavior as a guide for mapping factors contributing to non-adherence. Twenty-seven out of a total of 38 caregivers (71.05%) categorized as non-adherence to the therapy. Several factors hindered adherence behavior identified in this study were: caregivers' belief on adverse drug reaction, false belief on the health prognostic, false knowledge about antibiotic, time commitment of caregivers, forgetfulness, sharing medication among family member phenomenon, and type of medicine preparation. Prevalence of non-adherence behavior

to antibiotic among community in Surabaya is relatively high and lack of knowledge does not always be the only reason behind it. Other factors that might influence medication non-adherence need to be considered to get better result, instead of only focusing on increasing patient's knowledge. Further study is needed to identify the best and more effective intervention to improve adherence as preliminary mapping before establishing local or national scale policy.

Keywords: Adherence, Antibiotic, Pediatric

PENDAHULUAN

Penyakit menular (PM) merupakan salah satu permasalahan kesehatan secara global. *World Health Organization* (WHO) menyatakan sebanyak 21 juta dari total 57 juta kasus kematian di dunia pada tahun 2008 disebabkan oleh PM.¹ Salah satu kelompok dengan risiko tinggi mengalami PM adalah anak-anak dengan mempertimbangkan imunitas pada kelompok ini yang belum terbentuk sempurna.^{2,3} Infeksi saluran pernafasan, khususnya bagian atas atau yang dikenal dengan istilah ISPA, merupakan salah satu masalah terkait PM yang banyak dijumpai pada anak, termasuk di Indonesia.^{4,6} Insiden ISPA pada anak dibawah 5 tahun bervariasi antara 13,6% - 21,7% tergantung pada kelompok usia dan provinsi tempat pengambilan data.⁶

Antibiotik merupakan salah satu terapi utama yang umumnya diberikan pada pasien anak dengan diagnosis ISPA walaupun tidak semua kasus ISPA harus diterapi dengan antibiotik.^{7,8} Dengan mempertimbangkan sebagian besar pengobatan ISPA dilakukan secara rawat jalan, ketepatan penggunaan antibiotik pada pasien anak, khususnya yang berusia di bawah lima tahun, sangat tergantung pada pengasuh (*caregiver*) yang dapat berarti orang tua atau kerabat pasien atau seseorang yang dipekerjakan untuk merawat anak. Apabila pemberian antibiotik tidak dilakukan secara tepat, meliputi tepat pemilihan jenis antibiotik, dosis, frekuensi, rute pemberian, dan durasi pemberian, maka berbagai konsekuensi negatif dapat terjadi, dan salah satu yang sangat dikhawatirkan adalah terjadinya resistensi bakteri. Ketidapatuhan pemberian obat berpotensi menyebabkan tidak optimalnya paparan antibiotik yang lebih lanjut berdampak pada peningkatan kesempatan bagi bakteri untuk mengembangkan mekanisme resistensi.⁹

Beban yang diakibatkan oleh resistensi antibiotik, baik secara klinis maupun ekonomi, sangatlah besar dan menjadi kekhawatiran institusi kesehatan dari berbagai negara.¹⁰⁻¹² Apabila terjadi resistensi, antibiotik yang seharusnya efektif mengobati kasus infeksi menjadi tidak lagi efektif dan membutuhkan antibiotik dengan spektrum yang lebih baik dan, umumnya, memiliki harga lebih mahal. Tidak menutup kemungkinan pasien membutuhkan lebih dari dua jenis antibiotik untuk dapat sembuh dari infeksi yang diderita dan membutuhkan rawat inap di rumah sakit. Dengan kata lain, semakin banyak kasus infeksi yang disebabkan oleh bakteri yang resisten, semakin besar biaya yang dibutuhkan untuk merawat pasien.

Prevalensi dan penyebab perilaku tidak patuh dalam menggunakan antibiotik pada kelompok dewasa cukup banyak diteliti.¹³⁻²¹ Hasil penelitian di luar Indonesia menunjukkan ketidakpatuhan pasien dewasa dalam menggunakan antibiotik bervariasi antara 9,4%-57,7%.¹³⁻¹⁸ Beberapa penelitian di Indonesia menunjukkan persentase pasien dewasa yang tidak patuh berada dalam rentang 11%-87,1% tergantung pada metode identifikasi ketidakpatuhan yang digunakan.¹⁹⁻²¹ Beberapa faktor yang ditemukan sebagai penyebab ketidakpatuhan pada kelompok dewasa antara lain: kesulitan membeli obat, kesulitan menelan, ketidakpuasan akan informasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan, kondisi yang telah membaik, mengalami efek samping obat, mengalami perubahan terapi, lupa, tidak memahami aturan pakai.^{13,14,20,21}

Sampai saat ini, belum banyak ditemukan bukti penelitian yang mengukur kepatuhan pengasuh pasien anak yang mendapatkan antibiotik terhadap perintah penggunaan antibiotik termasuk di

