TESIS

UPAYA PENINGKATAN MUTU PELAYANAN INSTALASI FARMASI RS. SITI KHODIJAH SEPANJANG BERDASARKAN ASPEK *DISTINCTIVE COMPETENCIES*

(Studi *Benchmarking* di RS Muhammadiyah Lamongan)

TKA S07
MUZ
u

AKHMAD MUZAIRI

PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2006

UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

UPAYA PENINGKATAN MUTU PELAYANAN INSTALASI FARMASI RS. SITI KHODIJAH SEPANJANG BERDASARKAN ASPEK *DISTINCTIVE COMPETENCIES*

(Studi *Benchmarking* di RS. Muhammadiyah Lamongan)

TESIS

Untuk memperoleh gelar Magister
Dalam Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Dengan Kekhususan Administrasi Rumah Sakit
Pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga

Oleh:

AKHMAD MUZAIRI
NIM 090210447L

PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2006

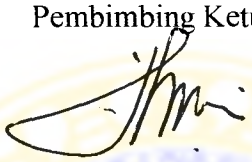
Lembar pengesahan

TESIS INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL,

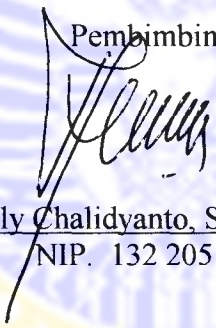
Oleh:

Pembimbing Ketua



Thinni Nurul R.,Dra.Ec.,M.Kes
NIP. 131 949 829

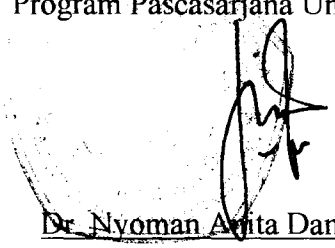
Pembimbing



Djazuly Chalidyanto, SKM.,MARS
NIP. 132 205 651

Mengetahui,

Ketua Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Program Pascasarjana Universitas Airlangga



Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg., MS
NIP. 131 871 470

Ujian pada Tanggal : 2 Maret 2006

PANITIA PENGUJI TESIS,

Ketua : Widodo J. Pudjirahardjo, dr., M.S., M.PH., DrPH

Anggota :
1. Thinni Nurul R.,Dra.Ec.,M.Kes
2. Djazuly Chalidyanto, SKM.,MARS
3. Ratna D. Wulandari, SKM.,M.Kes
4. M. Thohir HS.,dr.,MS
5. Riyanto, Drs., Apt., M.Kes

UCAPAN TERIMAKASIH

Alhamdulillahirobbil 'alamin,

Ya Allah, Ya Adhim, puji syukur saya panjatkan kehadirat-Mu Ya Allah. Enggkaulah penggenggam seluruh ruh hamba-Mu. Tiada satupun makhluk-Mu yang dapat memperpanjang desahan nafasnya walaupun hanya sedetik saja. Ya Allah hanya atas karunia-Mu semata, hamba yang lemah ini dapat menyelesaikan tugas akhir ini. Ya Allah, perkenankanlah dalam kesempatan ini hamba mengucapkan terimakasih pada orang-orang yang telah membantu hamba dengan tulus.

1. Kepada Ibu Thinni Nurul R.,Dra.Ec.,M.Kes selaku pembimbing ketua yang dengan sifat keibuannya selalu memperhatikan, memberi semangat, membimbing dan selalu mengingatkan saya untuk selalu bersungguh-sungguh.
2. Kepada Bapak Djazuly Chalidyanto, SKM.,MARS selaku pembimbing. Bapak lebih dari sekedar pembimbing di hati saya.
3. Kepada Bapak Widodo J. Pudjirahardjo, dr., M.S., M.PH., DrPH, yang dengan tulus memberikan ilmu kepada saya, dari bapaklah jendela mata hati saya terbuka untuk menambah wawasan tentang perumahsakitan.
4. Kepada Ibu Dr.drg. Nyoman Anita D., MS, selaku Ketua Program serta seluruh staf pengajar dan pengelola Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Pascasarjana Universitas Airlangga, mbak Ade, mbak

Ira, mas Kukuh serta mas Ari yang dengan sabar dan tulus telah membantu saya selama ini.

5. Kepada Bapak Rektor Universitas Airlangga, Prof. Dr.Med. Puruhito, dr., SpBTKV atas kesempatan yang diberikan kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Magister pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga
6. Direktur Program Pascasarjana Universitas Airlangga, Prof. Dr. H. Muhammad Amin, dr., SpP(K), atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan untuk menjadi mahasiswa Program Magister pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga
7. Kepada Bapak Samsul Islam, dr.,SpMk.,M.Kes selaku ketua Majelis Kesehatan dan Kesejahteraan Masyarakat Pimpinan Wilayah Muhammadiyah Jawa Timur yang selalu memberi dorongan pada saya untuk melanjutkan studi pada Program Pascasarjana.
8. Kepada Bapak Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo dan Bapak Direktur Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan atas kesempatan yang diberikan pada saya untuk melakukan penelitian ini .
9. Untuk mbak Ririn dan mbak Nuryati selaku apoteker dan pimpinan di instalasi farmasi dimana saya melakukan penelitian, seluruh staf instalasi farmasi RS Siti Khodijah Sepanjang dan RS Muhammadiyah Lamongan, terimakasih atas segala bantuannya.

10. Untuk ayahku (alm) dan ibuku tercinta yang telah berkorban segalanya demi kemaslahatan putra putrinya, ibu.... terimakasih atas segala dorongan dan doa restunya.
11. Untuk sejawatku Setya Budiono dan istrinya (almarhumah) mbak Tutik, sungguh keluarga ini bukan sekedar teman, sahabat tetapi sudah seperti keluarga dekatku, terimakasih atas segala kebaikannya selama ini, semoga almarhumah mendapatkan tempat yang mulya di sisiNya.
12. Untuk seluruh staf dan karyawan RSI "Hasanah Muhammadiyah Mojokerto dan RSI Kalianget Sumenep atas pengertian, kesabaran, dukungan, dan doanya
13. Dan akhirnya .....kepada istriku tercinta dan anak-anakku tersayang Ilham, Sabil dan Faza atas pengorbanan waktu, dorongan, semangat dan dukungan hingga selesainya studi ini, *jazakumullah khoiron katsiro.*

Akhirnya kepada orang-orang yang telah membantu saya. Anda tahu siapa anda, terimakasih atas segala bantuannya. Semoga Allah senantiasa melapangkan jalan kita semua ke surga-Nya. Amin Ya Robbal 'Alamin.

Surabaya, Februari 2006

RINGKASAN

Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Instalasi Farmasi RS. Siti Khodijah Sepanjang Berdasarkan Aspek *Distinctive Competencies*

(Studi *Benchmarking* di RS. Muhammadiyah Lamongan)

Akhmad Muzairi

Keunggulan bersaing menjadi isu utama bagi sebuah organisasi bisnis pada saat ini, demikian pula dengan organisasi instalasi farmasi rumah sakit. Keunggulan tersebut diharapkan mampu memberi kepuasan kepada kastemer instalasi farmasi rumah sakit, yang pada akhirnya membuat kastemer melakukan pengulangan pembelian. Keadaan tersebut akan menjadikan kastemer yang setia.

Dari hasil survei pada bulan mei 2004 menunjukkan bahwa resep lolos sebesar 41%, padahal target manajemen tidak boleh lebih dari 30%. Peningkatan mutu pelayanan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Siti Khodijah (IF RSSK) menjadi fokus penanganan, karena berdasarkan hasil survei berkala menunjukkan 31,8 % kastemer tidak puas terhadap kecepatan pelayanan. Ketidakpuasan tersebut diasumsikan sebagai penyebab resep lolos. Untuk meningkatkan mutu pelayanan farmasi di IF RSSK, maka dilakukan studi *benchmark* dengan Instalasi Farmasi Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan (IF RSML). Rumah sakit ini dipilih karena berdasarkan survei pada bulan Oktober 2004, angka resep yang lolos hanya 4%.

Studi *benchmarking* ini bertujuan untuk mengukur tingkat pengetahuan dan sikap manajer dan petugas pelaksana IF SSK dan IF RSML, mengukur *resources* yang dimiliki IF RSSK dan IF RSML, mengukur *organizational capabilities* IF RSSK dan IF RSML, menganalisis *distinctive competencies* (kondisi ruang tunggu, kenyamanan ruang tunggu, kondisi kemasan, kondisi etiket, informasi tata cara antrian, dan penjelasan tata cara minum dan efek samping obat) IF RSSK dan IF RSML, mengukur kepuasan kastemer IF RSSK dan IF RSML. Pengukuran pengetahuan dan sikap petugas dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang diisi secara mandiri. *Resources* (fasilitas dan peralatan serta Staf dan pimpinan) dan *organizational capabilities* (falsafah dan tujuan pelayanan farmasi, pelayanan berorientasi pada kebutuhan pasien, struktur organisasi, Panitia Farmasi dan Terapi, Kebijakan dan protap tertulis tentang pelayanan farmasi, program orientasi pegawai baru, program pendidikan berkelanjutan, program peningkatan mutu, manajemen data dan pertemuan berkala) dinilai dengan wawancara mendalam kepada manajer IFRS dengan menggunakan pedoman wawancara. *Distinctive competencies* dan kepuasan kastemer diukur dari persepsi kastemer dengan menggunakan kuesioner yang diisi secara mandiri. Untuk melihat adakah hubungan antara *distinctive competencies* dengan kepuasan kastemer, maka hasil penilaian kastemer tersebut dianalisis dengan menggunakan uji statistik korelasi Pearson. Hasil penelitian dipakai sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi upaya peningkatan mutu pelayanan IF RSSK.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan petugas IF RSSK untuk seluruh item pertanyaan relatif lebih rendah jika dibandingkan dengan petugas IF RSML. Rata-rata nilai terendah adalah pengetahuan petugas tentang kastemer (39,05). Sikap petugas dalam mendukung terciptanya *distinctive competencies* di IF RSSK dan IF RSML ternyata sama-sama mendukung. Berdasarkan penilaian kastemer bahwa *distinctive competencies* yang dimiliki oleh IF RSML dinilai lebih baik jika dibandingkan dengan IF RSSK. Kepuasan kastemer terhadap pelayanan di IF RSML ternyata lebih tinggi dari pada kastemer di IF RSSK . Dengan menggunakan uji korelasi dari pearson dapat disimpulkan ada hubungan antara *distinctive competencies* dengan kepuasan kastemer ($p = 0,001$, $\alpha = 0,05$). Penilaian *resources* di antara kedua IFRS menunjukkan bahwa *reources* dikedua IFRS sama-sama memadai akan tetapi di IF RSML punya kelebihan yaitu adanya intranet yang sedang uji coba rekam medik elektronik. *Organizational capability* IF RSML sudah memadai untuk seluruh item, sedangkan di IF RSSK hampir seluruh item tidak memadai.

Kesimpulan penelitian adalah *distinctive competencies* IF RSSK lebih rendah jika dibandingkan dengan IF RSML. *Distinctive competecies* yang rendah menyebabkan tingkat kepuasan kastemer di IF RSSK lebih rendah jika dibandingkan dengan IF RSML, karena didapatkan ada hubungan yang kuat antara *distinctive competencies* yang dimiliki IFRS dengan tingkat kepuasan kastemer.

Dari hasil studi *benchmark* tersebut, maka disusun rekomendasi upaya peningkatan mutu pelayanan di IF RSSK. Rekomendasi yang dibuat dipertajam dengan melakukan *Focus Group Discussion* (FGD). FGD dilakukan dengan mengundang manajemen IF RSSK dan RS Siti Khadijah. Fasilitator didatangkan ahli farmasi rumah sakit dari RS Dr. Soetomo Surabaya. Adapun rekomendasi yang dihasilkan adalah sebagai berikut : 1. Pengetahuan dan Sikap petugas :a). membuat program peningkatan kualitas sumber daya manusia (SDM), b). mempertahankan bahkan meningkatkan sikap serta komitmen terhadap terciptanya *distinctive competencies, 2. Resources :* a). mengembangkan SIRS yang ada ke arah intranet (rekam medik elektronik, resep elektronik), b.) menata kembali ruang tunggu, c). Menambah fasilitas bacaan di ruang tunggu. 3. *Organizational capability* : a). menata kembali struktur organisasi dengan pertimbangan bahwa saat ini telah berkembang pelayanan farmasi klinik, b). melengkapi uraian tugas masing-masing petugas, c). melengkapi kebijakan tertulis dan prosedur tetap tertulis tentang pelayanan farmasi di rumah sakit, d). membentuk panitia mutu rumah sakit e). membentuk panitia farmasi dan terapi, f). Membuat, mengembangkan dan memelihara standarisasi obat (formularium) rumah sakit,

SUMMARY

Improving Quality of Service at Pharmacy Installation of Siti Khodijah Hospital through Distinctive Competencies
(A Benchmarking Research in Muhammadiyah Hospital of Lamongan)

Akhmad Muzairi

Competitive advantage is the main issue for the business organization, including the installation of pharmacy. It could make the customer satisfy. It could make them opportunities to make transaction not just for one time. They will be come a loyal customer.

The result of survey that had been arranged in the Pharmacy Installation of Siti Khodijah Hospital at May 2004 showed the prescription lost about 41%. It was more than manager's expectation. They wanted the lost of prescription was less than 30%. It could be caused the quality of service is poor. It was assumed from the regular survey for quality of service that showed 31,8% of customers were dissatisfied. Quality improvement becomes a priority to handle.

The purpose of this research is to get the ways to improve the quality of service in the Pharmacy Installation of Siti Khodijah Hospital. The method that be used, was a benchmark study with the other hospital. It was Muhammadiyah Hospital of Lamongan. It was choose because they can handle the prescription lost problem. The prescription lost happened in there was only 4%.

This study has purpose to learn about the knowledge and attitude of the officers in Pharmacy Installation. It also learned the resource (facility, equipment, human resources), organizational capabilities (the philosophy and goal of pharmacy delivery, patient oriented, organizational structure, Therapy and Pharmacy Committee, Policy and standard operating procedure about pharmacy delivery, orientation programme for new employee, Continuing education programme, quality improvement programme, data management and regular meeting), and distinctive competencies (the condition of waiting room, the comfort ness of the waiting room, the drugs package condition , labeling, the queuing system and the explanation about drug administration and adverse reaction). The customer satisfied, as indicator for quality service, were measured and analyzed. The analyzing was about the correlation between distinctive competencies and customer satisfaction. The results were used as information to improve quality of service in the Pharmacy Installation of Siti Khodijah Hospital. The officer's knowledge and attitude are measured by filling the questionnaire by themselves. The resources and the organizational capabilities are measured by deep interview for the managers. This interview is organized by guideline that constructed before. Customer assessed the distinctive competencies and customer satisfaction. It use the questionnaire that filled by them selves. The results of customers assessment, the distinctive competencies and customer satisfaction, are analyzed with statistical method, Pearson's correlation, in order to know the correlation between distinctive competencies and customer satisfaction.

The results of study are shown some differences between the two hospitals. First, the knowledge level of the officers of Pharmacy Installation of Siti Khodijah Hospital is lower than Muhammadiyah of Lamongan in all items. The lowest result is the officer's customer knowledge (39,05). There is no difference in the attitude; both of them give the support. The customers assess that the distinctive competencies of Pharmacy Installation of Siti Khodijah Hospital is worse than the opponent. The customers of Muhammadiyah Hospital of Lamongan are more satisfy than customer of Siti Khodijah Hospital. The Pearson's correlation shown that customer satisfaction has correlated with distinctive competencies ($p = 0,001$, $\alpha = 0,05$). Both of the pharmacy installations have proper resources, but The Muhammadiyah Hospital of Lamongan has more advantage. There is an intranet system that was tested in electronic medical record unit. The organization capability of The Pharmacy Installation of Siti Khodijah Hospital is not good, comparing with The Muhammadiyah Hospital of Lamongan. All of items in The Muhammadiyah Hospital of Lamongan is fulfill, nor the opposite.

The conclusions are the distinctive competencies of The Pharmacy Installation of Siti Khodijah Hospital are lower than The Pharmacy Installation of Muhammadiyah of Lamongan Hospital. That condition makes the customer satisfaction of The Pharmacy Installation of Siti Khodijah Hospital is lower, comparing The Pharmacy Installation of Muhammadiyah of Lamongan Hospital. There is evidence that customer satisfaction is associated with distinctive competencies.

The focus group discussion was arranged in order to get the strategic issues. The participants are the managers of The Pharmacy Installation of Siti Khodijah Hospital and the managers of the Siti Khodijah Hospital. The facilitator is the man who expert in hospital pharmacy from Dr. Soetomo Hospital of Surabaya. The issues would be used to improve the performance of The Pharmacy Installation of Siti Khodijah Hospital. The recommendations are: 1. the knowledge and attitude of the officers: a). Organizing human resource development programme b) Maintaining or even improve the commitment and the attitude to create the distinctive competencies, *2.* Resources: a). Improve the hospital information system become the intranet system (e-medical record, e-prescribing), b.) Reset the waiting room. c). Add reading facilities in waiting room, 3. Organizational capability: a). Organization restructuring that consider the developing of clinical pharmacy delivery, b). Making complete the job descriptions c). Make the pharmacy delivery policy and standard operational procedure completely, d). Build the hospital quality committee, e). Build the pharmacy and therapy committee, f). Make, improve and maintain hospital's drugs list.

ABSTRACT

Improving Quality of Service at Pharmacy Installation of Siti Khodijah Hospital through Distinctive Competencies
(A Benchmarking Research in Muhammadiyah Hospital of Lamongan)

Akhmad Muzairi

According the result of regular survey which arranged at Pharmacy Installation of Siti Khodijah Hospital, 31,8% of the customer is not satisfied. This is predicted as the cause of the prescription loss at this hospital. The survey that had held at May 2004 show that 41% prescriptions were lost, but the management target is less than 30%. This is become a problem that will be studied in this research.

The method of the study is benchmark study with Pharmacy Installation of Muhammadiyah Hospital of Lamongan. It was choice, because that hospital has good performance in prescription handling. The study's tools are questionnaire for officers and customer, and deep interview for the managers. The variables that measured are the officer's knowledge and attitude about pharmacy delivery, resource, customer satisfaction, organizational capabilities, and distinctive competencies. All of pharmacy officers and manager become the participants to measure the knowledge and attitude. The resources and distinctive competencies measured by observed by checklists. The customer, as participant to measure the customer satisfaction, be choice by quota sampling method.

The results of study are shown some differences between the two hospitals. The differences are the knowledge level, the distinctive competencies, organizational capabilities and customer satisfaction. There is no difference in the attitude. The customers assess that the distinctive competencies of Pharmacy Installation of Siti Khodijah Hospital is worse than the opponent. The Pearson's correlation shown that customer satisfaction has correlated with distinctive competencies ($p = 0,001$, $\alpha = 0,05$).

The focus group discussion was arranged in order to get the strategic issues. The recommendations are to improve the knowledge and attitude of the officers, resources, and organizational capability.