Indonesia. Terdapat dua buah publikasi di Indonesia terkait profil ketidapatuhan dan faktor yang menyebabkan pengasuh tidak patuh dalam memberikan antibiotik pada anak^{22,23}. Pemetaan faktor penyebab ketidapatuhan pada dua publikasi tersebut menyebutkan tingginya perilaku ketidapatuhan berkisar antara 24,6%-65,15%. Detail informasi terkait jenis ketidapatuhan yang lebih sering dilakukan oleh pengasuh pasien anak, antara lain: tidak patuh terhadap dosis, waktu, dan frekuensi pemberian, belum ditemukan pada dua penelitian tersebut. Ketiadaan informasi terkait jenis ketidapatuhan tersebut dapat menyulitkan tenaga kesehatan dalam memberikan intervensi, misalnya materi edukasi yang tepat, untuk memperbaiki atau mencegah perilaku tersebut. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat, jenis, dan faktor yang mempengaruhi ketidapatuhan pengasuh pasien anak rawat jalan dalam memberikan antibiotik pada pasien anak. Berbeda dengan dua publikasi yang telah ada, eksplorasi faktor ketidapatuhan pada penelitian ini dilakukan berdasarkan teori perilaku yang telah terbukti bermanfaat ketika digunakan untuk mengeksplorasi faktor penyebab ketidapatuhan penggunaan obat pada kasus penyakit lain^{24,25}.

METODOLOGI

Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian observatif yang dilakukan secara prospektif. Terdapat dua tahap pelaksanaan penelitian, meliputi: tahap pertama dilakukan studi deskriptif-kuantitatif tentang profil kepatuhan dan ketidapatuhan pengasuh dalam mengikuti petunjuk penggunaan antibiotik, dan tahap kedua dilakukan studi deskriptif-kualitatif tentang faktor-faktor penyebab ketidapatuhan pengasuh dalam memberikan antibiotik pada pasien anak.

Populasi yang digunakan pada penelitian ini adalah seluruh pengasuh dari pasien anak berusia kurang dari 5 tahun yang mendapat terapi antibiotik di sebuah klinik swasta di Surabaya. Sampel penelitian adalah

seluruh pengasuh dari pasien anak yang mendapatkan antibiotik selama bulan Maret-Mei 2016 yang memenuhi kriteria inklusi, yaitu bersedia memberikan *informed consent*, dan kriteria eksklusi, yaitu pengasuh pasien anak yang mendapat antibiotik dalam sediaan cair. Kriteria *drop out* dalam penelitian ini adalah pengasuh pasien yang menolak kelanjutan pengambilan data di tengah-tengah penelitian.

Studi deskriptif-kuantitatif untuk mengetahui profil kepatuhan dan ketidapatuhan pemberian antibiotik oleh pengasuh dilakukan dengan metode penghitungan jumlah obat (*medicines count*). Dalam penelitian ini digunakan nilai batas persentase minum obat sebesar 80,00% untuk mengklasifikasikan kepatuhan. Artinya apabila pengasuh memberikan obat kepada pasien sebanyak minimum 80,00% dari total yang diberikan maka dapat digolongkan sebagai pengasuh yang patuh, sedangkan apabila di bawah nilai tersebut maka digolongkan pengasuh yang tidak patuh. Adapun jenis ketidapatuhan dibedakan menjadi tiga, yaitu: ketidapatuhan dosis, ketidapatuhan frekuensi, dan ketidapatuhan waktu pemberian. Identifikasi jenis ketidapatuhan dilakukan dengan cara menanyakan beberapa informasi kepada pengasuh terkait cara pemberian antibiotik, antara lain: 1) berapa bungkus puyer atau butir kapsul atau pil yang diberikan setiap pemberian, 2) berapa kali pemberian per hari, 3) pukul berapa antibiotik diberikan. Setelah mendapat *informed consent*, peneliti memberitahukan kepada pengasuh bahwa mereka akan dikunjungi dalam beberapa waktu kedepan. Apabila pengasuh menolak untuk dikunjungi walaupun telah memberikan *informed consent*, maka pengasuh tersebut tidak dilibatkan dalam penelitian. Jadwal kunjungan pasti ke rumah pasien tidak diberitahukan terlebih dahulu pada pengasuh dan dilakukan pada masa hari obat mendekati habis atau tepat habis.

Studi deskriptif-kualitatif untuk mengetahui faktor-faktor penyebab ketidapatuhan dilakukan melalui metode wawancara pada pengasuh dengan bantuan

panduan wawancara yang tervalidasi. Proses perekaman jawaban hanya dilakukan apabila diperkenankan oleh pengasuh. Proses pencatatan jawaban wawancara oleh dua orang peneliti dilakukan apabila pengasuh tidak berkenan dilakukan proses perekaman jawaban. Hasil wawancara faktor penyebab ketidakpatuhan dianalisis dengan metode *thematic analysis*. *Theory of planned behavior* digunakan sebagai landasan integrasi tema-tema yang muncul.²⁶

HASIL DAN PEMBAHASAN

Total terdapat 38 pengasuh anak yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini. Detail karakteristik pengasuh dapat dilihat pada tabel I. Sebagian besar (60,53%) pasien anak dalam penelitian ini adalah *infant* (≥ 1 bulan – < 2 tahun) dan sisanya (39,47%) diklasifikasikan dalam kategori *children* (≥ 2 tahun – 5 tahun). Seluruh (100%) pasien anak dalam penelitian ini menderita ISPA. Tabel II memaparkan detail karakteristik antibiotik yang diresepkan pada pasien anak dalam penelitian ini. *Amoxicillin* merupakan jenis antibiotik yang paling banyak diresepkan dalam penelitian ini. Penggunaan *amoxicillin* sebagai terapi lini pertama pengobatan ISPA pada anak direkomendasikan oleh pedoman terapi.²⁷ Rekomendasi tersebut didasarkan pada profil sensitivitas bakteri yang umumnya menyebabkan ISPA terhadap *amoxicillin* masih baik. Selain itu, harga yang relatif murah, menyebabkan *amoxicillin* menjadi pilihan pertama terapi ISPA khususnya pada fasilitas kesehatan tingkat pertama di Indonesia.