Key words: distinctive competencies, installation of pharmacy, customer service, benchmarking

DAFTAR ISI

Halaman

Sampul Dalam i
Prasyarat Gelar ii
Persetujuan iii
Penetapan Panitia iv
Ucapan Terimakasih v
Ringkasan viii
Summary x
Abstract xii
DAFTAR ISI xiii
DAFTAR TABEL xvi
DAFTAR GAMBAR xviii
DAFTAR LAMPIRAN xix
DAFTAR SINGKATAN xx

BAB 1 PENDAHULUAN 1
1.1 Latar Belakang Masalah 1
1.2 Kajian Masalah 5
1.3 Rumusan Masalah 8
1.4 Tujuan Penelitian 9
1.4.1 Tujuan umum 9
1.4.2 Tujuan khusus 9
1.5 Manfaat Penelitian 9
BAB 2 2 TINJAUAN PUSTAKA 11
2.1 Pelayanan Farmasi Rumah Sakit 11
2.2 Manajemen Perubahan 14
2.3 *Distinctive Competencies* 14
2.4 *Resources* 15
2.4.1 Pengetahuan 16
2.4.2 Sikap 18
2.4.3 Psikomotor 19
2.5. *Organizational Capability* 21
2.6. *Competitive Advantage* 22
2.6.1 Diferensiasi 22
2.6.2 Keunggulan biaya menyeluruh 22
2.6.3 Fokus 23
2.7 Kepuasan Katemer 24
2.8 *Benchmarking* 24
2.8.1 Definisi *Benchmarking* 24
2.8.2 Tujuan *Benchmarking* 26
2.8.3 Prinsip *Benchmarking* 27

	2.8.4 *Benchmarking* Strategi	28
	2.8.5 Jenis *Benchmarking*	29
	2.8.6 Proses *Benchmarking*	32
	2.6.7 Syarat Keberhasilan *Benchmarking*	34
	2.7 *Focus Group Discussion* (FGD)	34
BAB 3	3 KERANGKA KONSEPTUAL	38
BAB 4	4 METODE PENELITIAN	40
	4.1 Rancangan Penelitian	40
	4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Tehnik Pengambilan Sampel	40
	4.2.1 Populasi	40
	4.2.2 Sampel dan Besar Sampel	40
	4.2.3 Tehnik Pengambilan sampel	42
	4.3 Lokasi dan Waktu Penelitian	43
	4.4 Kerangka Operasional	43
	4.5 Variabel Penelitian	45
	4.6 Variabel, Definisi Operasional, Cara Pengukuran, Kriteria Hasil dan Skala Data	45
	4.7 Instrumen Penelitian, Jenis Data dan Cara Pengumpulan Data	48
	4.7.1 Instrumen penelitian	48
	4.7.2 Jenis data dan cara pengumpulan data	49
	4.8 Cara Pengolahan dan Analisa Data	50
	4.8.1 Cara pengolahan data	50
	4.8.2 Analisa data	51
BAB 5	HASIL PENELITIAN	52
	5.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian	52
	5.1.1 Gambaran Umum Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang	52
	5.1.2 Gambaran Umum Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan	57
	5.2 Gambaran Petugas di Instalasi Farmasi RSSK & RSML	62
	5.2.1 Distribusi jenis kelamin petugas IFRS	62
	5.2.2 Distribusi kelompok umur petugas IFRS	62
	5.2.3 Distribusi pendidikan petugas IFRS	63
	5.2.4 Tingkat Pengetahuan Petugas IFRS	63
	5.2.5 Sikap Petugas IFRS	64
	5.3 *Resources* IFRS	66
	5.4 *Organizational Capability* IFRS	70
	5.5 Gambaran Responden Penilaian Kualitas Pelayanan IFRS	77
	5.5.1 Distribusi jenis kelamin responden masyarakat	77
	5.5.2 Distribusi kelompok umur responden masyarakat	77
	5.5.3 Distribusi pendidikan responden masyarakat	78
	5.5.4 Distribusi pekerjaan responden masyarakat	78
	5.5.5 Distribusi asal unit pelayanan responden masyarakat	79
	5.5.6 Hasil penilaian *distinctive competencies*	80
	5.5.7 Hasil penilaian kepuasan kastemer	81

5.5.8 Hubungan antara *distinctive competencies* dengan kepuasan kastemer 82
5.6 *Issue Strategis* 82
5.7 *Focus Group Discussion* (FGD) dan Rekomendasi 84
5.8 Keterbatasan Penelitian 88
BAB 6 PEMBAHASAN 89
6.1 Pengetahuan Petugas IFRS 89
6.2 Sikap Petugas IFRS 90
6.3 *Resources* 90
6.4 *Organizational Capabilities* 91
6.5 Penilaian Kastemer Tentang *Distinctive Competencies* 95
6.6 Kepuasan Kastemer 95
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN 99
7.1 Kesimpulan 99
7.2 Saran 100

Daftar Pustaka 102
Lampiran 106

DAFTAR TABEL

halaman

Tabel 1.1	Data pelayanan resep di IF RSSK periode 1 – 14 Mei 2004	3
Tabel 1.2	Data pelayanan resep di IF RSML periode 7 -10 Oktober 2004	4
Tabel 4.1	Variabel, definisi operasional, cara pengukuran, kriteria hasil dan skala data	45
Tabel 5.1	Klinik Umum dan Spesialis RSSK Sepanjang Tahun 2005.....	54
Tabel 5.2	Rincian Jumlah Tempat Tidur RSSK Sepanjang Tahun 2005.....	55
Tabel 5.3	Fasilitas Penunjang Medis RSSK Sepanjang Tahun 2005	55
Tabel 5.4	Fasilitas Penunjang Umum RSSK Sepanjang Tahun 2005	56
Tabel 5.5	Jumlah Sumber Daya Manusia di RSSK Sepanjang Tahun 2005	56
Tabel 5.6	Klinik Umum dan Spesialis RSML Lamongan Tahun 2005	59
Tabel 5.7	Rincian Jumlah Tempat Tidur RSML Lamongan Tahun 2005	60
Tabel 5.8	Fasilitas Penunjang Medis RSML Lamongan Tahun 2005	60
Tabel 5.9	Fasilitas Penunjang Umum RSML Lamongan Tahun 2005	61
Tabel 5.10	Jumlah Sumber Daya Manusia di RSML Lamongan Tahun 2005	61
Tabel 5.11	Distribusi Jenis Kelamin Petugas IF RSSK Sepanjang dan IF RSML Lamongan Tahun 2005	62
Tabel 5.12	Distribusi Kelompok Umur Petugas IF RSSK Sepanjang dan IF RSML Lamongan Tahun 2005	62
Tabel 5.13	Distribusi Pendidikan Petugas IF RSSK Sepanjang dan IF RSML Lamongan Tahun 2005	63
Tabel 5.14	Tingkat Pengetahuan Petugas IF RSSK Sepanjang dan IF RSML Lamongan Tahun 2005	64
Tabel 5.15	Sikap Petugas IF RSSK Sepanjang dan IF RSML Lamongan Tahun 2005	65
Tabel 5.16	*Resources* Yang Dimiliki IF RSSK Sepanjang dan IF RSML Lamongan Tahun 2005	66
Tabel 5.17	Skoring *Resources* IF RSSK Sepanjang dan IF RSML Lamongan Tahun 2005	69
Tabel 5.18	*Organizational Capability* di IF RSSK Sepanjang dan IF RSML Lamongan Tahun 2005	70
Tabel 5.19	Skoring *Organizational Capability* IF RSSK Sepanjang dan IF RSML Lamongan Tahun 2005	74
Tabel 5.20	Distribusi Jenis Kelamin Responden Masyarakat di IF RSSK Sepanjang dan IF RSML Lamongan Tahun 2005	77
Tabel 5.21	Distribusi Kelompok Umur Responden Masyarakat di IF RSSK Sepanjang dan IF RSML Lamongan Tahun 2005	78
Tabel 5.22	Distribusi Pendidikan Responden Masyarakat di IF RSSK Sepanjang dan IF RSML Lamongan Tahun 2005	78
Tabel 5.23	Distribusi Pekerjaan Responden Masyarakat di IF RSSK Sepanjang dan IF RSML Lamongan Tahun 2005	79

Tabel 5.24	Distribusi Asal Unit Pelayanan Responden Masyarakat di IF RSSK Sepanjang dan IF RSML Lamongan Tahun 2005	79
Tabel 5.25	Nilai *Distinctive Competencies* IF RSSK Sepanjang dan IF RSML Lamongan Tahun 2005	80
Tabel 5.26	Daftar Hal-hal Yang Disukai Responden Masyarakat di IF RSSK Sepanjang dan IF RSML Lamongan Tahun 2005	81
Tabel 5.27	Tingkat Kepuasan Kastemer Terhadap Pelayanan di IF RSSK Sepanjang dan IF RSML Lamongan Tahun 2005	81
Tabel 5.28	Hasil FGD dan Rekomendasi.....	85

DAFTAR GAMBAR

halaman

Gambar 1.1	Bagan Kajian Masalah.....	5
Gambar 2.1	Tiga strategi generic menurut Porter.....	23
Gambar 2.2	Proses *Benchmarking* dianalogikan dengan siklus Deming.....	33
Gambar 3.1	Bagan Kerangka Konseptual Penelitian.....	39
Gambar 4.1	Bagan Kerangka Operasional Penelitian.....	44

DAFTAR LAMPIRAN

halaman

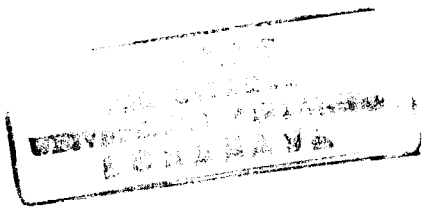
Lampiran 1	Hasil survei kepuasan pelanggan di IF RSSK.....	106
Lampiran 2	Hasil survei kepuasan pelanggan di IF RSML.....	106
Lampiran 3	Kuesioner petugas(aspek pengetahuan).....	107
Lampiran 4	Kuesioner petugas(aspek sikap).....	116
Lampiran 5	Kuesioner Kepuasan Kastemer.....	125
Lampiran 6	Uji Reliabilitas kuesioner.....	132
	Hasil uji reliabilitas kuesioner pengetahuan petugas	133
	Hasil uji reliabilitas kuesioner sikap petugas	134
	Hasil uji reliabilitas kuesioner *distinctive competencies* dan kepuasan kastemer	135
Lampiran 7	Tabulasi pengetahuan petugas IF RSSK.....	136
Lampiran 8	Tabulasi pengetahuan petugas IF RSML.....	137
Lampiran 9	Tabulasi sikap petugas IF RSSK	138
Lampiran 10	Tabulasi sikap petugas IF RSML.....	139
Lampiran 11	Hasil uji statistik *Pearson correlation* (SPSS).....	140
Lampiran 12	Rekap hasil penilaian pengetahuan petugas.....	141
Lampiran 13	Rekap hasil kepuasan kastemer per dimensi mutu.....	142
Lampiran 14	Pedoman penilaian resources dan organizational capabilities.....	143
Lampiran 15	Struktur Organisasi IF RSSK & RSML.....	166
Lampiran 16	Daftar hadir FGD.....	167
Lampiran 18	Undangan Peserta FGD.....	168
Lampiran 19	Permohonan dispensasi apoteker spesialis farmasi rumah sakit..	169

DAFTAR SINGKATAN

IF	:	Instalasi Farmasi
RS	:	Rumah Sakit
IFRS	:	Instalasi Farmasi Rumah sakit
RSSK	:	Rumah Sakit Siti Khodijah
RSML	:	Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan
FGD	:	Focus Group Discusion
TT	:	Tempat Tidur
UGD	:	Unit Gawat Darurat
ICU	:	Intensive Care Unit
NICU	:	Neonatal Intensive Care Unit
ROI	:	Ruang Observasi Intensif
SIRS	:	Sistem Informasi Rumah Sakit
PKMRS	:	Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Rumah Sakit
SDM	:	Sumber Daya Manusia
PIO	:	Pelayanan Informasi Obat
MESO	:	Monitoring Efek Samping Obat
ED	:	Expired Date
SS	:	Sangat Setuju
S	:	Setuju
TS	:	Tidak Setuju
STS	:	Sangat Tidak Setuju

BAB 1

PENDAHULUAN



1.1 Latar Belakang Masalah

Dengan semakin derasnya arus globalisasi, liberalisasi dan informasi, berbagai perubahan telah terjadi dan masih akan terjadi dimasa yang akan datang yang pada gilirannya akan berdampak pula terhadap dunia perumahsakitan. Perubahan lingkungan yang tidak menentu mengakibatkan kondisi lingkungan usaha yang sulit diperkirakan secara linier dan menjadi *unpredictable*. Kesiapsiagaan pihak yang lemah untuk ikut bersaing di era globalisasi harus secara strategis dipacu dengan segala daya kretifitas dan semangat juang yang tinggi.

Dalam upaya memperoleh keunggulan bersaing, maka setiap perusahaan dituntut mampu memuaskan kastemernya (Brasky, 1992). Adanya kenyataan bahwa kastemer yang tidak puas terhadap barang atau jasa yang diterimanya akan mencari penyedia barang atau jasa dari perusahaan lain yang mampu memuaskan kebutuhannya. Sehingga strategi yang didasarkan pada komitmen manajemen guna meningkatkan kualitas pelayanan untuk memberikan kepuasan pada kastemer secara terus-menerus dilakukan oleh perusahaan-perusahaan baik yang menghasilkan barang ataupun jasa.

Kualitas barang atau jasa semata-mata ditentukan oleh kastemer , sehingga kepuasan kastemer hanya dapat dicapai dengan memberikan kualitas yang baik. Kastemer yang puas dapat mendorong adanya pembelian ulang dan publisitas (Gunderson, 1996) yang pada akhirnya dapat membuat kastemer menjadi setia.

Rumah sakit, seperti ditetapkan oleh pemerintah dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor : 983/Menkes/SK/XI/1992 mempunyai tugas fungsi: menyelenggarakan pelayanan medis, penunjang medis dan non medis, asuhan keperawatan, pelayanan rujukan, pendidikan dan latihan, penelitian dan pengembangan, administrasi umum dan keuangan.

Rumah Sakit Siti Khodijah (selanjutnya disebut RSSK) Sepanjang adalah salah satu rumah sakit swasta di kabupaten Sidoarjo. Visi RSSK adalah: "bentuk perwujudan dari iman dan amal sholeh kepada Allah SWT serta mewujudkannya sebagai sarana ibadah" sedangkan misinya adalah "memberikan pelayanan kesehatan yang Islami, professional dan bermutu dengan tetap peduli pada kaum dhuafa".

Instalasi Farmasi Rumah Sakit (selanjutnya disebut IFRS) merupakan salah satu dari sekian devisi atau bagian dari rumah sakit yang berpengaruh sangat besar pada perkembangan profesional rumah sakit. Hal ini karena IFRS merupakan bagian yang memberikan pelayanan penunjang medis utama sebab hampir seluruh pelayanan di rumah sakit selalu berintervensi dengan IFRS. Selain itu IFRS merupakan salah satu penghasil pendapatan yang tinggi di rumah sakit (Siregar, 2004).

Instalasi Farmasi Rumah Sakit Siti Khodijah (selanjutnya disebut IF RSSK) Sepanjang adalah salah satu instalasi di RSSK yang memberikan pelayanan penunjang medis berupa penjualan obat dan alat kesehatan bagi seluruh pasien RSSK. Pada periode 1-14 Mei 2004 IF RSSK telah melakukan survey tentang pelayanan resep dengan hasil seperti ditunjukkan dalam tabel 1.1 :

Tabel 1.1 Data Pelayanan Resep di IF RSSK Pada Periode 1-14 Mei 2004

NO	UNIT	JUMLAH LEMBAR RESEP						PERSENTASE	
		DITULIS		DITEBUS		LOLOS		DITEBUS	LOLOS
		Abs	%	Abs	%	Abs	%	%	%
1	U G D	969	23	631	25	338	20	65	35
2	POLI UMUM	1001	23	532	21	469	27	53	47
3	POLI SPESIALIS	995	23	443	17	552	32	45	55
4	RAWAT INAP	1327	31	964	38	363	21	73	27
5	TOTAL	4292	100	2570	100	1722	100	-	-
6	PERSENTASE RATA-RATA							59	41

Sumber: IF RSSK tahun 2004

Dari tabel 1.1 diatas dapat dilihat bahwa jumlah resep lolos di IF RSSK rata-rata untuk semua unit pelayanan mencapai 41%, sebuah angka yang sangat tinggi pada pelayanan IFRS. Hal tersebut jauh di atas target manajemen RSSK yang tahun 2004 mentargetkan resep lolos tidak lebih dari 30%. Tingginya resep lolos di IF RSSK diperkirakan karena pelayanan kurang berkualitas atau karena kurang melakukan kegiatan promosi.

Dari survei kepuasan kastemer yang dilakukan secara rutin di IF RSSK menyebutkan bahwa rata-rata 31,8% kastemer menyatakan tidak puas pada pelayanan IFRSSK. Tingkat ketidakpuasan tertinggi terletak pada kecepatan pelayanan yang mencapai 58% (lampiran 1). Oleh karena itu pada penelitian ini peneliti fokus pada upaya peningkatan kualitas pelayanan IF RSSK.

Pada periode 7-10 Oktober 2004 juga telah dilakukan survei tentang pelayanan resep di instalasi farmasi Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan (selanjutnya disebut IF RSML) dengan hasil seperti ditunjukkan dalam tabel 1.2:

Tabel 1.2 Data Pelayanan Resep di IF RSML Pada Periode 7-10 Oktober 2004

NO	UNIT	JUMLAH LEMBAR RESEP						PERSENTASE	
		DITULIS		DITEBUS		LOLOS		DITEBUS	LOLOS
		Abs	%	Abs	%	Abs	%	%	%
1	U G D	91	13	91	14	-	-	100	-
2	POLI UMUM	30	4	28	4	2	15	93	7
3	POLI SPESIALIS	98	15	90	14	8	62	92	8
4	RAWAT INAP	456	68	453	68	3	23	99	1
5	TOTAL	675	100	662	100	13	100		
6	PERSENTASE RATA-RATA							96	4

Sumber: IF RSML tahun 2004

Menurut Barker dalam tulisan Ontoseno (2000), banyak organisasi rumah sakit yang sedang bersaing, kalah dalam bersaing karena ketidakmampuan membaca perkembangan dan perubahan yang ada sekarang dan yang akan terjadi dimasa mendatang, mereka tidak memiliki budaya kerja antisipatif. Kesiapan menghadapi persaingan memerlukan derajat kualitas yang unggul.

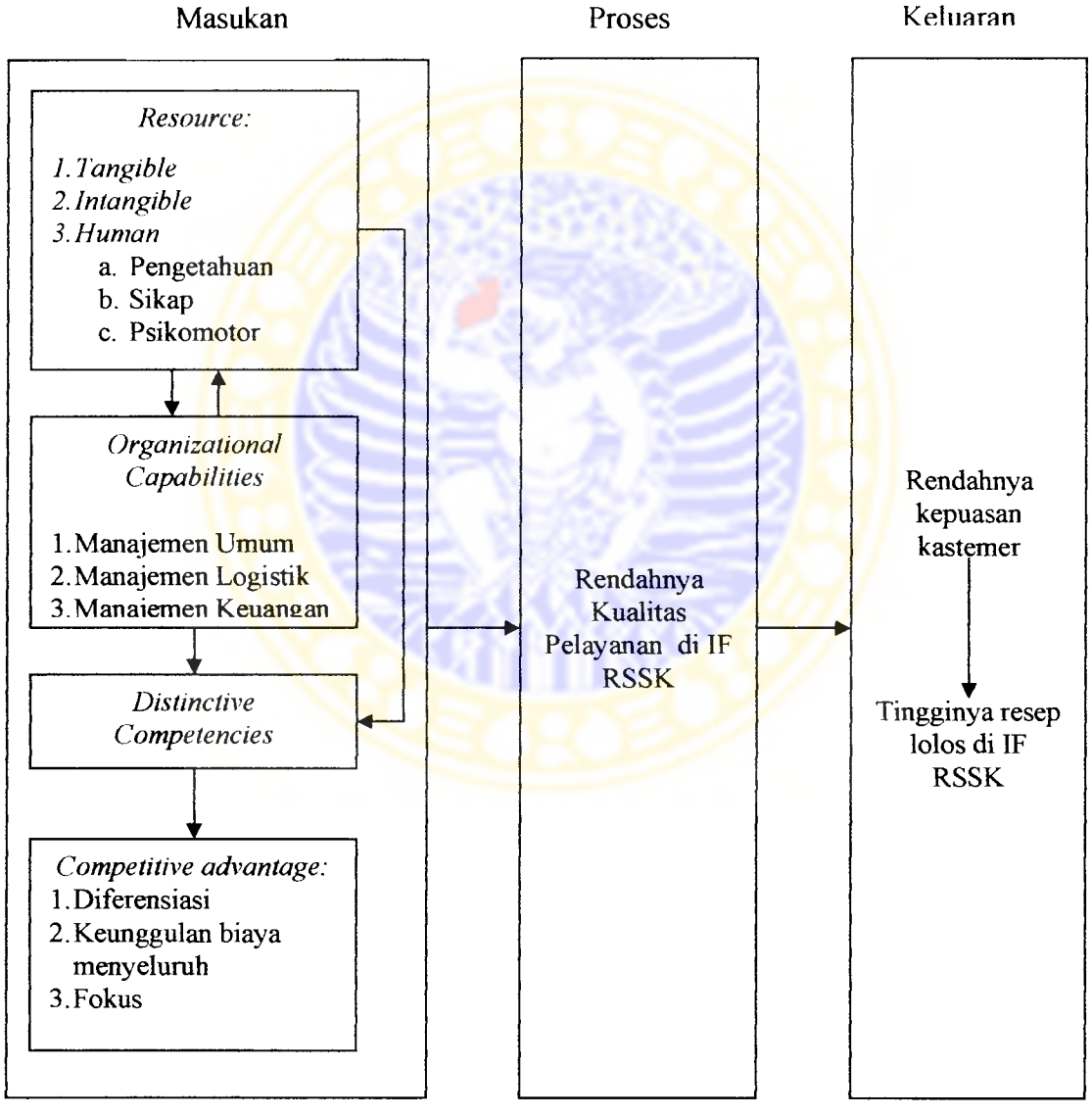
Untuk meningkatkan kualitas pelayanan IF RSSK maka salah satu pendekatan perlu melakukan studi *benchmarking* dengan IFRS lain yang lebih baik. Dipilih Instalasi Farmasi Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan (selanjutnya disebut IF RSML), sebagai tempat tujuan studi *benchmarking* karena :

1. Jumlah presentase resep lolos di IF RSML jauh lebih kecil (rata – rata 4%) jika dibandingkan dengan resep lolos di IF RSSK (rata –rata 41%).
2. Kedua rumah sakit tersebut memiliki visi dan misi yang hampir sama karena memang keduanya sama-sama Amal Usaha Kesehatan (AUK) milik Persyarikatan Muhammadiyah.

Berdasarkan identifikasi data dan latar belakang masalah diatas maka dapat dirumuskan bahwa masalah dalam penelitian ini adalah tingginya resep lolos di IF RSSK.

1.2 Kajian Masalah

Berdasarkan kajian atau aspek *distinctive competencies* maka beberapa faktor yang mungkin berpengaruh terhadap tingginya resep lolos di IF RSSK adalah :



Gambar 1.1 Beberapa faktor yang mungkin berpengaruh terhadap tingginya resep lolos di IF RSSK berdasarkan aspek *distinctive competencies.*

Distinctive Competencies

Distinctive competencies adalah sebuah kondisi unik dari suatu organisasi atau perusahaan untuk dapat memenuhi kebutuhan kastemer sehingga kastemer perusahaan tersebut merasa puas (Jefry, E 1999). Untuk mencapai *Distinctive competencies* sebuah organisasi harus memiliki *resources* (sumber daya) yang memadai dan *organizational capabilities* yang baik.

Resources (sumber daya)

Resources adalah sumber daya yang dimiliki oleh sebuah organisasi atau perusahaan yang menurut Grant (1999) terdiri dari *tangible resources* , *intangible resources* dan *human* (SDM). *Tangible resources* adalah sumber daya yang bisa dilihat dan bisa dirasakan seperti ruangan, peralatan dan perbekalan. *Intangible resources* adalah sumber daya yang tidak bisa dilihat tapi bisa dirasakan seperti lokasi yang strategis (mudah dijangkau), sistem informasi, komunikasi dan transportasi. *Human resources* adalah sumber daya manusia (SDM) yang dimiliki sebuah organisasi baik kuantitas maupun kualitasnya. Kualitas SDM dapat dilihat dari bagaimana tingkat pengetahuan, sikap serta psikomotornya. Dalam penelitian ini fokus pada pengatahuan dan sikap karena untuk penelitian psikomotor diperlukan pengamatan dari seorang ahli, sedangkan peneliti dalah hal ini belum memiliki keahlian dalam bidang tersebut.

Organizational Capabilities

Organizational Capabilities adalah kemampuan yang dimiliki suatu organisasi atau perusahaan dalam melakukan koordinasi terhadap setiap sumberdaya yang dimiliki untuk mencapai sebuah kinerja yang baik. Kemampuan organisasi

sangat bergantung pada bagaimana organisasi tersebut menerapkan sistem manajemen dalam organisasinya. Dalam penelitian ini dibatasi pada manajemen umum dan manajemen logistik karena jika ada permasalahan pada kedua manajemen ini di IFRS, maka sangat memungkinkan untuk dilakukan intervensi. Sedangkan manajemen keuangan tidak diteliti karena manajemen keuangan IFRS sangat bergantung pada manajemen keuangan rumah sakit secara umum sehingga apabila ada permasalahan pada manajemen keuangan IFRS maka peneliti akan kesulitan melakukan intervensi secara khusus di manajemen keuangan IFRS karena sangat bergantung pada manajemen keuangan rumah sakit.

Organisasi yang memiliki *resources* yang memadai akan lebih mudah mencapai *organizational capabilities* begitu juga sebaliknya. Apabila organisasi memiliki *organizational capabilities* yang tinggi maka akan mudah melakukan koordinasi terhadap *resources* yang dimilikinya. Organisasi yang memiliki *resources* yang memadai dan *organizational capabilities* yang tinggi akan mampu memberikan pelayanan yang superior sehingga organisasi tersebut dapat memberikan kepuasan pada kastemernya. Dengan kata lain bahwa organisasi tersebut telah mencapai *distinctive competencies.*

Competitive advantage

Organisasi yang telah mencapai *distinctive competencies* akan lebih mudah bersaing dengan organisasi lainnya. Hal itu terjadi karena mereka mampu memberikan pelayanan yang superior dalam hal kualitas, efisiensi, inovasi dan *customer responsiveness* dibandingkan dengan pesaingnya. Organisasi tersebut dengan mudah dapat memberikan kepuasan bagi kastemernya. Jadi sebuah organisasi

yang telah mencapai *distinctive competencies* akan memiliki keunggulan dalam bersaing dengan organisasi sejenisnya. Organisasi yang demikian tersebut dikatakan telah memiliki *Competitive advantage.*

Semua hal diatas jika bisa dilakukan oleh sebuah organisasi atau perusahaan, maka perusahaan itu akan dapat memberikan pelayanan yang bermutu dengan harapan dapat meningkatkan kepuasan kastemernya dan pada akhirnya akan memberikan nilai tambah pada perusahaan itu sendiri.

1.3 Rumusan Masalah

Setelah mengkaji masalah yang ada di IFRSSK dan IFRSML maka rumusan masalah penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana tingkat pengetahuan dan sikap manajer dan petugas pelaksana IF RSSK dan IF RSML?
2. Bagaimana *resources* yang dimiliki IF RSSK dan IF RSML ?
3. Bagaimana *organizational capabilities* IF RSSK dan IF RSML?
4. Bagaimana *distinctive competencies* IF RSSK dan IF RSML ?
5. Bagaimana kepuasan kastemer IF RSSK dan IF RSML?
6. Bagaimana hubungan antara *distinctive competencies* dengan kepuasan kastemer?
7. Bagaimana upaya peningkatan kualitas pelayanan IF RSSK berdasarkan studi *benchmarking* di IF RSML ?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Menyusun rekomendasi upaya peningkatan kualitas pelayanan IF RSSK (melalui studi *benchmarking* dengan IF RSML).

1.4.2 Tujuan khusus

Adapun tujuan khusus penelitian ini adalah:

1. Mengukur tingkat pengetahuan dan sikap manajer dan petugas pelaksana IF SSK dan IF RSML .
2. Mengukur *resources* yang dimiliki IF RSSK dan IF RSML.
3. Mengukur *organizational capabilities* IF RSSK dan IF RSML .
4. Menganalisis *distinctive competencies* IF RSSK dan IF RSML
5. Mengukur kepuasan kastemer IF RSSK dan IF RSML .
6. Menganalisis hubungan *distinctive competencies* dengan kepuasan kastemer IF RSSK dan IF RSML
7. Menyusun rekomendasi upaya peningkatan kualitas pelayanan IF RSSK berdasarkan berdasarkan studi *benchmarking* di IF RSML

1.5 Manfaat Penelitian

1. Manfaat bagi manajemen rumah sakit

Bagi RSSK akan mendapatkan rekomendasi tentang upaya peningkatan kualitas pelayanan IFRS dari hasil penelitian. Sedangkan bagi RSML merupakan refleksi diri berada dimana sebenarnya posisi institusinya.

2. Manfaat bagi institusi pendidikan

Hasil penelitian ini dapat memberi sumbangan khasanah bagi perkembangan ilmu pengetahuan dan dapat dipergunakan untuk mengetahui penerapan ilmu pengetahuan khususnya manajemen strategis yang telah diberikan kepada mahasiswa.

3. Manfaat bagi peneliti

Memperluas wawasan dan sebagai sarana untuk menerapkan ilmu pengetahuan yang didapat dari pendidikan Minat Administrasi Rumah Sakit pada Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pelayanan Farmasi Rumah Sakit

Pelayanan farmasi rumah sakit merupakan salah satu kegiatan di rumah sakit yang menunjang pelayanan kesehatan yang bermutu. Tuntutan pasien dan masyarakat akan mutu pelayanan farmasi, mengharuskan adanya perubahan dari paradigma lama (*drug oriented*) ke paradigma baru (*patien oriented*) dengan filosofi *'Pharmaceutical Care'* (pelayanan kefarmasian).

Merujuk pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1197/ Menkes/SK/X/2004, tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit maka :

1. Tujuan pelayanan farmasi adalah :
   a. Melangsungkan pelayanan farmasi yang optimal baik dalam keadaan biasa maupun dalam keadaan gawat darurat, sesuai dengan keadaan pasien maupun fasilitas yang tersedia.
   b. Menyelenggarakan kegiatan pelayanan profesional berdasarkan prosedur kefarmasian dan etik profesi.
   c. Melaksanakan KIE (Komunikasi Informasi dan Edukasi) mengenai obat.
   d. Menjalankan pengawasan obat berdasarkan aturan yang berlaku.
   e. Melakukan dan memberi pelayanan bermutu melalui analisa, telaah dan evaluasi pelayanan.
   f. Mengawasi dan memberi pelayanan bermutu melalui analisa, telaah dan evaluasi pelayanan.

g. Mengadakan penelitian di bidang farmasi dan peningkatan metode.

2. Tugas pokok pelayanan farmasi adalah :

a. Melangsungkan pelayanan farmasi yang optimal

b. Menyelenggarakan kegiatan pelayanan farmasi profesional berdasarkan prosedur kefarmasian dan etik profesi.

c. Melaksanakan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE)

d. Memberikan pelayanan bermutu melalui analisa, dan evaluasi untuk meningkatkan mutu pelayanan farmasi.

e. Melakukan pengawasan berdasarkan aturan-aturan yang berlaku.

f. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan di bidang farmasi.

g. Mengadakan penelitian dan pengembangan di bidang farmasi.

h. Memfasilitasi dan mendorong tersusunnya standar pengobatan dan formularium rumah sakit.

3. Fungsi pelayanan farmasi adalah :

a. Pengelolaan Perbekalan Farmasi

i. Memilih perbakalan farmasi sesuai kebutuhan pelayanan rumah sakit

ii. Merencanakan kebutuhan perbekalan farmasi secara optimal

iii. Mengadakan perbekalan farmasi berpedoman pada perencanaan yang telah dibuat sesuai ketentuan yang berlaku.

iv. Memproduksi perbekalan farmasi untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan di rumah sakit

v. Menerima perbekalan farmasi sesuai spesifikasi dan ketentuan yang berlaku

vi. Menyimpan perbekalan farmasi sesuai dengan spesifikasi dan persyaratan kefarmasian

vii. Mendistribusikan perbekalan farmasi ke unit-unit pelayanan di rumah sakit.

b. Pelayanan Kefarmasian dalam Penggunaan Obat dan Alat Kesehatan

i. Mengkaji instruksi pengobatan/resep pasien

ii. Mengidentifikasi masalah yang berkaitan dengan penggu-naan obat dan alat kesehatan

iii. Mencegah dan mengatasi masalah yang berkaitan dengan obat dan alat kesehatan

iv. Memantau efektifitas dan keamanan penggunaan obat dan alat kesehatan

v. Memberikan informasi kepada petugas kesehatan, pasien/ keluarga

vi. Memberi konseling kepada pesien/keluarga

vii. Melakukan pencampuran obat suntik

viii. Melakukan penyiapan nutrisi parenteral

ix. Melakukan penanganan obat kanker

x. Melakukan penentuan kadar obat dalam darah

xi. Melakukan pencatatan setiap kegiatan.

2.2 Manajemen Perubahan

Salah satu faktor penting dalam mencapai keberhasilan sebuah organisasi adalah kemempuan manajemen dalam mengantisipasi segala bentuk perubahan. Seperti telah disebutkan sebelumnya bahwa tuntutan pasien dan masyarakat akan mutu pelayanan farmasi, mengharuskan adanya perubahan dari paradigma lama (*drug oriented*) ke paradigma baru (*patien oriented*) dengan filosofi *'Pharmaceutical Care'* (pelayanan kefarmasian).

Wibowo, (2006) mengatakan bahwa kebanyakan organisasi yang berhasil adalah mereka yang fokus pada mengerjakan apa saja yang menerima perubahan kondisi. Organisasi semacam ini dinamakan organisasi pembelajar atau *learning organization*, suatu organisasi yang sukses dalam mendapatkan, menanamkan dan menerapkan pengetahuan yang dapat digunakan untuk membantu menerima perubahan. Pembelajaran memainkan peran kunci dalam menyiapkan orang untuk bersedia melakukan perubahan dengan demikian organisasi pembelajar akan lebih terampil dalam mencoba pendekatan baru untuk melakukan sesuatu.

2.3 *Distinctive competencies*

Distinctive competencies adalah sebuah kondisi unik dari suatu organisasi atau perusahaan untuk dapat memenuhi kebutuhan pelanggan sehingga pelanggan tersebut puas (Jefry E, 1999). Untuk mencapai *distinctive competencies* sebuah organisasi atau perusahaan dituntut memiliki *resources* (sumber daya) yang memadai dan *organizational capabilities* (kemampuan perusahaan).

2.4 *Resources*

Menurut Terry (1977) bahwa *resources* (sumber daya) dalam suatu perusahaan kadang-kadang dinyatakan dengan 6-M yaitu *men, materials, methods, machines, money* dan *markets.* Sumber-sumber tersebut dipersatukan dan ditetapkan secara harmonis demikian rupa, hingga tujuan ditetapkan dapat dicapai, dengan ketentuan bahwa segala sesuatu berlangsung dalam batas-batas waktu, usaha dan biaya yang ditetapkan.

Menurut Morgan (2000) bahwa *resources* (sumber daya) dalam suatu perusahaan terdiri dari *financial, legal, physical, human, technological, organizational, relational dan imformational.* Sedangkan Grant (1999) membagi *resources* (sumber daya) perusahaan atau organisasi dalam tiga jenis yaitu *tangible resources* (sumber daya nyata), *intangible resources* (sumber daya tidak nyata) dan *human resources* (sumber daya manusia).

Menurut Asri (2001) sumber daya nyata (*tangible resources*) sangat mudah di identifikasi dan dievaluasi seperti kemampuan keuangan dan asset-aset yang tercermin dalam neraca perusahaan. Hanya dengan melihat kemampuan keuangan dan aset-aset yang dimiliki, keunggulan suatu perusahaan sudah bisa diketahui dengan membandingkannya dengan perusahaan pesaing.

Sumber daya tidak nyata (*intangible resources*) biasanya hanya dicatat sebagai *good will* seperti reputasi, teknologi, pengalaman, hak paten, informasi, dan budaya organisasi. Sumber daya yang tak kalah pentingnya yaitu sumber daya manusia (*human resources*). Keuanggulan pada sumber daya nyata dan sumber daya tidak nyata tidak ada artinya bagi perusahaan tanpa mamiliki sumber daya manusia yang

baik dan berkualitas. Bahkan masa depan suatu perusahaan akan sangat ditentukan oleh sejauh mana kualitas sumber daya manusianya sehingga bisa memanfaatkan sumber daya nyata dan tidak nyata. Kualitas sumber daya manusia bisa dilihat dari tingkat profesionalitas melalui penguasaannya terhadap pengetahuan, kesadaran atau sikap positif terhadap pengetahuan yang dimilikinya serta bagaimana sikap positif tersebut membuahkan sebuah psikomotor (tindakan nyata) guna kepentingan keunggulan perusahaan.

2.4.1 Pengetahuan

Pengetahuan adalah kemampuan intelektual yang diperlukan untuk melakukan kegiatan mental (Robbins, 2001). Pengetahuan memiliki beberapa dimensi yaitu kecerdasan numeric, pemahaman verbal, kecepatan perceptual, penalaran induktif, penalaran deduktif dan visualisasi ruang.