Sebagian besar pasien anak (92,11%) mendapatkan resep racikan. Tidak terdapat informasi terkait jumlah racikan yang diterima pasien pada dua penelitian terpublikasi sebelumnya.^{22,23} Pada dasarnya, praktek peracikan obat untuk anak juga banyak ditemukan di negara lain, khususnya negara dengan keterbatasan sumber daya, sebagai akibat terbatasnya pilihan obat yang tersedia untuk anak.²⁸ Peracikan antibiotik dalam penelitian ini dilakukan bersama dengan obat lain, seperti parasetamol.

Praktek peracikan tersebut menimbulkan kesulitan bagi tenaga kesehatan yang menyerahkan obat untuk memberikan informasi terkait obat yang digunakan. Antibiotik merupakan komponen dalam racikan yang harus digunakan sampai habis, sedangkan obat lain yang merupakan pengobatan simptomatis hanya digunakan ketika pasien mengalami gejala. Walaupun pada dasarnya praktek peracikan tidak direkomendasikan, pada situasi dimana tidak terdapat pilihan lain, peracikan antibiotik seharusnya dipisah dari jenis obat yang lain. Selain itu, proses peracikan yang aman seperti penggunaan mortar yang terpisah dan alat pelindung diri bagi peracik harus dipastikan sebagai upaya untuk memastikan keamanan bagi pasien maupun tenaga kesehatan.

Sebanyak 27 (71,05%) pengasuh dari pasien anak yang mendapatkan antibiotik pada penelitian ini diklasifikasikan tidak patuh terhadap pengobatan. Tingginya ketidakpatuhan pengasuh dalam memberikan antibiotik yang ditemukan dalam penelitian ini selaras dengan hasil penelitian di Padang yang mengungkapkan persentase ketidakpatuhan mencapai 65,2%.²³ Hasil penelitian yang dilakukan di Poliklinik Umum Departemen IKA RSCM, Jakarta menunjukkan hasil yang berbeda dengan tingkat ketidakpatuhan yang lebih sedikit yakni kurang dari 25%.²² Salah satu kemungkinan penyebab perbedaan antara hasil penelitian di Jakarta tersebut dengan hasil penelitian ini adalah beban biaya yang harus ditanggung oleh pengasuh. Pada penelitian ini, pasien hanya perlu membayar Rp 5.000,- untuk mendapatkan fasilitas diagnosis dokter dan obat. Tidak diketahui beban besar biaya pada penelitian di Poliklinik Umum Departemen IKA RSCM. Besar kemungkinan beban biaya di Poliklinik Umum Departemen IKA RSCM lebih tinggi dibandingkan penelitian ini. Besarnya biaya dapat menjadi salah satu pertimbangan bagi pengasuh untuk memberikan obat secara lebih teratur sebagai bentuk tanggung jawab karena telah mengeluarkan biaya tertentu.

Tabel I. Data Demografi Pengasuh

Karakteristik	Persentase (%)
Jenis Kelamin	
Laki-laki	3 (7,89)
Perempuan	35 (92,11)
Total	38 (100,00)
Usia (tahun)	
20-<25	7 (18,42)
≥ 25 -<30	9 (23,68)
≥ 30 -<35	8 (21,05)
≥ 35 -<40	3 (7,90)
≥ 40 -<45	3 (7,89)
≥ 45 -<50	7 (18,42)
≥ 50	1 (2,64)
Total	38 (100,00)
Pendidikan Terakhir	
Tidak Sekolah	1 (2,63)
TK	0 (0,00)
SD	9 (23,68)
SMP, SLTP	5 (13,16)
SMA, SLTA, SMK	19 (50,00)
Sarjana	4 (10,53)
Total	38 (100,00)

Hubungan antara besarnya biaya yang perlu dikeluarkan dan tingkat kepatuhan penggunaan obat perlu dibuktikan lebih lanjut dalam sebuah penelitian. Sampai saat ini belum ditemukan penelitian yang mengidentifikasi keterkaitan antara besarnya biaya dan kepatuhan penggunaan antibiotik pada anak.

Hasil analisis jenis perilaku ketidakepatuhan yang didapat dalam penelitian ini menunjukkan 24 pengasuh (63,16%) tidak patuh terhadap frekuensi pemberian, 24 pengasuh (63,16%) tidak patuh terhadap waktu pemberian, dan 1 pengasuh (2,63%) tidak patuh terhadap dosis pemberian. Sampai saat ini, penelitian ini merupakan penelitian pertama yang mengidentifikasi jenis ketidakepatuhan pengasuh dalam memberikan antibiotik kepada pasien anak. Jenis ketidakepatuhan

paling banyak ditemukan dalam penelitian ini adalah ketidakepatuhan frekuensi dan waktu pemberian.