Pengetahuan adalah kesamaan didalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan pancaindra yang berbeda sekali dengan kepercayaan tahayul dan penerangan-penerangan yang keliru (Notoatmodjo S, 1997). Pengetahuan atau *kognitif* merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Karena dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari pengetahuan. Pengetahuan yang dicakup dalam domain *kognitif* mempunyai 6 tingkatan yaitu :

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikaan sebagai mengingat sesuatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*remind*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau

rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu "tahu" ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara lengkap tentang obyek yang diketahui, dan dapat menginterpretsaikan materi tersebut secara benar.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari menjadi situasi atau kondisi riil (sebenarnya).

d. Analisis (*analysis*)

Analisis diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek kedalam komponen-komponen tertentu tetapi masih dalam suatu kerangka pikir dan masih ada kaitannya satu sama lainnya.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis diartikan sebagai suatu kemampuan meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu diartikan suatu kemampuan menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi diartikan sebagai suatu kemampuan untu menlakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek.

Dari definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa pengetahuan adalah segala sesuatu yang telah diketahui oleh seseorang dalam berbagai tingkatan mengenai suatu

obyek pengetahuan mulai dari hal-hal khusus sampai hal-hal umum yang diperoleh melalui pengindraan, dan apa yang diketahui tersebut direproduksikan kedalam bentuk perilaku terhadap obyek tersebut.

2.4.2 Sikap

Menurut Robbins, (2001) sikap adalah sesuatu yang mencerminkan bagaimana seseorang individu merasakan sesuatu. Sedangkan Notoatmodjo, (1997) menyatakan bahwa sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek.

Beberapa batasan lain tentang sikap ini dapat dikutipkan sebagai berikut :

"An individual's social attitude is a syndrome of response consistency with regard to social object" (Campbell, 1950).

"A mental and neural state of rediness, organized through expertence, exerting a directive or dynamic influence up on the individual's response to all objects and situation with which it is related" (Allport, 1954).

"Attitude entail an existing predispotition to response to social objects which in interaction with situational and other dispositional variables, guides and direct the overt behavior of the individual" (Cardno, 1955).

Dari beberapa batasan diatas dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup.

Newcomb, seorang ahli psikologi sosial dalam Notoatmodjo, (1997) menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku.

Seperti halnya pengetahuan, kesadaran atau sikap terdiri dari 4 tingkatan :

a. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek). Misalnya sikap orang terhadap gizi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian orang itu terhadap ceramah-ceramah tentang gizi.

b. Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah indikasi dari sikap tingkat kedua dengan kata lain bahwa orang itu menerima ide tersebut.

c. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah indikasi sikap tingkat ketiga. Misalnya seorang ibu mengajak ibu lainnya untuk pergi menimbangkan anaknya ke posyandu.

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi. Misalnya seorang ibu mau menjadi aksptor KB walaupun dapat tantangan dari mertua atau orang tuanya sendiri.

2.4.3 Psikomotor (praktek/tindakan)

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau obyek, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahuinya, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktekkannya, inilah yang disebut praktek (Notoatmojo, 1997).

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan. Untuk mewujudkan sikap menjadi tindakan diperlukan faktor pendukung misalnya fasilitas dan dukungan dari pihak lain. Misalnya seorang ibu yang memiliki sikap positif terhadap immunisasi harus mendapat dukungan dari suami, orang tua ataupun mertua serta harus tersedia fasilitas immunisasi yang mudah dicapai agar ibu tersebut mengimunisasikan anaknya.

Ada 4 tingkatan praktek :

a. Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan indikator praktek tingkat pertama. Misalnya seorang ibu dapat memilih makanan yang bergizi tinggi bagi anak balitanya.

b. Respon terpimpin (*guided response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar adalah merupakan indikator praktektingkat kedua. Misalnya seorang ibu dapat memasak sayur dengan benar mulai dari cara mencuci, memotong, lama memasak, menutup panci dan sebagainya.

c. Mekanisme (*mecanism*)

Apabila seseorang telah melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis,atau sesuatu itu sudah menjadi kebiasaan, maka orang tersebut sudah mencapai indikator praktek tingkat ketiga. Misalnya seorang ibu sudah mengimunisasikan balitanya pada umur-umur tertentu tanpa menunggu perintah atau ajakan orang lain.

d. Adopsi (*adoption*)

Adopsi merupaka suatu tingkatan praktek yang sudah berkembang dengan baik, artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut. Misalnya ibu dapat memilih dan memasak makanan yang bergizi tinggi berdasarkan bahan-bahan yang murah dan sederhana.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yaitu dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa waktu sebelumnya. Akan tetapi yang lebih akurat dilakukan secara langsung yaitu pengamatan (observasi) terhadap tindakan atau kegiatan responden.

2.5 *Organizational Capabilities*

Organizational Capabilities adalah kemampuan yang dimiliki suatu organisasi atau perusahaan dalam melakukan koordinasi terhadap setiap sumberdaya yang dimiliki untuk mencapai sebuah kinerja yang baik (Porter, 1980). Organisasi yang memiliki resources yang memadai akan lebih mudah mencapai *capabilities.* Begitu juga sebaliknya organisasi memiliki *capabilities* yang tinggi maka akan mudah melakukan koordinasi terhadap *resources* yang dimilikinya.

Organisasi yang memiliki *resources* yang memadai dan *capabilities* yang tinggi dikatakan telah mencapai *distinctive competencies* sehingga mereka mampu memberikan pelayanan yang superior dalam hal kualitas, efisiensi, inovasi maupun *customer responsiveness* dibandingkan dengan pesaingnya. Dengan kata lain organisasi tersebut telah mencapai suatu kondisi yang unik yang bisa dijadikan suatu kekuatan untuk memenangkan persaingan. Kondisi organisasi yang demikian tersebut layak dikatakan memiliki keunggulan dalam bersaing (*competitive advantage)*

2.6 *Competitive Advantage*

Competitive advantage adalah kondisi unik yang dimiliki oleh sebuah organisasi atau perusahaan yang dianggap bisa menjadi kekuatan dalam memenangkan persaingan. Ada tiga strategi *competitive advantage* yaitu diferensiasi, Keunggulan biaya menyeluruh dan focus (Porter, 1980).

2.6.1 Diferensiasi

Diferensiasi adalah kemampuan perusahaan untuk menciptakan sesuatu yang baru yang dirasakan oleh keseluruhan industri sebagai sesuatu yang unik (Porter, 1980). Idealnya perusahaan mendeferensiasikan dirinya sendiri dalam beberapa dimensi antara lain citra rancangan atau merek, teknologi, karakteristik khusus, pelayanan pelanggan, jaringan penyalur dan dimensi lainnya. Jika tercapai diferensiasi merupakan strategi yang baik untuk menghasilkan laba diatas rata-rata dalam suatu industri.

2.6.2 Keunggulan biaya menyeluruh

Keunggulan biaya menyeluruh adalah salah satu strategi perusahaan untuk memenangkan persaingan dengan mengutamakan keunggulan biaya. Memiliki posisi biaya rendah akan membuat perusahaan mendapatkan hasil lab diatas rata-rata dalam industrinya meskipun ada kekuatan persainagan yang besar (Porter, 1980).

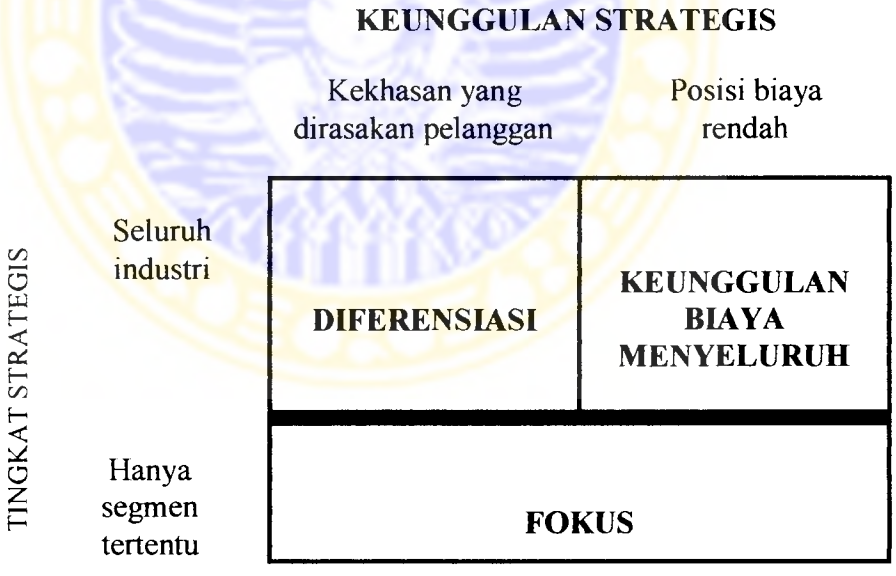
Memiliki posisi biaya rendah memberikan pada perusahaan tersebut ketahanan terhadap rivalitas dari pesaing, karena biaya yang lebih rendah memungkinkan untuk tetap mendapatkan laba setelah para pesaing mengorbankan laba demi persaingannya. Posisi biaya rendah melindungi perusahaan dari pembeli yang kuat, karena pembeli

MILIK PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA

hanya dapat menggunakan kekuatannya untuk menekan harga sampai ketingkat harga dari pesaing paling efisien.

2.6.3 Fokus

Strategi fokus berbeda dengan strategi lainnya karena menekankan pada pemilihan cakupan bersaing (segmen) yang sempit dalam suatu industri. Strategi fokus memiliki dua varian. Dalam fokus keunggulan biaya menyeluruh perusahaan mengupayakan keuanggulan biaya dalam segmen sasarannya, sementara dalam fokus diferensiasi perusahaan mengupayakan diferensiasi dalam segmen sasarannya. Kedua varian strategi fokus terletak pada perbedaan antara segmen sasaran penganut strategi fokus dan segmen-segmen lain dalam industrinya (Porter, 1980).



Gambar 2.1 Tiga Strategi Generik menurut Porter

2.7 Kepuasan Kastemer

Kepuasan kastemer secara sederhana dapat didefinisikan sebagai suatu keadaan dimana kebutuhan, keinginan dan harapan kastemer dapat terpenuhi melalui produk yang dikonsumsi (Nasution, 2001). Dengan demikian apabila kastemer merasakan bahwa kualitas produk lebih rendah dari kebutuhan, keinginan dan harapannya maka kastemer tersebut tidak akan puas. Apabila kastemer merasa bahwa kualitas produk sama atau sesuai dengan kebutuhan, keinginan dan harapannya maka kastemer tersebut akan puas. Dan apabila Apabila kastemer merasa bahwa kualitas produk lebih tinggi dari kebutuhan, keinginan dan harapannya maka kastemer tersebut akan sangat puas.

2.8 *Benchmarking*

2.8.1 Definisi *Benchmarking*

Menurut Tjiptono dan Diana (2001) ada berbagai definisi mengenai *benchmarking*, beberapa diantaranya adalah :

1. Gregory H. Watson, mendefinisikan *benchmarking* sebagai pencarian secara berkesinambungan dan penerapan secara nyata praktek-praktek yang lebih baik yang mengarah pada kinerja kompetitif yang unggul.
2. Robert Camp mengemukakan bahwa *benchmarking* adalah proses pengukuran secara kontinyu untuk ide-ide baru dan metode baru, praktek dan proses, dan salah satu mengadopsi praktek-praktek atau mengadaptasikan features terbaik *(best of the best)*. Dengan kata lain *benchmarking* merupakan pencarian untuk praktek terbaik *(best practices)*

3. David Kearns (CEO dari Xerox) menyatakan bahwa *benchmarking* adalah suatu proses pengukuran terus menerus atas produk, jasa, dan tata cara kita terhadap pesaing kita yang terkuat atau badan usaha lain yang dikenal sebagai yang terbaik.
4. Pawitra mendefinisikan *benchmarking* sebagai suatu proses belajar yang berlangsung secara sistematik dan terus menerus dimana setiap bagian dari suatu perusahaan dibandingkan dengan bagian di perusahaan lain yang terbaik atau pesaing yang paling unggul.
5. Goetsch dan Davis mendefinisikan *benchmarking* sebagai suatu proses pembandingan dan pengukuran operasi atau proses internal organisasi terhadap mereka yang terbaik dikelasnya, baik dari dalam maupun dari luar industri.
6. Definisi yang diterapkan IBM *benchmarking* merupakan suatu proses terus menerus untuk menganalisis tata cara terbaik didunia dengan maksud menciptakan dan mencapai sasaran dan tujuan dengan prestasi kelas dunia.
7. Definisi yang diterapkan di American Productivity & Quality Center *benchmarking* merupakan proses pengukuran yang sistematis dan berkesinambungan, proses mengukur dan membandingkan secara sinambung atas proses-proses bisnis suatu organisasi dengan tokoh-tokoh proses bisnis manapun diseluruh dunia, untuk mendapatkan informasi yang akan membantu upaya organisasi tersebut memperbaiki kierja.

Menurut Pawitra (1994) dalam Tjiptono dan Diana (2001) dari berbagai definisi yang ada dapat diperoleh beberapa kesimpulan mengenai azas *benchmarking* , yaitu :

1. *Benchmarking* merupakan kiat untuk mengetahui bagaimana dan mengapa suatu perusahaan yang memimpin dalam suatu industri dapat melaksanakan tugas-tugasnya secara lebih baik dibanding dengan perusahaan lainnya.
2. Fokus dari kegiatan *benchmarking* diarahkan pada praktek terbaik dari perusahaan lainnya. Ruang lingkupnya makin diperluas yakni dari produk barang dan jasa menjalar kearah proses, fungsi, kinerja organisasi, logistik, pemasaran dan lain-lain. *Benchmarking* berwujud perbandingan yang terus menerus, jangka panjang dan siklikal tentang praktek dan hasil dari perusahaan yang terbaik dimanapun perusahaan itu berada.
3. Praktek *benchmarking* berlangsung secara sistematis dan terpadu dengan praktek manajemen lainnya, misalnya TQM, *corporate reengineering*, analisis pesaing dan lain-lain.
4. Kegiatan *benchmarking* perlu keterlibatan dari semua pihak yang berkepentingan, pemilihan yang tepat tentang apa yang akan di *benchmarking*, pemahaman dari organisasi itu sendiri, pemilihan mitra yang cocok, dan kemampuan untuk melaksanakan apa yang ditemukan dalam praktek bisnis.

2.8.2 Tujuan *Benchmarking*

Mengubah suatu organisasi sedemikian rupa sehingga meningkatkan kinerjanya. Dengan demikian, *benchmarking* merupakan suatu studi untuk memperoleh suatu tolok ukur relatif bagi kinerja bisnis (Watson. 1997). Sedang tujuan utama *benchmarking* menurut Tjiptono dan Diana (2001) adalah untuk menemukan kunci atau rahasia sukses dan kemudian mengadaptasi dan

memperbaikinya untuk diterapkan pada perusahaan yang melaksanakan *benchmarking* tersebut.

2.8.3 Prinsip *Benchmarking*

Menurut pendapat Watson (1997) ada beberapa prinsip *benchmarking* yaitu :

a. Prinsip Resiprositas

Benchmarking merupakan praktek yang didasarkan pada hubungan timbal balik, sebagaimana yang tercermin dalam ungkapan popular menciptakan situasi "menang-menang". Semua partisipan adalah menag sebagai hasil pertukaran informasi antar perusahaan. Meski demikian, resiprositas tidak terjadi begitu saja, batas pertukaran informasidan data harus dinegosiasikan terlebih dahulu, sejalan dengan pertimbangan logis studi. Setiap mitra *benchmarking* harus mendapat jaminan tentang maksud masing-masing pihak. Situasi "menang-menang" tidak akan tercipta jika ada ancaman, intervensi atau penyalahgunaan yang dapat terjadi bila sasaran *benchmarking* tidak dirumuskan dengan tegas.

b. Prinsip Analogi

Jika hendak mencapai tingkat tertinggi alih pengetahuan diantara mitra *benchmarking*, proses operasional yang dikaji harus komparatif atau analogi. Keberhasilan membangun analogi ini serta memahami kriteria eksplisit bagi seleksi mitra *benchmarking* pada akhirnya akan menentukan keberhasilan perusahaan untuk menemukan peluang pengembangan proses bisnis.

c. Prinsip Pengukuran

Benchmarking mmerupakan perbandingan kinerja yang diukur diantara setidaknya dua perusahaan, maksudnya untuk memahami berbagai tingkat kinerja dan bagaimana cara mencapai tingkat kinerja lebih tinggi.Upaya pengukuran dan observasi secara seksama atas proses yang dapat saling dianalogikan pada akhirnya memungkinkan perusahaan mengadaptasikan sejumlah faktor penentu proses yang telah didefinisikan kedalam proses perusahaan tersebut.

d. Prinsip Validitas

Untuk mengamati dan mengaitkan faktor-faktor penentu proses dengan tolok ukur proses, fakta dan data yang valid harus dikumpulkan dan digunakan dalam perbandingan proses. Suatu proses *benchmarking* harus mengikuti "manajemen berdasarkan fakta" yakni pendekatan yang digerakkan oleh data pada analisi proses bisnis.

2.8.4 *Benchmarking* Strategi

Benchmarking strategi adalah kemampuan untuk melihat arah yang dituju dan hal yang diperlukan supaya tetap pada jalur dan mencapai tujuan. *Benchmarking* strategi merupakan unsur perencanaan, dimana merupakan upaya memperhitungkan sejumlah ketidakpastian masa depan serta membuat sejumlah persiapan yang akan menghantar organisasi menuju masa depan. Hal ini menuntut organisasi untuk belajar beradaptasi di lingkungan yang berubah secara lebih cepat dan lebih efektif dari pada pesaing-pesaing (Watson 1997).

Benchmarking strategi merupakan tehnik yang digunakan perusahaan untuk menetapkan sejumlah tujuan berdasarkan sejumlah standar eksternal. Alur proses

pertimbangan dalam perencanaan menggambarkan bagaimana *benchmarking* strategi cocok dengan menyusun rencana strategi lalu mengalir ke sejumlah rencana fungsional atau rencana tahunan. Studi *benchmarking* strategi mengangkat isu tertentu dalam rencana strategi yaitu : pengembangan infrastruktur organisasi, penentuan sejumlah tujuan dan sasaran, pemilihan proses bisnis kunci bagi upaya pengembangan, identifikasi bidang teknologi yang ditargetkan dalam upaya pengembangan dan seterusnya (Watson 1997).

2.8.5 Jenis *Benchmarking*

Menurut Gasperz (2002) pada dasarnya terdapat empat jenis *Benchmarking*, yaitu :

1. Internal Benchmarking

Merupakan investigasi *benchmarking* yang paling mudah dengan membandingkan sejumlah operasi diantara sejumlah fungsi dalam organisasi itu sendiri. Jenis investigasi ini dapat diterapkan pada perusahaan internasional atau multi divisi. Dengan demikian *internal benchmarking* adalah paket upaya perbaikan terus menerus untuk mengidentifikasi praktek bisnis terbaik yang ada didalam lingkungan perusahaan sendiri.

Dengan *internal benchmarking* dapat diperoleh informasi yang lebih jelas, kritis dan obyektif tentang adanya kesenjangan performansi antar unit bisnis atau bagian dalam perusahaan, serta penyebab terjadi kesenjangan performansi itu. Dengan implementasi *internal benchmarking* akan mendorong berkembangnya komunikasi internal dan pemecahan masalah secara bersama diantara unit bisnis atau bagian yang ada dalam organisasi itu. Dalam melakukan perbandingan perlu

ditetapkan *benchmark targets*, yaitu unit bisnis atau bagian di dalam perusahaan yang diketahui memiliki performansi terbaik atau memiliki keunggulan tertentu pada sifat-sifat tertentu sehingga patut untuk diteladani oleh unit bisnis atau bagian lain dalam perusahaan itu.

2. *Competitive Benchmarking*

Berfungsi untuk memposisikan produk dari perusahaan terhadap produk pesaing. Diterapkan untuk menciptakan atau meningkatkan daya saing serta mampu memperbaiki posisi produk dalam pasar yang kompetitif. Akan diperoleh informasi tentang performansi terbaik dari pesaing yang digunakan oleh perusahaan untuk menciptakan produk yang terbaik dari yang terbaik (*creating the best of the besty*).

Target pembanding berada diluar perusahaan dan bersifat fleksibel, tergantung pada tujuan melakukan *competitive benchmarking*. Dalam hal ini *benchmark targets* dapat berupa produk sejenis yang terbaik yang menjadi pesaing utama, atau bukan produk sejenis asalkan performansi spesifik tertentu dari produk itu dipandang dapat diinstalasi pada desain produk baru atau keunggulannya dapat mendatangkan inspirasi atau gagasan baru bagi perbaikan produk yang ada.

Implementasi *competitive benchmarking* relatif lebih sulit dibandingkan dengan *internal benchmarking*, karena informasi yang diperlukan berada diluar perusahaan, yakni pesaing domistik atau asing, sehingga diperlukan upaya tambahan untuk memperoleh informasi penting itu.

Competitive benchmarking sering disebut juga *external benchmarking*. Informasi ini dapat diperoleh dari majalah-majalah perdagangan, asosiasi bisnis sejenis, publikasi riset dan sumber lainnya.

3. Functional Benchmarking

Merupakan jenis *benchmarking* yang tidak harus membatasi diri pada perbandingan terhadap pesaing langsung. *Functional Benchmarking* dapat melakukan investigasi pada perusahaan yang unggul dalam industri yang tidak sejenis. Bagaimanapun relevansi dari perbandingan pada *functional benchmarking* perlu dipertahankan dengan mendefinisikan karakteristik performansi yang harus serupa dengan fungsi-fungsi dari perusahaan.

Dengan demikian dalam *functional benchmarking* nilai target pembanding dapat berasal dari perusahaan tidak sejenis yang unggul. Implementasi *functional benchmarking* lebih sulit dilakukan, mengingat informasi yang diperlukan pada umumnya lebih sulit diperoleh dan *benchmark targets* memerlukan imajinasi dan kreatifitas yang tinggi.

4. Generic Benchmarking

Merupakan jenis *benchmarking* dimana fungsi bisnis dan proses adalah sama tanpa mempedulikan ketidakserupaan atau ketidaksejenisan diantara sejumlah industri. Implementasi *generic benchmarking* membutuhkan konseptualisasi yang komprehensif (*broad conceptualization*), serta merupakan jenis *benchmarking* yang paling sulit. *Generic benchmarking* merupakan perluasan dari *functional benchmarking.*

2.8.6 Proses *Benchmarking*

Kalangan profesional di bidang mutu kelihatannya bergairah terhadap diagram proses, itu terjadi karena memandang semua operasi bisnis berada dalam proses yang tiada henti. (Watson, 1997).

Langkah dasar proses *benchmarking:*

1. Merencanakan studi *benchmarking*

Menyeleksi dan menentukan proses yang harus dipelajari, maksud strategis, kompetisi utama, peta kemampuan, kunci proses bisnis, faktor kesuksesan, penentuan proses kinerja, evaluasi proses kemampuan perusahaan, penentuan perusahaan yang harus dipelajari. Sehingga pada langkah pertama dapat direduksi untuk menjawab dua pertanyaan mendasar, yaitu :

a. Apa yang harus kita bandingkan ?
b. Perusahaan mana yang kita pakai sebagai tolok ukur perbandingan?

2. Melakukan riset primer dan sekunder

Yaitu mencari informasi tentang pokok persoalan yang meliputi penyelidikan dan penyingkapan rahasia atas proses tertentu didalam perusahaan yang menjadi sasaran. Komunikasi langsung dengan perusahaan lain yang hendak dijadikan tolok ukur dapat dilakukan melalui telepon, kuesioner tertulis atau kunjungan lokasi guna membuat observasi mendetil.

3. Menganalisis data yang terkumpul untuk menentukan kesejangan dan faktor penentu kinerja.

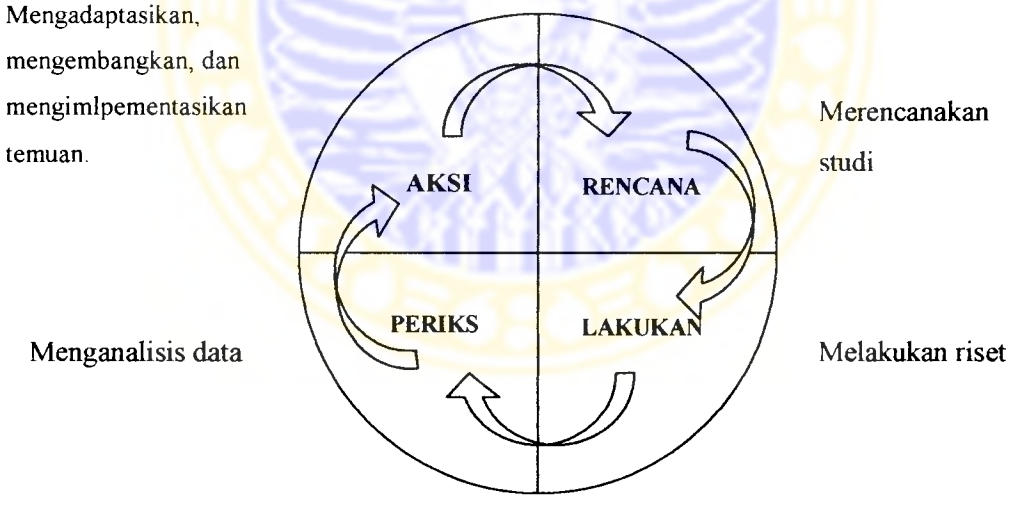
Analisis meliputi dua aspek yaitu:

a. Penetuan besaran kesenjangan kinerja antar perusahaan, dengan matrik *benchmarking* yang diidentifikasi pada tahap perencanaan.

b. Mengidentifikasi faktor penentu proses yang menunjang peningkatan kinerja di perusahaan terkemuka.

4. Menggerakkan sejumlah pengembangan

Menggerakkan pengembangan terseleksi di dalam organisasi dengan menerapkan pengetahuan yang dipelajari selama studi *benchmarking*. Kemudian mengimplementasikan sejumlah faktor penentu proses *benchmarking* yang cocok. Mengidentifikasi tolok ukur proses melalui besarnya kesenjangan kinerja relatif antara perusahaan sendiri dengan perusahaan yang berposisi sebagai mitra. (Watson, 1997)



Gambar 2.2 Proses *Benchmarking* dianalogikan dengan siklus Deming
Sumber : Watson, 1997

2.8.7 Syarat Keberhasilan *Benchmarking*

Ada beberapa syarat keberhasilanstudi *benchmarking* , yaitu :

1. Adanya sebuah tim manajemen yang suportif yang mempunyai persoalan nyata yang harus dipecahkan.
2. Akses kesemua mitra *benchmarking* yang punya pengalaman berhasil memecahkan persoalan yang sama.
3. Sejumlah tim *benchmarking* berpengetahuan luas dengan kemampuan menggunakan perlengkapan mutu dasar serta sejumlah praktek riset untuk menyelidiki masalah proses sampai ke penyebab mendasar.
4. Kegigihan dalam melakukan riset dan kesabaran (Watson, 1997)

2.9 *Focus Group Discussion* (FGD)

Focus Group Discussion (FGD) atau Diskusi Kelompok Terarah adalah suatu proses pengumpulan informasi suatu permasalahan tertentu yang spesifik melalui diskusi kelompok. *Focus group discussion* adalah tehnik pengumpulan informasi dengan wawancara tidak terstruktur dan natural yang dilakukan oleh moderator terlatih pada suatu kelompok diskusi kecil yang terdiri 8-10 orang. Dalam hal ini moderator bertindak sebagai pemimpin jalannya diskusi (Anandya dan Suprihadi, 2005).

Interaksi diantara peserta merupakan dasar untuk memperoleh informasi. Peserta harus dapat berinteraksi secara bebas dan diberi kesempatan yang sama untuk memberikan pernyataan, menanggapi komentar maupun mengajukan pertanyaan.

Tujuan utama dari *focus group discussion* adalah untuk memperoleh pendalaman tentang topik yang dibahas dengan cara mencermati diskusi yang terjadi di antara sekumpulan orang dari target pasar yang sesuai. Nilai diskusi ini ditentukan oleh temuan yang diperoleh dari suatu diskusi kelompok yang mengalir bebas. Dengan FGD akan diraih pendalaman suatu topik dengan baik.

FGD biasanya terdiri dari 8-12 orang. Jumlah yang terlalu sedikit akan menyebabkan grup tidak dinamis. Jika terlalu besar, maka diskusi yang berlangsung akan terlalu ramai, suasana menjadi tidak kondusif.

Anggota FGD sebaiknya homogen, yaitu terdiri dari bermacam orang dengan karakteristik demografi dan sosio ekonomi yang sama. Para anggota FGD juga harus memiliki pengalaman yang cukup tentang obyek atau topik yang sedang dibicarakan.

Penataan fisik FGD sangat penting dalam menunjang kelancaran diskusi. Suasana diskusi harus dibuat santai, tidak tegang, tidak terlalu formal atau kaku untuk menunjang kelancaran pembicaraan serta memicu berbagai komentar spontan. Waktu diskusi diatur agak tidak terlalu lama. Idealnya antar 1-3 jam.

Format pertanyaan biasanya *open ended* dimana anggota dibebaskan memberikan tanggapan sesuai dengan keinginannya. Hal ini yang menyebabkan suatu topik dapat digali lebih dalam.

Tabel 2.1 Karakteristik *Focus Group Discussion*

1. Ukuran grup	8 – 12 orang
2. Komposisi grup	Homogen, responden sudah diseleksi sebelumnya

Dilanjutkan .....

Lanjutan tabel 2.1 .....

3. Penataan Fisik	Santai, rileks, suasanan informal
4. Dirasi / lama diskusi	1 – 3 jam
6. Format pertanyaan	Pertanyaan terbuka, membebaskan responden untuk memberi tanggapan
7. Cara Merekam	Menggunakan kaset audio atau video dan catatan
8. Moderator	Memiliki kemampuan observasi, komunikasi dan interpersonal

Moderator memiliki peranan yang penting dalam kelancaran FGD. Moderator harus berinteraksi dengan peserta, menjaga kelancaran diskusi, memancing anggota melakukan pendalaman atas obyek. Selain itu moderator memiliki peranan penting dalam mengintrepretasikan serta menganalisis hasil FGD. Seorang moderator harus menguasai topik yang sedang dibahas, memiliki kemampuan serta memahami dinamika grup yang dipimpinnya.

Menurut Anandya dan Suprihadi, (2005) ada tiga fase dalam pelaksanaan suatu FGD adalah sebagai berikut:

1. Fase perencanaan

Fase perencanaan adalah fase yang menentukan keseluruhan proses. Pada fase ini ditetapkan tujuan pelaksanaan, kriteria anggota, tempat pelaksanaan, tema yang akan didalami serta informasi yang akan digali dari FGD.

2. Fase pelaksanaan

Pada tahap ini dilakukan penyusunan skema untuk moderator yang berisi topic dan pertanyaan yang akan diajukan. Seorang moderator penting peranannya dalm fase ini. Moderator harus dapat mengejar suatu ide yang terlontar dalam diskusi,

dapat memprovokasi peserta agar melakukan diskusi pada topic yang diinginkan serta dapat merangkum respon dari FGD agar dapat menentukan langkah berikutnya.

3. Fase analisis dan penyusunan laporan

Pada fase ini dilakukan pemeriksaan oleh moderator tidak hanya melaporkan temuan serta komentar yang didapatkan tetapi juga mencatat timbulnya konsisitensi dalam respon, ide baru, ekspresi wajah serta gerakan tubuh tertentu. Pada tahap ini peneliti harus mampu memaknakan segala hal yang terjadi selama diskusi, bukan hanya menulis ulang kejadian selama diskusi. Laporan yang disusun harus disesuaikan dengan tujuan pelaksanaan dan untuk siapa laporan itu dibuat. Analisis rangkuman dari hasil FGD ini akan menentukan tindakan penelitian selanjutnya.

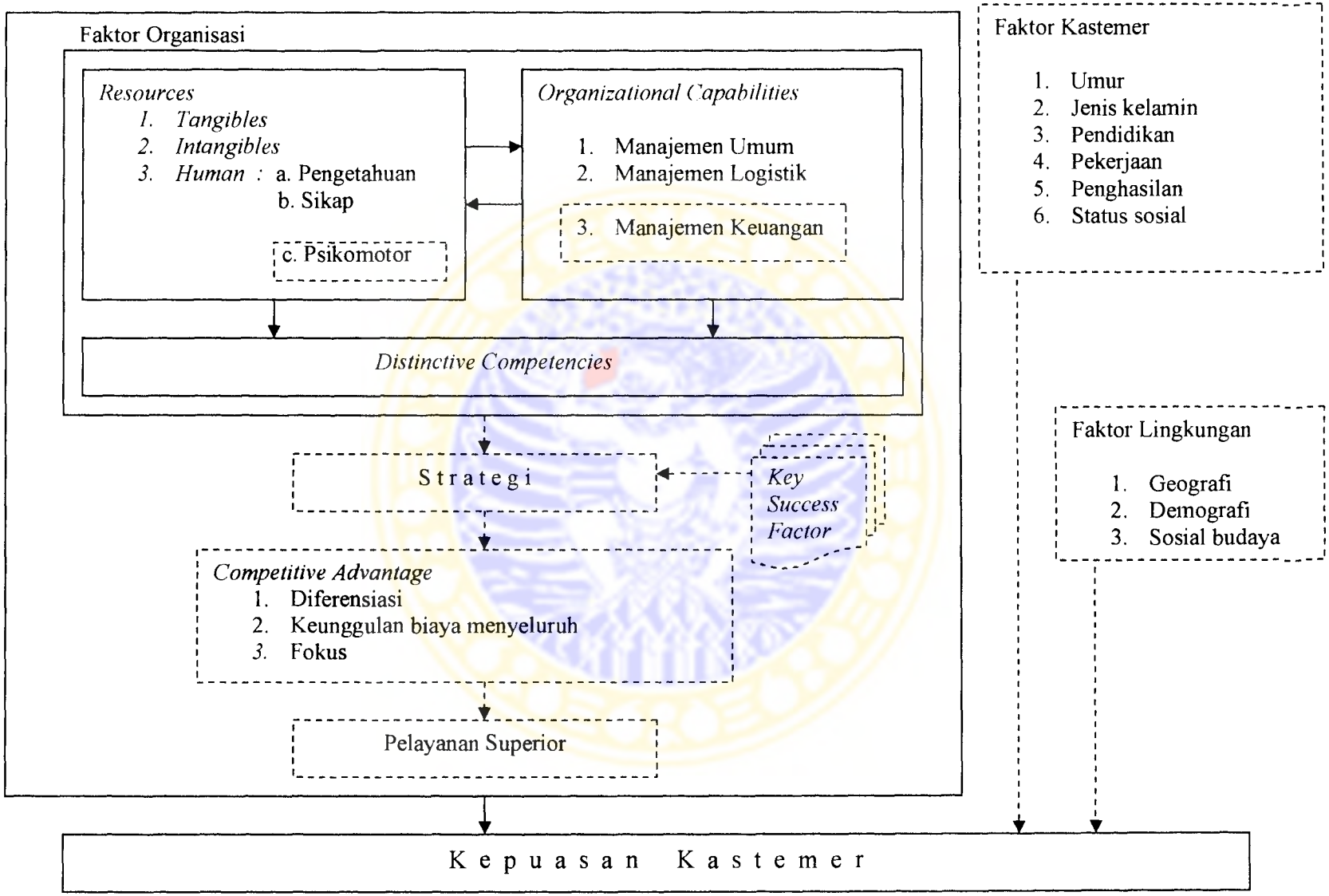
BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

Kerangka konseptual penelitian ini menggunakan konsep *competitive advantage* menurut Porter, (1980). Kajian diawali dari mengetahui *resources* (sumber daya) dan *organizational capabilities* yang dimiliki oleh perusahaan . Menurut Grant (1999) *resources* terdiri dari *tangible resources*, *intangible resources* dan *human resources*..

Organisasi yang memiliki r*esources* (Sumber daya) yang memadai dapat menciptakan *organizational capabilities*, begitu juga sebaliknya organisasi yang memiliki kemampuan (*organizational capabilities*) akan mudah melakukan koordinasi terhadap setiap *resources* yang dimilikinya. Organisasi dengan *resources* dan *organizational capabilities* yang baik sangat mendukung terciptanya *distinctive competencies*.

Organisasi yang memiliki *distinctive competencies* akan dapat memberikan pelayanan yang unik dan superior dibandingkan pesaingnya sehingga dapat memberikan kepuasan bagi kastemernya. Kepuasan kastemer selain dipengaruhi oleh faktor organisasi juga dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan faktor kastemer itu sendiri. Organisasi yang dapat memberikan kepuasan bagi kastemernya sangat mungkin akan mampu memenangkan persaingan, sehingga organisasi tersebut bisa dikatakan memiliki *competitive advantage.*



Gambar 3.1 Bagan kerangka konseptual penelitian. Keterangan _____ diteliti; ------- tidak diteliti

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan studi *benchmarking* . Hasil penelitian menguraikan *resources dan organizational capabilities* yang dimiliki IFRSSK dan IFRSML sehingga dapat menciptakan *distinctive competencies.*

4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Tehnik Pengambilan Sampel.

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian terdiri dari masyarakat (kastemer), dan petugas dari tingkat manajer sampai pelaksana di IF RSSK dan IF RSML.

4.2.2 Sampel dan besar sampel

1. Sampel petugas

Sampel petugas dalam penelitian ini terdiri dari manajer dan petugas pelaksana di IF RSSK dan IF RSML.

Besar sampel petugas IF RSSK sebanyak 21 orang terdiri dari 3 orang manajer, 1 orang apoteker pelaksana dan 3 orang pelaksana logistik farmasi dan 14 orang pelaksana apotek.

Besar sampel petugas IF RSML sebanyak 17 orang terdiri dari 3 orang manajer, 1 orang apoteker pelaksana dan 2 orang pelaksana logistik farmasi dan 11 orang pelaksana apotek.

2. Sampel masyarakat

Sampel masyarakat dalam penelitian ini adalah kastemer IF RSSK dan IF RSML.