Ketidakepatuhan frekuensi dan waktu pemberian obat akan sangat berdampak pada ketercapaian target kadar antibiotik dalam tubuh pasien.²⁹ Kemampuan antibiotik dalam mengeradikasi bakteri penyebab infeksi dapat ditentukan oleh dua hal yakni kadar antibiotik dalam tubuh (*concentration-dependent antibiotics*) atau lama waktu kadar antibiotik dalam tubuh berada di atas nilai *minimum inhibitory concentration* (MIC) bakteri (*time-dependent antibiotics*)^{30,31}. *Amoxicillin*, sebagai antibiotik yang paling banyak diresepkan untuk pasien ISPA anak, merupakan *time-dependent antibiotics* yang memiliki waktu paruh pendek^{32,33}. Pemberian secara berulang dengan interval waktu yang tepat perlu dilakukan sebagai upaya untuk

Tabel II. Karakteristik Antibiotik

Nama Antibiotik	Dosis (mg)	Frekuensi	Racikan/tidak	Jumlah Pasien yang Mendapat Antibiotik
<i>Amoxicillin</i>	100	3x1	Racikan	8
<i>Amoxicillin</i>	120	3x1	Racikan	1
<i>Amoxicillin</i>	125	3x1	Racikan	3
<i>Amoxicillin</i>	150	3x1	Racikan	4
<i>Amoxicillin</i>	160	3x1	Racikan	1
<i>Amoxicillin</i>	200	3x1	Racikan	1
<i>Amoxicillin</i>	200	3x ½	Bukan Racikan	1
<i>Amoxicillin</i>	250	3x1	Racikan	2
<i>Amoxicillin</i>	250	3x ½	Bukan Racikan	1
<i>Amoxicillin</i>	300	3x1	Racikan	1
Total				23
<i>Cefadroxil</i>	75	2x1	Racikan	1
<i>Cefadroxil</i>	90	2x1	Racikan	1
<i>Cefadroxil</i>	100	2x1	Racikan	1
<i>Cefadroxil</i>	120	2x1	Racikan	1
<i>Cefadroxil</i>	150	2x1	Racikan	3
<i>Cefadroxil</i>	180	2x1	Racikan	1
<i>Cefadroxil</i>	225	2x1	Racikan	1
<i>Cefadroxil</i>	250	2x1	Racikan	1
Total				10
<i>Erythromycin</i>	150	3x1	Racikan	1
<i>Erythromycin</i>	200	3x1	Racikan	3
<i>Erythromycin</i>	250	3x ½	Bukan Racikan	1
Total				5

mengoptimalkan ketercapaian kadar antibiotik dalam tubuh pasien selama mungkin. Sebanyak minimal 35% dari total waktu per-interval dosis pemberian harus dipastikan bahwa kadar antibiotik dalam darah lebih tinggi dari nilai MIC bakteri.^{34,35} Sebagai contoh, apabila *amoxicillin* diresepkan setiap 6 jam, maka sepanjang minimal 2,5 jam harus dipastikan kadar obat dalam darah lebih tinggi dari MIC bakteri. Pemberian obat sesuai waktu dan dosis akan meningkatkan kemungkinan ketercapaian target tersebut, walaupun masih terdapat faktor lain yang dapat mempengaruhi, antara interaksi obat dan perbedaan profil farmakokinetika antar individu. Intervensi untuk mengatasi masalah ketidakpatuhan pengasuh dalam memberikan antibiotik kepada pasien anak

perlu diupayakan untuk mengoptimalkan terapi pasien dan mencegah kegagalan terapi serta penyebaran kasus resistensi.

Faktor penyebab perilaku pengasuh yang tidak patuh dalam memberikan antibiotik kepada pasien anak dalam penelitian ini dipetakan lebih lanjut menjadi tiga *domain* penentu perilaku seorang individu. Ketiga domain tersebut meliputi *attitude towards behavior* (keyakinan atau harapan seseorang terhadap *outcome* tertentu yang menentukan seseorang berperilaku tertentu), *subjective norm* (persepsi seseorang akan norma sosial atau tekanan yang memaksa seseorang berperilaku tertentu), dan *perceived behaviour control* (keyakinan seseorang untuk menjalankan perilaku tertentu berdasarkan pertimbangan dari

internal dan eksternal faktor).²⁶ Hasil analisis wawancara dengan pengasuh dalam penelitian ini tidak menemukan tema terkait *domain subjective norm*.