Besar sampel kastemer dalam penelitian ini ditentukan dengan rumus :

$$n = \frac{N \cdot Z\ \alpha^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z\ \alpha^2 \cdot p \cdot q}$$ .....(Zainuddin, 2000)

Keterangan :

n = Jumlah sampel

N = Jumlah unit populasi

$Z\ \alpha^2$ = Harga kurva normal yang tergantung dari harga alpha (α)

p = estimator proporsi populasi

q = 1 – p

d = penyimpangan yang ditolerir

Berdasarkan data jumlah lembar resep di IF RSSK pada tahun 2004 sebanyak 69.120 lembar sehingga rata-rata perhari sebanyak 192 lembar. Kemudian jumlah lembar resep di IF RSML pada periode yang sama sebanyak 46.440 lembar sehingga rata-rata perhari sebanyak 129 lembar. Dengan asumsi bahwa traksaksi 1 lembar resep dilakukan oleh seorang kastemer maka dapat diperoleh perhitungan besar sampel kastemer sebagai berikut :

Besar sampel kastemer IF RSSK : N = 192, α = 5%, Z α = 1,96, p = 0,5, q = 0,5, d = 5 %, maka :

$$n = \frac{192 \times (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}{(0,05)^2 \times (192 - 1) + (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5} = 128.24$$

Jadi besar sampel kastemer IF RSSK = 128,24 dibulatkan 128 kastemer.

Besar sampel kastemer IF RSML : N = 129, α = 5%, Z α = 1,96, p = 0,5, q = 0,5, d = 5 %, maka :

$$n = \frac{129 \times (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}{(0,05)^2 \times (129 - 1) + (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5} = 96.76$$

Jadi besar sampel kastemer IF RSML = 96,76 dibulatkan 97 kastemer.

4.2.3 Tehnik Pengambilan Sampel

1. Sampel Petugas

Sampel petugas diambil secara total sampling.

2. Sampel Masyarakat

Sampel masyarakat diambil secara kuota sampling, yaitu dengan mewawancarai kastemer yang telah mendapatkan pelayanan di IFRS baik berasal dari Poli Klinik, UGD maupun Rawat Inap. Wawancara dilakukan 4 hari di IF RSSK

(rata-rata 32 kastemer per hari) dan 4 hari di IF RSML (rata-rata 24 kastemer per hari).

4.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.3.1 Lokasi penelitian

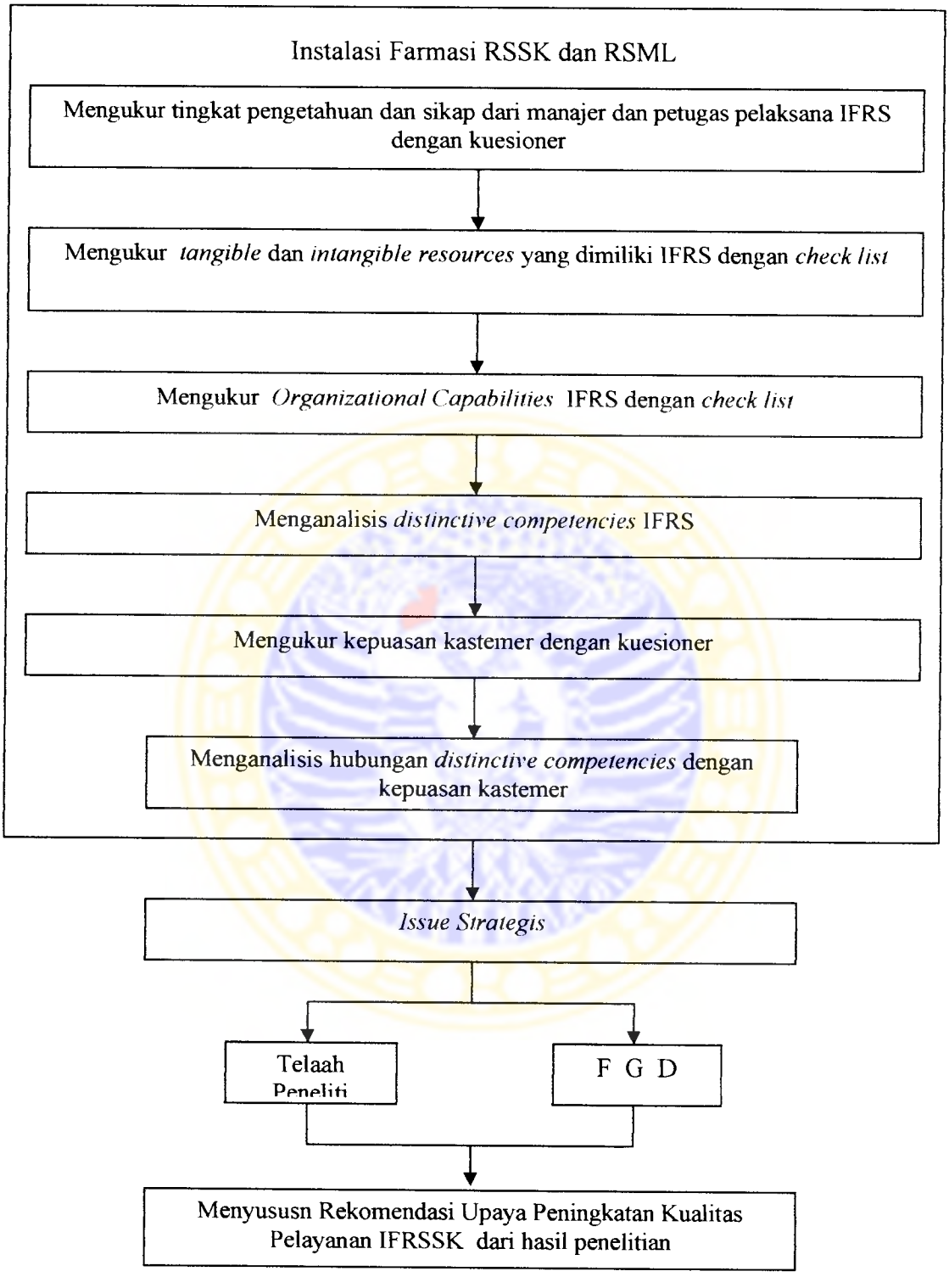
Penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang Jl. Pahlawan Sepanjang Sidoarjo dan Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan, Jl. Jaksa Agung Suprapto Lamongan.

4.3.2 Waktu penelitian

Pengumpulan data dilaksanakan selama 4 (empat) minggu pada akhir Desember 2005 dan awal Januari 2006.

4.4 Kerangka Oparasional

Kerangka operasional penelitian ditunjukkan dalam gambar 4.1 berikut :



Gambar 4.1 Kerangka Operasional Penelitian

4.5 Variabel Penelitian

Dalam penelitian ini variabel penelitian adalah sebagai berikit :

1. Pengetahuan
2. Sikap
3. *Resources*
4. *Organizational Capabilities*
5. *Distinctive competencies*
6. Kepuasan kastemer

4.6 Variabel , Definisi Operasional, Cara Pengukuran, Kriteria Hasil dan Skala Data

Variabel , Definisi Operasional, Cara Pengukuran, Kriteria Hasil dan Skala Data dapat ditunjukkan dalam tabel 4.1

Tabel 4.1 Variabel , Definisi Operasional, Cara Pengukuran, Kriteria Hasil dan Skala Data

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Hasil	Skala data
1	Pengeta-huan	Pengetahuan petu-gas tentang distinc-tive competencies meliputi : a. Definisi kastemer b. Jenis kastemer c. faktor-faktor yang mempengaruhi ke-puasan kastemer d. tugas poko dan fungsi e. Perbedaan IFRS dengan apotek	Diukur dengan jawa ban responden mela-lui kuesioner yang diisi secara mandiri. Bila benar skor 100 Bila salah skor 0	Kriteria hasil : 1. Sangat tinggi : 75,00 - 100,00 2. Tinggi : 50,00 - 74,99 3. Rendah : 25,00 - 49,99 4. Sangat rendah: 0,00 - 24,99	Rasio

Sumber : data promer

dilanjutkan.....

lanjutan tabel 4.1 .....

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Hasil	Skala data
2	Sikap	Sikap petugas terhadap terciptanya kondisi *distinctive competencies* meliputi : a. Manajemen umum b. Manaj. logistik c. Tugas pokok dan fungsi d. Kastemer	Diukur dengan jawaban responden melalui kuesioner yang diisi secara mandiri. Pernyataan Positif : 1. SS = 4 2. S = 3 3. TS = 2 4. STS = 1 Pernyataan Negatif : 1. SS = 1 2. S = 2 3. TS = 3 4. STS = 4	Kriteria hasil : 1. Sangat Mendukung : 3,00 - 4,00 2. Mendukung : 2,00 - 2,99 3. Tidak mendukung : 0,00 - 1,99	Ordinal
3	*Resources*	Sumber daya yang dimiliki IFRS meliputi : a. Fasilitas dan peralatan b. Staf dan pimpinan	diukur dengan wawancara mendalam dengan pimpinan IF berdasarkan pedoman survei akreditasi rumah sakit	Kriteria hasil : 1. Memadai : 4 - 5 2. Kurang memadai : 2 - 3 3. Tidak memadai : 0 - 1	-
4	*Organizational Capabilities*	Kemampuan manajemen IF dalam mengelola seluruh sumber daya yang dimiliki meliputi : a. Falsafah & tujuan b. Pelayanan berorientasi kebutuhan kastemer. c. Struktur Organisasi.	diukur dengan wawancara mendalam dengan pimpinan IF berdasarkan pedoman survei akreditasi rumah sakit	Kriteria hasil : 1. Memadai : 4 - 5 2. Kurang memadai : 2 - 3 3. Tidak memadai : 0 - 1	-

Sumber : data primer

dilanjutkan .....

lanjutan tabel 4.1 .....

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Hasil	Skala data
		d. Panitan Farmasi dan Terapi e. Kebijakan tertulis f. Protap tertulis g. Program orientasi bagi pegawai baru h. Program pendidik-an berkelanjutan. i. Program peningka-tan mutu. j. Manajemen data k. Pertemuan berkala di internal IF			
5	*Distinctive competen-cies.*	Kondisi IFRS dalam memenuhi kebutuhan kastemernya hingga mencapai kepuasan. meliputi : a. Konndisi r. tunggu b. Kenyamanan ruang tunggu c. Kondisi kemasan d. Kondisi etiket e. Informasi tata cara antrian. f. Penjelasan tata cara minum & efek sam-ping obat	diukur dengan jawa ban responden mela-lui kuesioner yang diisi secara mandiri. dengan skoring : 1. Tidak baik = 1 2. Kurang baik = 2 3. Baik = 3 4. Sangat baik = 4	Kriteria hasil : 1. Sangat baik : 3,00 - 4,00 2. Baik : 2,00 - 2,99 3. Kurang baik: 1,00 - 1,99	Ordinal
6	Kepuasan kastemer	Kepuasan kastemer terhadap kualitas pelayanan IFRS meliputi :	diukur dengan jawa ban responden mela-lui kuesioner yang diisi secara mandiri.	Kriteria hasil :	Ordinal

Sumber : data primer

dilanjutkan .....

Lanjutan tabel 4.1 .....

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Hasil	Skala data
		a. *Tangible* (tampilan-fisik) b. *Reliability* (keter - handalan) c. *Responsiveness* (daya tanggap) d. *Assurance* (jamin-an) e. *Emphaty* (empati)	dengan skoring : 1. Tidak puas = 1 2. Kurang puas = 2 3. Puas = 3 4. Sangat puas = 4	1. Sangat puas : 3,00 - 4,00 2. Puas : 2,00 - 2,99 3. Kurang puas : 1,00 - 1,99	

Sumber : data primer

4.7 Instrumen Penelitian, Jenis Data dan Tehnik Pengumpulan Data

4.7.1 Instrumen penelitian

Instrumen yang dipakai dalam penelitian ini adalah:

1. Kuesioner

   a. Kuesioner untuk mengukur tingkat pengetahuan dan sikap petugas terhadap kondisi *distinctive competencies*

   b. Kuesioner penilaian kastemer tentang *distinctive competencies* serta kepuasan terhadap pelauanan IFRS.

Kedua instrumen di atas perlu dilakukan uji validitas dan uji reliabilitas. Uji validitas pada kedua instrumen diatas dilakukan dengan validitas konstruksi, yaitu dengan cara menetukan definisi konsep berdasarkan bahan bacaan. Beberapa definisi yang tidak didapatkan dalan bahan bacaan, dibuat sendiri oleh peneliti dengan terlebih dahulu mengkonsultasikannya pada para ahli serta menanyakan langsung kepada responden (Ancok, 1995).

Uji Reliabilitas dilakukan dengan metode test ulang (Danim,2000). Hasil uji pada kedua instrumen diatas menunjukkan nahwa semua pertanyaan reliabel (lampiran 7)

2. Pedoman penilaian *resources* dan *organizational capabilities* (lampiran 14)

Penilaian *resources* dan *organizational capabilities* menggunakan buku Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit yang dikeluarkan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

4.7.2 Jenis data dan cara pengumpulan data

1. Data primer berupa :
   a. Data tentang tingkat pengetahuan petugas IFRS tentang *distinctive competencies* , sikap petugas IFRS terhadap *distinctive competencies*. Cara pengumpulan data dengan mengisi kuesioner secara mandiri oleh seluruh petugas di masing-masing IFRS.
   b. Data tentang penilaian kastemer terhadap *distinctive competencies* IFRS serta tingkat kepuasan kastemer terhadap pelayanan IFRS. Cara pengumpulan data dengan cara pengisian mandiri kuesioner oleh kastemer IFRS. Untuk pengambilan data ini peneliti menggunakan jasa survei sehingga apabila ada responden yang kesulitan memahami materi pertanyaan dilakukan pendampingan atau wawancara oleh petugas survei.

2. Data sekunder berupa gambaran umum kedua rumah sakit serta dokumen lainnya yang diperoleh dari data yang tersedia di RSSK dan RSML.

4.8 Cara Pengolahan dan Analisis Data

4.8.1 Cara Pengolahan data

Tahap 1 : Pada data primer responden dilakukan penyuntingan untuk memastikan bahwa pertanyaan dalam kuesioner sudah terjawab semua, kemudian dilakukan *coding* dan dibuat tabulasi dimasukkan dalam program SPSS untuk dihasilkan table frekuensi dan nilai rata rata masing-masing variabel.

Tahap 2 : Dilakukan analisis dari hasil tabulasi data penilaian responden dan hasil pengamatan langsung (*check list*) yang dilakukan oleh peneliti.

Tahap 3 : Hasil tabulasi data penilaian responden dan pengamatan langsung peneliti di telaah kemudian diangkat *issue strategis* untuk dibahas dalam FGD *(Focus Group Discussion)* agar mendapatkan komentar, masukan, saran dan kritik dari peserta FGD yang terdiri dari para manajer IF RSSK, manajer RSSK, dan nara sumber.

Tahap 4 : Berdasarkan masukan, komentar, saran dan kritik dari peserta FGD , disusun rekomendasi upaya peningkatan kualitas pelayanan IF RSSK.

4.8.2 Analisis data

Data dianalisis secara deskriptif untuk mengetahui distribusi, frekuensi dan rata rata dari setiap variabel. Untuk menganalisis adakah hubungan antara *distinctive competencies* dengan Kepuasan kastemer dilakukan uji statistik korelasi Pearson. Karena penelitian ini menggunakan studi *benchmarking*, maka hasil analisis dari masing-masing IFRS dibandingkan. Dari hasil perbandingan tersebut akan diharapkan didapat aspek yang lebih positif dari IF RSML sebagi tempat tujuan *benchmark* yang akan menjadi acuan dalam menyusun upaya peningkatan kualitas pelayanan di IF RSSK.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo

Rumah Sakit Siti Khodijah adalah rumah sakit tipe Madya dan merupakan salah satu amal usaha milik Muhammadiyah yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan. Rumah sakit ini didirikan oleh Pimpinan Cabang Muhammadiyah Sepanjang yang pembinaannya dilakukan oleh Majelis Kesehatan dan Kesejahteraan Masyarakat Pimpinan Cabang Muhammadiyah Sepanjang.

1. Sejarah Singkat Berdirinya RSSK

Diawali oleh dorongan para ibu anggota 'Aisyiyah Cabang Sepanjang yang ingin melahirkan anaknya di rumah sakit yang berada lebih dekat dengan tempat tinggalnya, sehingga mereka mengusulkan kepada para bapak anggota Muhammadiyah untuk mendirikan rumah sakit di daerah Sepanjang. Atas dorongan dari para ibu anggota 'Aisyiyah tersebut maka para bapak anggota Muhammadiyah Cabang Sepanjang bertekad dan berusaha untuk mendirikan rumah sakit.

Bermodal sebidang tanah waqaf dan bantuan dana serta sumbangan bahan bangunan dan tenaga dari para dermawan anggota dan simpatisan Muhammadiyah, akhirnya pada tanggal 17 Agustus 1964 diadakan peresmian peletakan batu pertama pendirian gedung Rumah Sakit diatas tanah seluas 18 x 45 m^2. Peresmian tersebut dilakukan oleh H. Saleh Ibrahim, Pimpinan Wilayah Muhammadiyah Jawa Timur dengan disaksikan oleh Panitia 17 Agustus wilayah Kecamatan Taman.

Oleh karena pembangunan gedung rumah sakit dilakukan dengan bergotong royong oleh para anggota dan simpatisan Muhammadiyah di daerah Sepanjang, maka baru lebih kurang tiga tahun setelah peletakan batu pertama, tepatnya pada tanggal 8 Sya'ban 1387 Hijriyah atau bertepatan dengan tanggal 26 Nopember 1967 Miladiyah, diadakan peresmian penyelesaian pembangunan gedung dan pembukaan Poliklinik sebagai tahap awal dari Rumah Sakit untuk umum oleh Dr. H. Kusnadi, pimpinan pusat Muhammadiyah Majelis Penolong Kesengsaraan Oemmat (PKOe),

2. Visi, Misi, Motto dan Tujuan RSSK

Dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, RSSK memiliki visi, misi, motto dan tujuan, yaitu:

a. Visi

Rumah Sakit ini adalah bentuk perwujudan dari iman dan amal sholeh kepada Allah SWT serta mewujudkannya sebagai sarana ibadah

b. Misi

Pelayanan kesehatan yang islami, profesional dan bermutu dengan tetap peduli dengan kaum Dhuafa.

c. Motto

Bekerja sebagai ibadah, ihsan dalam pelayanan

d. Tujuan

Mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi semua lapisan masyarakat melalui pendekatan pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif), yang dilaksanakan

secara menyeluruh sesuai dengan peraturan perundangan, serta tuntunan ajaran islam dengan tidak memandang agama, golongan dan kedudukan.