Dua tema terkait *attitude towards behavior* beserta dengan beberapa contoh kutipan wawancara yang mendukung dipaparkan pada bagian di bawah ini:

Keyakinan terhadap terjadinya reaksi obat yang tidak dikehendaki (ROTD)

Ketakutan akan terjadinya ROTD menyebabkan pengasuh menghentikan pemberian antibiotik ketika pasien anak menunjukkan tanda perbaikan gejala. Terdapat penelitian yang menunjukkan adanya hubungan antara keyakinan atau persepsi terkait terjadinya suatu ROTD dan kepatuhan penggunaan obat pada pasien kronis.³⁶⁻³⁹ Pada kasus penyakit kronis, ketakutan tersebut sangat dapat dipahami dengan mempertimbangkan lamanya pasien menggunakan obat. Namun pada kasus penggunaan antibiotik yang diresepkan untuk 3-5 hari, keyakinan akan terjadinya ROTD sangat menarik untuk dieksplorasi dalam penelitian lebih lanjut. Beberapa kutipan wawancara dengan pengasuh yang mengarah pada tema ini adalah sebagai berikut:

Kutipan 1: *"iya eh mas, obatnya ga aku kasi semua.. takut lambung anaku ga kuat.. jadi mas, kalo batuk nya muncul baru aku kasi lagi kalo ga ya ngga aku kasi mas.. kasian anaku kebanyakan obat.."*. (pengasuh no.10, perempuan 33 tahun)

Terjemahan: *"iya mas, obatnya tidak saya berikan semua.. takut jika lambung anak saya tidak kuat, (jadi) kalau batuk saja saya berikan obatnya, kalau tidak batuk ya tidak saya berikan... Kasihan anak saya jika terlalu banyak obat"*.

Kutipan 2: *"takut dikasi sering-sering mas, (karena) anak saya masih kecil..nanti malah ga bagus buat badannya.."*. (pengasuh no.33, laki-laki)

Harapan pengasuh terhadap kesembuhan yang tidak realistis

Harapan terhadap kesembuhan yang tidak realistis dalam penelitian ini adalah harapan pengasuh terhadap penggunaan antibiotik di awal penggunaan akan langsung menimbulkan kesembuhan. Apabila *outcome* yang diharapkan tersebut tidak segera muncul, *caregiver* memilih untuk menghentikan pemberian obat. Berikut merupakan beberapa contoh kutipan yang mengindikasikan harapan terhadap *outcome* yang tidak realistis:

Kutipan 1: *"panasnya engga sembuh-sembuh eh mas, jadi saya ga terusin puyernya, saya periksain lagi ke puskesmas.. dapet obat baru.."*. (pengasuh no.28, perempuan 35 tahun)

Terjemahan: *"panasnya tidak sembuh-sembuh mas... jadi saya tidak teruskan pemberian puyernya, (dan) saya periksakan kembali anak saya ke puskesmas.... (dan dari puskesmas) mendapatkan obat baru"*.

Kutipan 2: *"batuknya tidak hilang-hilang mas.. sudah 2 hari diberi obat tidak sembuh-sembuh.. masih demam.. jadi parasetamolnya saja yang saya berikan.."*. (pengasuh no.36, perempuan 48 tahun).

Domain perceived behaviour control pada penelitian ini diklasifikasikan lebih lanjut menjadi dua sub-domain, yaitu: internal dan eksternal. Terdapat empat tema terkait sub-domain internal

Pengetahuan pengasuh terkait antibiotik yang salah

Terdapat dua pengetahuan pengasuh yang salah, yaitu: 1) pengetahuan bahwa antibiotik tidak perlu diberikan apabila kondisi penyakit sudah kelihatan membaik atau sembuh karena apabila dilanjutkan adalah hal yang sia-sia, 2) minum antibiotik harus selalu setelah makan. Chan *et al.* (2012) membuktikan terdapat hubungan antara pengetahuan tentang antibiotik dan kepatuhan penggunaan obat. Pengetahuan tentang antibiotik yang rendah merupakan salah satu faktor risiko penyebab perilaku ketidakpatuhan penggunaan antibiotik.⁴⁰ Intervensi berupa pemberian edukasi pada pengasuh anak diharapkan dapat memperbaiki pengetahuan terkait antibiotik.

Dengan mempertimbangkan perbedaan budaya dan tingkat edukasi sumber daya manusia Indonesia yang berbeda dari negara lain, khususnya negara maju, penelitian lebih lanjut perlu dilakukan untuk menemukan bentuk dan materi edukasi yang paling sesuai dengan kebutuhan masyarakat Indonesia. Berikut adalah beberapa contoh kutipan yang menunjukkan pengetahuan pengasuh yang salah:

Kutipan 1: "anaknya kelihatan sudah sembuh eh mas.. jadi tidak saya beri obat lagi..". (pengasuh no.28, perempuan 35 tahun).

Kutipan 2: "*jadi mas..obatnya biasanya dikasi tiap habis makan.. kita cuma biasanya makan dua kali aja eh mas.. ya jadi dikasi obatnya tiap dua kali, pagi habis makan, sore habis makan lagi.. bukan tiga kali, kayak yang dikasi tau..*". (pengasuh no.8, laki-laki 56 tahun).

Terjemahan: "jadi (begini) mas.. obat seharusnya diberikan setiap habis makan... (pada realitanya) kita setiap hari hanya makan dua kali saja.. ya jadi obatnya diberikan dua kali, (yaitu) pagi sehabis makan dan sore sehabis makan juga... (saya) tidak berikan tiga kali sebagaimana yang dianjurkan....".

Rutinitas atau kesibukan pengasuh

Kesibukan juga terbukti sebagai salah satu faktor penyebab ketidakpatuhan dalam penelitian terpublikasi yang lain.^{37,39} Rutinitas atau kesibukan yang mempengaruhi perilaku tidak patuh dalam penelitian ini dapat berupa aktivitas sehari-hari maupun pekerjaan. Aktivitas sehari-hari dalam penelitian ini adalah kegiatan yang tidak berdampak pada penambahan finansial secara langsung seperti antar jemput anak yang lain, memasak dan lain-lain. Berikut adalah beberapa contoh kutipan yang mengindikasikan faktor aktivitas sehari-hari:

Kutipan1: "sempat lupa memberikan obat (pada hari) Senin.. karena Senin (saya) sibuk masak, (kemudian) ada keluarga yang datang.. (dan) siangnya antar jemput kakak (dari pasien anak) sekolah..". (pengasuh no.32, perempuan 30 tahun),

Selain aktivitas sehari-hari, penyebab perilaku tidak patuh pengasuh pasien pada penelitian ini adalah pekerjaan. Berikut beberapa contoh kutipan yang mengindikasikan faktor pekerjaan yaitu:

Kutipan 1: "jadi biasanya (obat) diberikan pagi sebelum saya berangkat kerja..dan malam setelah saya pulang kerja.. (jadi) siang tidak diberikan karena (anak) saya titipkan ke tetangga.. ayahnya juga seharian kerja proyek.. (jadi) tidak ada yang bisa memberikan obat". (pengasuh no.5, perempuan 23 tahun).

Kutipan 2: "saya juga sering tidak sempat memberikan obat karena (saya harus) membuat kue terus setiap hari.. untuk dijual". (pengasuh no.28, perempuan 35 tahun)

Lupa

Lupa menggunakan obat merupakan salah satu faktor penyebab ketidakpatuhan yang ditemukan bukan hanya dalam penelitian ini melainkan juga dalam penelitian lain.^{37,39,41} Berikut adalah contoh kutipan yang mengindikasikan faktor lupa:

Kutipan 1: "saya ini tantenya mas.. saya yang memberikan obat jika ibunya bekerja.. jadi kalau (pasien anak) kembali dengan ibunya (saya) kadang lupa untuk membawakan obatnya, jadi kadang tidak diberikan obatnya..". (pengasuh no.34, wanita 36 tahun).

Rasa solidaritas untuk berbagi obat

Faktor berbagi obat dalam penelitian ini adalah pasien memberikan obat kepada orang lain yang dalam hal ini adalah keluarga pasien. Belum terdapat publikasi yang menemukan rasa solidaritas untuk berbagi obat sebagai penyebab ketidakpatuhan. Faktor ini dapat dipahami menjadi faktor unik penyebab ketidakpatuhan di Indonesia dengan mempertimbangkan budaya negara Indonesia yang komunal dan menekankan pada sikap kekeluargaan. Salah satu bentuk dari budaya tersebut adalah kebiasaan berbagi dengan orang lain, dan dalam hal ini yang dibagikan adalah obat. Sebagai akibat

dari perilaku tersebut, pasien anak tidak mendapatkan obat sesuai dengan seharusnya. Berikut adalah kutipan yang mengindikasikan faktor berbagi obat:

Kutipan 1: "jadi begini...dari hari Senin kembarannya (pasien anak) sepeti tertular batuk, jadi saya beri juga obatnya tiga kali sampai hari selasa, nahhh ketika batuknya sudah hilang saya tidak berikan ke kembarannya lagi..". (pengasuh no.27, wanita 30 tahun).

Terdapat satu tema terkait sub-domain eksternal.

Jenis sediaan yang diberikan

Faktor jenis sediaan dalam penelitian ini yang dimaksud adalah tablet atau puyer sehingga dalam pemberiannya sering ditolak oleh pasien anak. Berikut beberapa contoh kutipan yang mengindikasikan faktor jenis sediaan yang diberikan yaitu:

Kutipan 1: "kasihan eh mas, setiap puyer diberikan pasti dimuntahkan.. katanya pahit.. jadi tidak saya teruskan.."(pengasuh no.37, wanita 49 tahun).

Dibandingkan dengan dua penelitian lain yang serupa di Indonesia, penelitian ini merupakan penelitian pertama yang memetakan faktor penyebab perilaku ketidapatuhan pengasuh dalam memberikan antibiotik yang menggunakan *Theory of planned behavior* sebagai dasar analisis. Penelitian yang dilakukan di Padang menemukan beberapa faktor yang menyebabkan perilaku tidak patuh pengasuh dalam memberikan obat, yaitu: sibuk, lupa, pasien anak terkesan sudah sembuh, dan anak tidak dapat menelan obat, dan faktor-faktor tersebut juga ditemukan dalam penelitian ini.²³ Rasa obat yang tidak enak, lupa dalam memberikan obat, dan sibuk merupakan beberapa faktor yang ditemukan dalam penelitian yang dilakukan di Poliklinik Umum Departemen IKA RSCM dan, juga, ditemukan dalam penelitian ini.²² Mahalnya harga obat yang merupakan salah satu faktor penyebab ketidapatuhan dalam penelitian Wibowo *et al.* tidak ditemukan dalam penelitian ini. Harga yang relatif terjangkau

untuk mendapatkan paket diagnosis dan obat dapat menyebabkan pengasuh dalam penelitian tidak mengalami masalah untuk mendapatkan obat sehingga faktor harga tidak mempengaruhi perilaku ketidapatuhan dalam penelitian ini. Harapan yang tidak realistis terkait *outcome* dan rasa solidaritas untuk berbagi obat merupakan dua tema penyebab ketidapatuhan yang tidak ditemukan dalam pustaka terpublikasi di Indonesia yang lain.