3. Fasilitas Pelayanan RSSK

Secara umum fasilitas pelayanan yang tersedia di RSSK terdiri dari pelayanan medik, rawat inap, dan pelayanan penunjang medik. Adapun gambaran lengkapnya adalah sebagai berikut:

a. Rawat Jalan

1. Unit Gawat Darurat (UGD)

2. Klinik Umum dan Spesialis

Klinik umum dan spesialis yang ada di RSSK dapat kita lihat pada tabel 5.1 :

Tabel 5.1 Klinik Umum dan Spesialis RSSK Sepanjang Tahun 2005

a.	Klinik Umum	i.	Klinik Kulit Dan Kelamin
b.	Klinik Penyakit Dalam	j.	Klinik Paru
c.	Klinik Anak	k.	Klinik Mata
d.	Klinik Kebidanan	l.	Klinik THT
e.	Klinik Bedah	m.	Klinik Jiwa
f.	Klinik Jantung	n.	Klinik Alternatif
g.	Klinik Syaraf	o.	Klinik Rehab Medik
h.	Klinik Gigi	p	General Chek Up

Sumber : Bagian Sekretariat RSSK

3. Klinik Sub Spesialis di RSSK terdiri dari :

a. Klinik Bedah Urologi

b. Klinik Bedah Urthopedi

c. Klinik Bedah Syaraf

b. Rawat Inap

Ruang perawatan di RSSK berjumlah 136 tempat tidur yang terbagi dalam beberapa kelas perawatan seperti tampak pada tabel 5.2

Tabel 5.2 Rincian Jumlah Tempat Tidur RSSK Sepanjang Tahun 2005

No	Kelas Perawatan	Jml TT	No	Kelas Perawatan	Jml TT
1	Kelas VIP_A	1	9	ICU	3
2	Kelas VIP_B	4	10	NICU	3
3	Kelas I	4	11	ROI	4
4	Kelas II_A	8	12	Intensif	3
5	Kelas II_B	23	13	Neonatus	5
6	Kelas III_A	23	14	Isolasi	10
7	Kelas III_B	33	15	Jumlah	136
8	Zaal	6	16	Kamar Operasi	2

Sumber : Bagian Sekretariat RSSK

c. Penunjang Medis

Beberapa fasilitas penunjang medis di RSSK dapat kita lihat pada table 5.3 :

Tabel 5.3 Fasilitas Penunjang Medis RSSK Sepanjang Tahun 2005

1. Instalasi Farmasi	4. Instalasi Gizi
2. Laboratorium	5. Fisioterapi
3. Radiolog	6. Pemulasaran Jenazah
a. X-ray	7. Ambulan
b. CT Scan	
c. USG	

Sumber : Bagian Sekretariat RSSK

d. Penunjang Umum

Adapun fasilitas penunjang umum di RSSK seperti tampak pada tabel 5.4

Tabel 5.4 Fasilitas Penunjang Umum RSSK Sepanjang Tahun 2005

1. Instalasi Pemeliharaan Sarana	6. R. Pertemuan Umum
2. Incinerator	7. R. Komite Medis
3. Laundry	8. SIRS
4. Sterilisasi Central	9. Warung Telekomunikasi
5. IPAL	

Sumber : Bagian Sekretariat RSSK

4. Jumlah Sumber Daya Manusia

Jumlah Sumber Daya Manusia di RSSK dapat kita lihat pada tabel 5.5

Tabel 5.5 Jumlah Sumber Daya Manusia di RSSK Sepanjang Tahun 2005

No	Jenis Tenaga	Jumlah
1	Tenaga Dokter	
	Dokter Umum Organik	5 orang
	Dokter Umum + S2 Oraganik	2 orang
	Dokter Umum Mitra	3 orang
	Dokter Spesialis Organik	3 orang
	Dokter Spesialis Mitra	43 orang
	Dokter PPDS	3 orang
	Dokter Gigi	1 orang
2	Tenaga Perawat dan Bidan	
	SPK	38 orang
	P2 Bidan	9 orang
	D III Keperawatan	62 orang
	D III Kebidanan	12 orang
3	Tenaga Paramedis non Perawat	29 orang
4	Tenaga Non Medis	78 orang
J u m l a h		287 orang

Sumber : Bagian Personalia RSSK

5.1.2 Gambaran Umum Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan

RSML adalah rumah sakit tipe Madya dan merupakan salah satu amal usaha milik Muhammadiyah yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan. Rumah sakit ini didirikan oleh Pimpinan Daerah Muhammadiyah Lamongan yang pembinaannya dilakukan oleh Majelis Kesehatan dan Kesejahteraan Masyarakat Pimpinan Daerah Muhammadiyah Lamongan.

1. Sejarah Singkat Berdirinya RSML

Diawali dari sebuah Pos Kesehatan Bencana Banjir di Lamongan menjadi Balai Kesehatan Islam (BAKIS)/PKU Muhammadiyah Daerah Lamongan didirikan pada bulan Agustus tahun 1968, mula-mula sebagai Balai Pengobatan Islam dengan menyewa suatu bangunan di Jalan K. H. Ahmad Dahlan no. 7 Lamongan sampai dengan tahun 1978. Selanjutnya dengan usaha nyata dan sungguh sungguh tanpa pamrih dari para pendiri dan pengurusnya (Pimpinan Daerah Muhammadiyah Lamongan), setelah mendapat hibah dari Bapak H. Usman Dimyati (pemilik lahan dan bangunan yang disewa), maka fungsi sekedar pelayanan pengobatan ditingkatkan dengan tambahan pelayanan BKIA/Klinik KB yang kemudian dikembangkan menjadi Rumah Bersalin dengan kapasitas 6 (enam) tempat tidur.

Sejalan dengan perkembangan, saat ini Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan menempati gedung baru diatas lahan seluas 22.096 M^2 di jalan Jaksa Agung Suprapto, Lamongan. Peletakan batu pertama pembangunannya dilaksanakan oleh Gubernur Jawa Timur Bpk. Basofi Soedirman tgl 17 Oktober 1994 dan peresmiannya dilaksanakan oleh Bpk. Menko Kesra Azwar Anas pada tgl 5 Juli 1997.

Dengan pelayanan medis yang lebih modern dalam lingkungan yang asri dan bernuansa Islami, kita terus berupaya untuk meujudkan visi, misi dan tujuan RS.

2. Visi, Misi, Motto dan Tujuan RSML

Dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, RSSK memiliki visi, misi, motto dan tujuan, yaitu:

a. Visi

Menjadikan Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan Sebagai Perwujudan dari Iman dan Ibadah kepada Allah SWT dan Sarana Amal Sholeh

b. Misi

1. Menjadikan Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan Sebagai Amal Usaha Pelayanan Kesehatan yang Islami, Profesional dan Bermutu.
2. Menjadikan Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan Sebagai Sarana dakwah Amal Ma'ruf Nahi Mungkar serta Sebagai Sarana Untuk Mewujudkan Masyarakat dan Keluarga Yang Sehat Sejahtera

c. Motto

Cepat, Bermutu, Terjangkau dan Islami

d. Tujuan

Mewujudkan derajad kesehatan yang optimal bagi semua lapisan masyarakat dalam rangka terwujudnya masyarakat utama adil makmur yang diridhoi oleh Allah SWT, melalui pendekatan pemeliharaan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara menyeluruh

3. Fasilitas Pelayanan RSML

a. Rawat Jalan

1. Instalasi Gawat Darurat (IGD)

2. Klinik Umum dan Spesialis

Klinik umum dan spesialis di RSML dapat dilihat pada tabel 5.6

Tabel 5.6 Klinik Umum dan Spesialis di RSML Lamongan Tahun 2005

a.	Klinik Umum	i.	Klinik Kulit Dan Kelamin
b.	Klinik Penyakit Dalam	j.	Klinik Paru
c.	Klinik Anak	k.	Klinik Mata
d.	Klinik Kebidanan	l.	Klinik THT
e.	Klinik Bedah	m.	Klinik Alternatif
f.	Klinik Jantung	n.	Klinik Rehab Medik
g.	Klinik Syaraf	o.	General Chek Up
h.	Klinik Gigi		

Sumber : Bagian Sekretariat RSML

3. Klinik Sub Spesialis di RSML terdiri dari :

a. Bedah Urologi
b. Bedah Orthopedi
c. Bedah Syaraf
d. Laktasi

4. Pelayanan Kesehatan Masyarakat di RSML terdiri dari :

a. Home Care
b. Usaha Kesehatan Sekolah
c. PKMRS
d. Klub Diabetes Mellitus
e. Bincang Sehat (Media Radio)
f. Baksos rutin

b. Rawat Inap

Ruang perawatan di RSML berjumlah 112 tempat tidur yang terbagi dalam beberapa kelas perawatan seperti tampak pada tabel 5.7

Tabel 5.7 Rincian Jumlah Tempat Tidur RSML Lamongan Tahun 2005

No	Kelas Perawatan	Jml TT	No	Kelas Peratan	Jml TT
1	Kelas VIP	2	5	ICU	3
2	Kelas I / Utama	5	6	ROI	5
3	Kelas II	37	7	Neonatus	14
4	Kelas III	46	8	TOTAL	112
			9	Kamar Operasi	2

Sumber : Bagian Sekretariat RSML

c. Penunjang Medis

Beberapa fasilitas penunjang medis di RSML dapat kita lihat pada table 5.8

Tabel 5.8 Fasilitas Penunjang Medis RSML Lamongan Tahun 2005

1. Instalasi Farmasi	4. Instalasi Gizi
2. Laboratorium	5. Optik
3. Radiolog	6. Pemulasaran Jenazah
a. X-ray	7. Ambulan
b. CT Scan	8 Echocardiografi
c. USG	9 Instalasi Pemeliharaan Sarana

Sumber : Bagian sekretarriat RSML

d. Penunjang Umum

Beberapa fasilitas penunjang medis di RSML dapat kita lihat pada table 5.9

J u m l a h	308 orang

Sumber Bagian personalia RSML

5.2 Gambaran Petugas di Instalasi Farmasi RSSK dan RSML

5.2.1 Distribusi jenis kelamin petugas IFRS

Distribusi jenis kelamin petugas IFRS dapat dilihat pada tabel 5.11

Tabel 5.11 Distribusi Jenis Kelamin Petugas IF RSSK Sepanjang dan IF RSML Lamongan Tahun 2005

No	Jenis Kelamin	IFRSSK		IFRSML	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Laki-laki	2	9.5	4	23.5
2	Perempuan	19	90.5	13	76.5
Jumlah		21	100	17	100

Sumber : data primer

Dari tabel 5.11 dapat dilihat bahwa distribusi jenis kelamin petugas IFRS didominasi oleh perempuan .

5.2.2 Distribusi kelompok umur petugas IFRS

Distribusi kelomok umur petugas IFRS dapat dilihat pada tabel 5.11

Tabel 5.12 Distribusi Kelompok Umur Petugas IF RSSK Sepanjang dan IF RSML Lamongan Tahun 2005

No	Kelompok Umur	IFRSSK		IFRSML	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	< 20 th	0	0.0	2	11.8
2	20 - 35 th	14	66.7	12	70.6
3	36 - 49 th	7	33.3	3	17.6
4	> 50 th	0	0.0	0	0.0
Jumlah		21	100.0	17	100.0

Sumber : data primer

Dari tabel 5.12 dapat dilihat bahwa kelompok umur terbanyak petugas di masing-masing IFRS adalah kelompok umur 20 – 35 tahun (umur produktif)

5.2.3 Distribusi pendidikan petugas IFRS

Distribusi pendidikan petugas IFRS dapat dilihat pada tabel 5.13

Tabel 5.13 Distribusi Pendidikan Petugas IF RSSK Sepanjang dan IF RSML Lamongan Tahun 2005

No	Pendidikan Terakhir	IFRSSK		IFRSML	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	SLTA	6	28.6	5	29.4
2	SMF	12	57.1	8	47.1
3	D3 Farmasi	0	0.0	2	11.8
4	Apoteker	3	14.3	2	11.8
Jumlah		21	100.0	17	100.0

Sumber : data primer

Dari tabel 5.13 dapat dilihat bahwa distribusi pendidikan petugas IFRS terbanyak adalah SMF (Sekolah Menengah Farmasi). Hal ini memang sudah sesuai dengan tugas dan fungsi IFRS.

5.2.4 Tingkat Pengetahuan Petugas IFRS

Tingkat pengetahuan petugas diukur dengan mengajukan pertanyaan menggunakan kuesioner kepada responden yang meliputi apa saja yang diketahui responden tentang : kastemer, jenis kastemer, faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi kastemer dan perbedaan antara IFRS dengan apotek .Untuk pertanyaan yang paling akhir ini khusus diajukan kepada manajer IFRS dan apoteker pelaksana. Adapun hasilnya dapat kita lihat pada tabel 5.14 berikut ini :

Tabel 5.14 Tingkat Pengetahuan Petugas IF RSSK Sepanjang dan IF RSML Lamongan Tahun 2005

N0	Aspek Pengetahuan	RSSK			RSML		
		n	Mean	SD	n	Mean	SD
1	Yang diketahui tentang Kastemer	21	39.05	39.75	17	56.47	34.10
2	Yang diketahui tentang Jenis kastemer	21	61.91	43.61	17	66.21	43.72
3	Faktor mempengaruhi persepsi kastemer	21	51.02	43.97	17	60.50	46.62
4	Tugas pokok dan Fungsi	21	59.98	39.11	17	69.06	36.36
5	Beda antara IFRS dengan Apotek	2	70.00	28.28	2	85.00	21.21
Pengetahuan		21	56.39	38.91	17	67.45	28.28
Kategori		Tinggi			Tinggi		

Sumber : data primer

Dari tabel 5. 14 dapat dilihat bahwa tingkat pengetahuan petugas IF RSSK untuk seluruh item pertanyaan lebih rendah jika dibandingkan dengan petugas IF RSML. Rata-rata nilai terendah adalah pengetahuan petugas IFRSSK tentang kastemer (39,05). Selain itu untuk pertanyaan apakah perbedaan antara IFRS dengan Apotek (farmasi komunitas) terdapat perbedaan nilai yang cukup tajam antara petugas di IF RSSK (70,00) dengan petugas di IF RSML (85,00) artinya bahwa pimpinan dan apoteker pelaksana di IFRSML jauh lebih memahami perbedaan antara IFRS dan apotek komunitas dari pada pimpinan dan apoteker pelaksana di IFRSSK.

5.2.5 Sikap Petugas IFRS

Sikap petugas diukur dengan tanggapan responden terhadap pernyataan yang bersifat positif ataupun negatif tentang : manajemen umum, manajemen logistik, tugas pokok & fungsi serta kastemer dengan menggunakan kuesioner. Adapun hasilnya dapat dilihat pada table 5.15 berikut ini :

Tabel 5.15 Sikap Petugas IF RSSK Sepanjang dan RSML Lamongan Tahun 2005

No	RSSK							RSML						
	n	Sikap				Mean	SD	n	Sikap				Mean	SD
		1	2	3	4				1	2	3	4		
1	21	0	3	13	5	3.10	0.63	17	0	2	12	3	3.06	0.55
2	21	0	0	11	10	3.48	0.51	17	0	0	10	7	3.41	0.51
3	21	2	9	6	2	2.19	0.84	17	0	4	11	2	2.88	0.60
4	21	1	2	15	3	2.95	0.67	17	0	2	13	2	3.00	0.50
5	21	0	2	13	6	3.19	0.59	17	0	0	12	5	3.29	0.47
6	21	0	1	17	5	3.48	0.47	17	0	4	12	1	2.82	0.41
7	21	0	0	6	14	3.52	0.47	17	0	0	10	7	3.41	0.51
8	21	3	5	11	2	2.57	0.87	17	0	1	15	1	3.00	0.35
9	21	13	3	3	2	1.71	1.06	17	7	8	1	1	1.76	0.83
10	21	0	2	13	6	3.19	0.60	17	0	1	13	3	3.12	0.48
11	21	1	1	14	5	3.10	0.70	17	0	2	12	3	3.06	0.55
12	21	0	0	12	9	3.43	0.51	17	0	0	12	5	3.29	0.41
13	21	0	1	12	8	3.33	0.58	17	0	0	10	7	3.41	0.51
14	21	4	11	4	3	2.38	0.96	17	3	5	7	2	2.47	0.94
15	21	0	2	10	9	3.33	0.66	17	0	0	6	11	3.65	0.49
16	2	0	0	2	0	3.00	0.00	2	0	0	2	0	3.00	0.71
17	2	0	0	2	0	3.00	0.00	2	0	0	0	2	4.00	0.00
18	2	0	0	1	1	3.50	0.71	2	0	0	1	1	3.50	0.71
19	2	0	0	2	0	3.00	0.00	2	1	1	0	0	1.50	0.71
20	2	0	1	0	1	3.00	1.41	2	0	0	1	1	3.50	0.71
Total		24	43	167	91	3.00	0.61		11	30	160	64	3.05	0.55
Kriteria	Sangat Mendukung							Sangat Mendukung						

Sumber : data primer

Dari tabel 5.15 dapat dilihat bahwa sikap petugas IFRS terhadap manajemen umum, manajemen logistik, tugas pokok & fungsi serta kastemer, rata-rata di kedua IFRS sama-sama sangat mendukung.

5.3 *Resources* IFRS

Melalui pengamatan langsung peneliti dan wawancara mendalam dengan pimpinan IFRS, maka diperoleh data tentang sumber daya (*resources*) dengan hasil seperti pada tabel 5.16 berikut ini:

Tabel 5.16 *Resources* Yang Dimiliki IF RSSK Sepanjang dan RSML Lamongan Tahun 2005

No	***Resources***		
	Standar Pelayanan Framasi RS Depkes RI	Kondisi	
		IFRSSK	IFRSML
I	Ruangan		
1	Ruang Kantor		
	a. Ruang Pimpinan	ada	ada
	b. Ruang Staf	Tidak ada	Tidak ada
	c. Ruang Kerja/administrasi	ada	ada
	d. Ruang Pertemuan	Tidak ada	Tidak ada
2	Ruang Produksi		
	a. Ruang Produksi Sediaan Non Steril	ada	ada
	b. Ruang Produksi Sediaan Steril	Tidak ada	Tidak ada
3	Ruang Penyimpanan		
	1. Kondisi Umum untuk Ruang Penyimpanan		
	a. Obat Jadi	ada	ada
	b. Obat Produksi	Tidak ada	Tidak ada
	c. Bahan baku obat	Tidak ada	Tidak ada
	d. Alat Kesehatan dan lain-lain	ada	ada
	2. Kondisi Khusus untuk Ruang Penyimpanan		
	a. Obat termolabil	ada	ada
	b. Alat kesehatan dengan suhu rendah	ada	ada
	c. Obat mudah terbakar	ada	ada
	d. Obat/bahan obat berbahaya	ada	ada
	e. Barang karantina	Tidak ada	Tidak ada

Sumber : data primer

dilanjutkan .....

Lanjutan tabel 5.16.....