KESIMPULAN

Perilaku ketidapatuhan dalam memberikan antibiotik kepada pasien anak ditemukan pada 71% pengasuh yang terlibat dalam penelitian ini. Tidak patuh terhadap frekuensi pemberian dan waktu pemberian merupakan jenis ketidapatuhan terbanyak ditemukan dalam penelitian ini. Adanya keyakinan terhadap reaksi obat yang tidak dikehendaki (ROTD), harapan terhadap kesembuhan/*outcome* yang salah, pengetahuan *caregiver* yang salah tentang antibiotik, rutinitas/kesibukan *caregiver*, lupa, fenomena berbagi obat, serta jenis penyediaan sediaan yang diberikan merupakan penyebab perilaku ketidapatuhan pengasuh dalam memberikan antibiotik. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mengidentifikasi intervensi terbaik sebagai upaya pencegahan semakin besarnya dampak ketidapatuhan penggunaan antibiotik di Indonesia. Kerjasama yang solid antara institusi pendidikan tinggi, dinas kesehatan, dan tenaga kesehatan setempat diharapkan mampu menciptakan intervensi yang menjawab kebutuhan lokal suatu wilayah.

PENDANAAN

Penelitian ini tidak didanai oleh sumber hibah manapun.

KONFLIK KEPENTINGAN

Peneliti menyatakan tidak terdapat konflik kepentingan apapun pada penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. World Health Organization. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>. Dipublikasikan 2014. Diakses 19 Mei 2015
2. Simon AK, Hollander GA, McMichael A. Evolution of the immune system in humans from infancy to old age. *Proc Biol Sci*. 2015;282(1821):20143085.
3. Gervassi AL, Horton H. Is Infant Immunity Actively Suppressed or Immature?. *Virology*. 2014;2014(5):1-9.
4. Morris SK, Bassani DG, Awasthi S, Kumar R, Shet A, Suraweera W, et al. Diarrhea, pneumonia, and infectious disease mortality in children aged 5 to 14 years in India. *Plos One*. 2011;6(5):e20119.
5. Thomson M, Vodicka TA, Buckley DI, Heneghan C, Hay AD. Duration of symptoms of respiratory tract infections in children: systematic review. *BMJ*. 2013;347:f7027.
6. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. <http://labdata.litbang.depkes.go.id/riset-badan-litbangkes/menu-risikesnas/menu-risikesdas/374-rkd-2013>. Dipublikasikan 2013. Diakses 19 Mei 2015.
7. Hersh AL, Jackson MA, Hicks LA. Principles of judicious antibiotic prescribing for upper respiratory tract infections in pediatrics. *Pediatrics*. 2013;132(6):1146-54.
8. Teng CL. Antibiotic prescribing for upper respiratory tract infections in the Asia-Pacific region: A brief review. *Malays Fam Physician*. 2014;9(2):18-25.
9. Pan AJ, Mei Q, Ye Y, Li HR, Liu B, Li JB. Validation of the mutant selection window hypothesis with fosfomycin against *Escherichia coli* and *Pseudomonas aeruginosa*: an in vitro and in vivo comparative study. *J Antibiot*. 2017;70:166-173.
10. Woolhouse M, Waugh C, Perry MR, Nair H. Global disease burden due to antibiotic resistance-state of the evidence. *J Glob Health*. 2016;6(1):010306.
11. Gandra S, Barter DM, Laxminarayan R. Economic burden of antibiotic resistance: how much do we really know?. *Clin Microbiol Infect*. 2014;20(10):973-980.
12. Ciorba V, Odone A, Veronesi L, Pasquarella C, Signorelli C. Antibiotic resistance as a major public health concern: epidemiology and economic impact. *Ann Ig*. 2015;27(3):562-579.
13. Fernandes M, Leite A, Basto M, Nobre MA, Vieira N, Fernandes R, et al. Non-adherence to antibiotic therapy in patients visiting community pharmacies. *Int J Clin Pharm*. 2014;36(1):86-91.
14. Axelsson M. Report on personality and adherence to antibiotic therapy: a population-based study. *BMC Psychol*. 2013;1(1):24.
15. Eells SJ, Nguyen M, Jung J, Macias-Gil R, May L, Miller LG. Relationship between adherence to oral antibiotics and postdischarge clinical outcomes among patients hospitalized with *Staphylococcus aureus* skin infections. *Antimicrob Agents Chemother*. 2016;60(5):2941-2948.
16. Francis NA, Gillespie D, Nuttall J, Hood K, Little P, Verheij T, et al. Antibiotics for acute cough: an international observational study of patient adherence in primary care. *Br J Gen Pract*. 2012;62(599):e429-e437.
17. Llor C, Hernandez S, Bayona C, Moraqas A, Sierra N, Hernandez M, et al. A study of adherence to antibiotic treatment in ambulatory respiratory infections. *Int J Infect Dis*. 2013;17(3):e168-172.

18. Grosso G, Marventano S, Ferranti R, Mistretta A. Pattern of antibiotic use in the community: non-adherence and self-prescription rates in an Italian urban population. *Mol Med Rep.* 2012;5:1305-1310.
19. Sari WDM. *Studi perbandingan kepatuhan penggunaan antibiotik di apotek Bhumyamca dan Tiara 2.* [Bachelor Thesis]. Surabaya: Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya; 2015.
20. Pranata R. *Kepatuhan penggunaan antibiotik jangka pendek pada pasien dewasa di puskesmas Andalas kota Padang.* [Bachelor Thesis]. Padang: Universitas Andalas; 2016.
21. Siwi YR. *Evaluasi kerasionalan penggunaan antibiotika untuk infeksi menular seksual (IMS) pada tahun 2006 di kalangan pekerja seks komersial (PSK) di lokasi Pasar Kembang Yogyakarta.* [Bachelor Thesis]. Yogyakarta: Universitas Sanata Dharma; 2007.
22. Wibowo R, Soedibyo S. Kepatuhan berobat dengan antibiotik jangka pendek di poliklinik umum departemen ilmu kesehatan anak rumah sakit dr.Cipto Mangunkusumo, Jakarta. *Sari Pediatri.* 2008;10(3):171-176.
23. Yosmar R, Fitria A, Yuliandra Y, Arifin H. Evaluation of parents' adherence in giving antibiotics on respiratory tract infections (RTI) and factors associated with adherence. *Res J Pharm Biol Chem Sci.* 2016;7(1):1662-1665.
24. Peters RM, Templin TN. Theory of planned behavior, self-care motivation, and blood pressure self-care. *Res Theory Nurs Pract.* 2010;24(3):172-186.
25. Plotnikoff RC, Lippke S, Courneya K, Birkett N, Sigal R. Physical activity and diabetes: an application of the theory of planned behaviour to explain physical activity for Type 1 and Type 2 diabetes in an adult population sample. *Psychol Health.* 2010;25(1):7-23.
26. Ogden J. *Health psychology: a textbook.* 4th ed. Open Berkshire, UK: University Press;2007.
27. Zheng L, Zhang L, Hu Z, Ehle EA, Chen Y, Liu L, et al. Systematic review of evidence-based guidelines on medication therapy for upper respiratory tract infection in children with AGREE instrument. *Plos One.* 2014;9(2):e87711.
28. Le Doare K, Barker CIS, Irwin A, Sharland M. Improving antibiotic prescribing for children in the resource-poor setting. *Br J Clin Pharmacol.* 2015;79(3):446-455.
29. Loftson T. *Essential Pharmacokinetics: a primer for pharmaceutical scientists.* Oxford, UK:Academic Press;2015
30. Asín-Prieto E, Rodríguez-Gascón A, Isla A. Applications of the pharmacokinetic/pharmacodynamic (PK/PD) analysis of antimicrobial agents. *J Infect Chemother.* 2015;21(5):319-329.
31. Fish DN, Kiser TH. Correlation of pharmacokinetic/pharmacodynamic-derived predictions of antibiotic efficacy with clinical outcomes in severely ill patients with *Pseudomonas aeruginosa* pneumonia. *Pharmacotherapy.* 2013;33(10):1022-34.
32. Levison ME, Levison JH. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of antibacterial agents. *Infect Dis Clin North Am.* 2009;23(4):791-815.
33. Takemoto CK, Hodding JH, Kraus DM. *Pediatric & Neonatal Dosage Handbook.* 20 ed. Hudson, Ohio: Lexi-Comp, Inc;2013.
34. Nielsen EL, Cars O, Friberg LE. Pharmacokinetic/pharmacodynamics (PK/PD) indices of antibiotics predicted by semimechanistic PKPD model: a step toward model-based dose optimization. *Antimicrob Agents Chemother.* 2011;55(10) :4619-4630.
35. MacGowan A. Revisiting beta-lactams-PK/PD improves dosing of old antibiotics. *Curr Opin Pharmacol.* 2011;11:470-476.

36. Chao J, Nau DP, Aikens JE. Patient-reported perceptions of side-effects of antihyperglycemic medication and adherence to medication regimens in persons with diabetes mellitus. *Clin Ther.* 2007;29(1):177-180.
37. Okoronkwo I, Okeke U, Chinweuba A, Iheanacho P. Nonadherence factors and sociodemographic characteristics of hiv-infected adults receiving antiretroviral therapy in Nnamdi Azikiwe University Teaching Hospital, Nnewi, Nigeria. *ISRN AIDS.* 2013; 2013: 843794.
38. Okuboyejo S. Non-adherence to medication in outpatient setting in nigeria: the effect of employment status. *Glob J Health Sci.* 2014;6(3):37-44.
39. Lee WP, Lee SSS, Xin X, Thumboo J. Towards a better understanding of reasons for non-adherence to treatment among patients with rheumatoid arthritis: A focus group study. *Proceedings of Singapore Healthcare.* 2017;26(2):109-113.
40. Chan YH, Fan MM, Fok CM, Lok ZL, Ni M, Sin CF, et al. Antibiotics nonadherence and knowledge in a community with the world's leading prevalence of antibiotics resistance: implications for public health intervention. *Am J Infect Control.* 2012 Mar;40(2):113-117.
41. Medi RK, Mateti UV, Kanduri KR, Konda SS. Medication adherence and determinants of non-adherence among south Indian diabetes patients. *Journal of Social Health and Diabetes.* 2015;3:48-51