No	***Resources***		
	Standar Pelayanan Framasi RS Depkes RI	Kondisi	
		IFRSSK	IFRSML
4	Ruang Distribusi/Pelayanan		
	a. Ruang distribusi pelayanan Rawat Jalan	ada	ada
	b. Ruang distribusi pelayanan Rawat Inap	ada	ada
	c. Ruang distribusi untuk melayani kebutuhan Ruangan	ada	ada
5	Ruang Konsultasi		
	a. Ruang Konsultasi pelayanan Rawat Jalan	Tidak ada	Tidak ada
	b. Ruang Konsultasi pelayanan Rawat Inap	Tidak ada	Tidak ada
6	Ruang Informasi Obat	Tidak ada	Tidak ada
7	Ruang Arsip Dokumen	ada	ada
II	Peralatan		
I	Peralatan Kantor		
	a. Furniture (meja, kursi, lemari, rak, filing kabinet dan lain-lain)	ada	ada
	b. Komputer/mesin ketik	ada	ada
	c. Alat tulis kantor	ada	ada
	d. Telepon dan Faximile	ada	ada
2	Peralatan Produksi		
	a. untuk persediaan, peracikan dan pembu-atan obat non steril	ada	ada
	b. untuk persediaan, peracikan dan pembu-atan obat steril	Tidak ada	Tidak ada
3	Peralatan Penyimpanan		
	a. Penyimpanan kondisi Umum		
	- Lemari/ rak yang rapi dan terlindung dari kelembaban dan cahaya berlebih	ada	ada
	- Lantai diengkapi dengan palet	tidak ada	tidak ada

Sumber : data primer

dilanjutkan .....

Lanjutan tabel 5.16 .....

No	***Resources***		
	Standar Pelayanan Framasi RS Depkes RI	Kondisi	
		IFRSSK	IFRSML
	b. Penyimpanan kondisi Khusus		
	- Lemari pendingin dan AC untuk obat termolabil	ada	ada
	- Lemari penyimpanan khusus narkotika dan psikotropika	ada	ada
	- Peralatan untuk penyimpanan obat, penanganan dan pembuangan limbah sitostatika dan obat berbahaya	tidak ada	tidak ada
4	Peralatan Pendistribusian/Pelayanan		
	a. Pelayanan Rawat Jalan	ada	ada
	b. Pelayanan Rawat Inap	ada	ada
	c. Kebutuhan unit lain/ruang perawatan	ada	ada
5	Peralatan Konsultasi		
	a. Buku kepustakaan, leaflet, brosur dll	ada	ada
	b. Meja, kursi untuk apoteker dan 2 orang pelanggan	tidak ada	ada
	c. Lemari penyimpanan Medical Record	tidak ada	tidak ada
	d. Komputer	ada	ada
	e. Telepon	ada	ada
	f. Lemari Arsip	ada	ada
	d. Kartu Arsip	ada	ada
6	Peralatan Ruang Informasi Obat		
	a. Kepustakaan	ada	ada
	b. Meja, kursi, rak buku	tidak ada	tidak ada
	c. Komputer	tidak ada	tidak ada
	d. Telepon- Fax	tidak ada	tidak ada
	e. Lemari Arsip	tidak ada	tidak ada
	f. TV dan VCD	tidak ada	tidak ada
7	Pealatan Ruang Arsip		
	a. Kartu Arsip	ada	ada
	b. Lemari Arsip	ada	ada

Sumber : data primer

dilanjutkan .....

Lanjutan tabel 5.16.....

No	***Resources***		
	Standar Pelayanan Framasi RS Depkes RI	Kondisi	
		IFRSSK	IFRSML
III	Staf dan Pimpinan		
	a. Apoteker	3	2
	b. Asisten Apoteker	12	10
	c. Administrasi	6	5

Sumber : data primer

Merujuk pada Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit berdasarkan KepMenKes RI. Nomor 1197/MENKES/SK/X/2004 dan Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit Komisi Akreditasi Rumah Sakit dan Sarana Kesehatan Lainnya dari Direktur Jendral Pelayanan Medis DepKes. RI. maka dapat dibuat skoring yang bisa dilihat pada tabel 5.17 berikut ini.

Tabel 5.17 Skoring *Resources* IF RSSK Sepanjang dan RSML Lamongan Tahun 2005

No	***Resources***		
	Standar Akreditasi Depkes RI	Skor	
		IFRSSK	IFRSML
1	Fasilitas dan Peralatan		
	a. Tersedianya ruang/tempat dan perala-tan penympanan perbekalan farmasi	5 (memadai)	5 (memadai)
	b. Tersedianya ruang/tempat yang cukup dan memenuhi syarat untuk masing-masing kegiatan kefarmasian	4 (memadai)	5 (memadai)
2	Staf dan Pimpinan		
	a. Pelayanan farmasi dipimpin oleh apoteker	5 (memadai)	5 (memadai)
	b. Tenaga farmasi yang cukup dan sesuai kualifikasi	5 (memadai)	5 (memadai)
	c. Ada evaluasi kinerja dari tenaga kefarmasian	4 (memadai)	5 (memadai)

Sumber : data primer

Dari tabel 5.17 diatas dapat dilihat bahwa *resources* yang dimiliki kedua IFRS sama-sama memiliki skor antara 4 dan 5, artinya bahwa *resources* kedua IFRS tersebut sudah memadai, tetapi di IF RSML punya kelebihan yaitu intranet sedang uji coba rekam medik elektronik yang bisa dikembangkan kearah resep elektronik.

5.4 *Organizational Capability* IFRS

Melalui pengamatan langsung peneliti dan wawancara mendalam dengan pimpinan IFRS, maka diperoleh data tentang kemampuan manajemen IFRS mengkoordinir *resources* yang dimiliki dengan hasil seperti pada tabel 5.18 berikut :

Tabel 5.18 *Organizational Capability* di IF RSSK Sepanjang dan RSML Lamongan Tahun 2005

No	***Organizational Capability***		
	Standar Pelayanan Framasi RS Depkes RI	Kondisi	
		IFRSSK	IFRSML
1	Struktur Organisasi	lini dan staf Ka. Unit Farmasi bertanggjwb pada Kabid. JangMed dan membawahi 2 seksi : Seksi apotek dan seksi logistik	lini dan staf Kabag Farmasi bertanggjwb pada Wadir. Klinis dan membawahi 3 seksi Seksi Apotek, seksi logistik dan seksi Farmasi Klinik
2	Uraian tugas tertulis	sebagaian kecil	lengkap
3	Evaluasi Kinerja tertulis	per tahun	per semester
4	Panitia Farmasi dan Terapi	belum terbentuk	sudah terbentuk
5	Panitia Mutu Pelayanan Rumah Sakit	belum terbentuk	sudah terbentuk
6	Formularium Rumah Sakit	ada sejak akhir 2005 jumlah item obat yang masuk formularium baru 116 item dari 2400 item yang digu nakan di RS	ada sejak tahun 1998 revisi besar per 3 th revisi kecil per tahun jumlah item obat th 2005 sebanyak 1233 1233 item

Sumber : IF RSML

dilanjutkan .....

Lanjutan tabel 5.18.....

No	***Organizational Capability***		
	Standar Pelayanan Framasi RS Depkes RI	Kondisi	
		IFRSSK	IFRSML
7	Kebijakan tertulis mengenai Pelayanan Farmasi : 1. Penggunaan obat di RS	belum	ada
	2. Pelayanan Perbekalan Farmasi untuk pasien : - rawat inap - rawat jalan - karyawan - pasien tidak mampu	 belum belum ada belum	 ada ada ada belum
	3. Pengelolaan Perbekalan Farmasi meliputi : - perencanaan - pengadaaan - produksi (bila ada) - penerimaan - penyimpanan - pendistribusian	 belum belum tidak ada belum belum belum	 ada ada tidak ada ada ada ada
	4. Pengelolaan resep dan perbekalan farmasi yang kadaluarsa dan rusak serta pemusnah-annya	belum	ada
	5. Pencatatan, pelaporan dan pengarsipan	belum	ada
	6. Pengawasan mutu dan pengendalian per - bekalan farmasi serta pelayanan kefarmasian	belum	ada
	7. Apabila ada sumber daya lain disamping insta-lasi farmasi maka mengacu pada sistem pela-yanan satu pintu.	tidak ada	tidak ada
	8. Apabila ada Uji klinik, kebijakan ditetapkan oleh Pimpinan RS atas usulan Komite/ Panitia Farmasi dan Terapi.	tidak ada	tidak ada
	9. Informasi/Penyuluhan	belum ada	belum ada
	10. Pelayanan Farmasi Klinik	belum ada	ada

Sumber : data primer

dilanjutkan.....

Lanjutan tabel 5. 18.....

No	*Organizational Capability*		
	Standar Pelayanan Framasi RS Depkes RI	Kondisi	
		IFRSSK	IFRSML
8	Protap tertulis tentang :		
	1. Perencanaan perbekalan farmasi	belum ada	ada
	2. Pengadaan melalui pembelian atau drouping	belum ada	ada
	3. Penerimaan baik di gudang farmasi maupun di depo farmsi	belum ada	ada
	4. Penyimpanan baik di gudang farmasi maupun di depo farmasi	belum ada	ada
	5. Pengemasan kembali	belum ada	ada
	6. Distribusi dan penyerahan baik di gudang farmasi maupun di depo farmasi	belum ada	ada
	7. Pencatatan dan pelaporan penggunaan perbekalan farmasi per pelayanan pasien/ total	belum ada	ada
	8. Pengawasan mutu dan pengendalian perbekalan farmasi serta mutu pelayanan kefarmasian	belum ada	ada
	9. Penghapusan/penarikan obat yang rusak/ kadaluarsa	belum ada	ada
	10. Pengarsipan dan dokumentasi	belum ada	ada
	11. Pelayanan Farmasi satu pintu (bila ada sumber daya lain)	tidak ada	tidak ada
	12. Produksi obat (bila ada)	tidak ada	tidak ada
	13. Informasi/Penyeluhan	belum ada	ada
	14. Pelayanan Farmasi Klinik	belum ada	ada
	15. Penanggulangan bila terjadi kontaminasi bahan-bahan berbahaya.	belum ada	ada
9	Pengembangan Staf 1. Ada Program orientasi bagi pegawai baru di instalasi farmasi agar dapat memahami tugas dan tanggung jawabnya	ada	ada
	2. Ada Program pendidikan berkelanjutan, pelatihan atau pertemuan ilmiah bagi semua petugas guna meningkatkan keterampilan, pengetahuan dan kemampuannya.	belum ada	ada

Sumber : data primer

dilanjutkan .....

Lanjutan tabel 5.18.....

No	*Organizational Capability*		
	Standar Pelayanan Framasi RS Depkes RI	Kondisi	
		IFRSSK	IFRSML
10	Evaluasi dan Penegndalian Mutu 1. Ada program/kegiatan peningkatan mutu kefarmasian yang ditetapkan oleh pimpinan RS	belum ada	ada
	2. Tersedia data ntuk digunakan sebagai dasar analisa dan evaluasi terhadap mutu pelayanan : a. Jenis dan jumlah perbekalan farmasi yang tersedia dan digunakan	ada	ada
	b. Jenis dan jumlah perbekalan farmasi yang direncanakan dan diadakan di luar prosedur rutin	ada	ada
	c. Jenis dan jumlah perbekalan farmasi yang diterima , yang tidak sesuai dengan spesi-fikasinya	ada	ada
	d. Jenis dan jumlah perbekalan farmasi yang rusak/kadaluarsa	ada	ada
	e. Kesalahan dalam penyerahan/pemberian perbekalan farmasi	ada	ada
	f. Keluhan dari SMF	ada	ada
	g. Jumlah dan jenis edukasi yang diberikan	belum ada	ada
	h. Jumlah pasien yang dilayani dan macam obat serta biayanya	ada	ada
	i. Jenis dan jumlah sediaan obat yang diproduksi (bila ada kegiatan produksi)	tidak ada	tidak ada
	3. Instalasi Farmasi menyelenggarakan pertemuan secara berkala untuk membicarakan masalah-masalah dalam meningkatkan pelayanan farmasi.	belum ada	ada

Sumber : data primer

Merujuk pada Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit berdasarkan KepMenKes RI. Nomor 1197/MENKES/SK/X/2004 dan Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit Komisi Akreditasi Rumah Sakit dan Sarana Kesehatan Lainnya dari

Direktur Jendral Pelayanan Medis DepKes RI. maka dapat dibuat skoring yang bisa dilihat pada tabel 5.19 berikut ini :

Tabel 5.19 Skoring *Organizational Capabilities* IF RSSK Sepanjang dan RSML Lamongan Tahun 2005

No	***Organizational Capability***		
	Standar Pelayanan Framasi RS Depkes RI	Skor	
		IFRSSK	IFRSML
1	Adanya falsafah dan tujuan tertulis yang men - cerminkan peran/fungsi pelayanan farmasi di rumah sakit	1(tidak memadai)	5 (memadai)
2	Pelayanan Farmasi diselenggarakan untuk memenuhi kebutuhan paien	4 (memadai)	5 (memadai)
3	Adanya bagan organisasi lengkap yang meng gambarkan garis tanggung jawab, koordinasi di dalam maupun diluar pelayanan farmasi	2 (kurang memadai)	5 (memadai)
4	Adanya Komite/Panitia Farmasi dan Terapi di Rumah Sakit	0 (tidak memadai)	5 (memadai)
5	Adanya kebijakan tertulis mengenai pelayanan farmasi	0 (tidak memadai)	5 (memadai)
6	Adanya prosedur tetap mengenai pelayanan farmasi	0 (tidak memadai)	5 (memadai)
7	Adanya program orientasi bagi pegawai baru di instalasi farmasi agar dapat memahami tugas pekerjaan dan tanggung jawabnya	1(tidak memadai)	4 (memadai)
8	Adanya program pendidikan berkelanjutan, pelatihan ataupun pertemuan ilmiah bagi semua petugas untuk meningkatkan keterampilan, pengetahuan dan kemampuaanya.	1 (tidak memadai)	4 (memadai)
9	Adanya program / kegiatan peningkatan mutu pelayanan kefarmasian yang ditetapkan oleh piminan rumah sakit	1(tidak memadai)	5 (memadai)
10	Tersedia data untuk digunakan sebagai dasar melakukan analisa dan evaluasi terhadap mutu pelayanan	4 (memadai)	5 (memadai)
11	Instalasi farmasi harus menyelenggarakan pertemuan secara berkala untuk membicarakan masalah-masalah peningkatan pelayanan farmasi.	5 (memadai)	5 (memadai)

Sumber : data primer

Dari tabel 5.18 dan tabel 5.19 dapat dikatakan bahwa secara umum manajemen IF RSSK memiliki *organizational capability* yang tidak memadai, sedangkan manajemen IF RSML sudah memiliki *organizational capability* yang memadai. Bila *organizational capability* yang diukur dirinci per item, maka bisa dilihat sebagaimana berikut :

1. Falsafah dan tujuan pelayanan farmasi di IF RSSK belum tertulis sedangkan di IF RSML sudah tertulis, ditetapkan oleh pimpinan RS, sudah disosialisasikan kepada seluruh staf farmasi.
2. IF RSSK memberikan 6 dari 7 pelayanan farmasi minimal meliputi perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan perbekalan farmasi, produksi dan atau pengemasan kembali, distribusi dan penyerahan untuk pasien rawat jalan dan rawat inap. Sedangkan IF RSML memberikan 7 pelayanan farmasi minimal yaitu 6 pelayanan diatas ditambah penyedian informasi dan edukasi bagi staf medik, tenaga kesehatan lainnya dan pasien. Disamping itu IF RSML juga memberikan beberapa pelayanan farmasi klinik antara lain : konseling, monitoring efek samping obat (MESO), pusat informasi obat (PIO), dan visite farmasi.
3. IF RSSK memiliki bagan organisasi, uraian tugas tidak lengkap, sedangkan bagan organisasi IF RSML sudah disertai uraian tugas lengkap, ditetapkan oleg pimpinan RS, sudah diketahui oleh seluruh staf farmasi.
4. IF RSSK belum terbentuk Komite/Panitia Farmasi dan Terapi, sedangkan IF RSML sudah berjalan sepenuhnya dan ada evaluasi dan tindak lanjut.

5. IF RSSK belum memiliki kebijakan tertulis tentang pelayanan farmasi, sedangkan IF RSML sudah memiliki lengkap, dievaluasi dan ditindak lanjuti.
6. IF RSSK belum memiliki prosedur tetap tertulis tentang pelayanan farmasi, sedangkan IF RSML sudah memiliki lengkap, dievaluasi dan ditindak lanjuti.
7. IF RSSK belum memiliki program orientasi bagi pegawai baru instalasi farmasi, kegiatan orientasi dilakukan secara individual oleh pimpinan instalasi farmasi. Sedangkan IF RSML sudah memiliki program orientasi bagi pegawai baru instalasi farmasi yang mengacu pada program orientasi pegawai baru rumah sakit.
8. IF RSSK belum memiliki program pendidikan berkelanjutan, pelatihan ataupun pertemuan ilmiah bagi petugas untuk meningkatkan keterampilan,pengetahuan dan kemampuannya. Sedangkan IF RSML sudah memiliki prgram tersebut yang mengacu pada program rumah sakit.
9. IF RSSK belum memiliki program tertulis tentang peningkatan mutu pelayanan farmasi, tetapi sudah ada kegiatan yang ditetapkan oleh pimpinan farmasi. Sedangkan IF RSML sudah memiliki , ditetapkan oleh pimpinan RS, dievaluasi dan ada rekomendasi serta ditindak lanjuti.
10. IF RSSK sudah tersedia data yang bisa digunakan sebagai dasar melakukan analisa dan evaluasi terhadap mutu pelayanan farmasi, sedangkan IF RSML ditambah dengan data pelayanan farmasi klinik yang sudah dilaksanakan..
11. Baik IF RSSK maupun IF RSML sudah melaksanakan pertemuan berkala untuk membicarakan masalah-masalah peningkatan pelayanan farmasi.

5.5 Gambaran Responden Penilaian Kualitas Pelayanan IFRS

Responden Penilaian kualitas pelayanan (*distinctive competencies* IFRS dan kepuasan terhadap pelayanan IFRS) dalam penelitian ini adalah masyarakat (kastemer) yang sedang dan sudah mendapat pelayanan di IFRS.

5.5.1 Distribusi jenis kelamin responden masyarakat.

Distribusi jenis kelamin responden masyarakat dapat dilihat pada tabel 5.20

Tabel 5.20 Distribusi Jenis Kelamin Responden Masyarakat di IF RSSK Sepanjang dan IF RSML Lamongan Tahun 2005

No	Jenis Kelamin	IF RSSK		IF RSML	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Laki-laki	55	42.97	57	58.76
2	Perempuan	73	57.03	40	41.24
Jumlah		128	100.00	97	100.00

Sumber : data primer

Dari tabel 5.20 diatas dapat dilihat bahwa responden masyarakat di IF RSSK Sepanjang didominasi oleh perempuan (57,03%) sedangkan di IF RSML Lamongan didominasi oleh laki-laki (58%).

5.5.2 Distribusi kelompok umur responden masyarakat

Distribusi kelompok umur responden masyarakat dapat dilihat pada tabel 5.21 berikut ini :

Tabel 5.21 Distribusi Kelompok Umur Responden Masyarakat di IF RSSK Sepanjang dan IF RSML Lamongan Tahun 2005

No	Kelompok Umur	IF RSSK		IF RSML	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	< 20 tahun	1	0.78	1	1.03
2	20 - 30 tahun	87	67.97	60	61.86
3	40 - 59 tahun	35	27.34	34	35.05
4	> 60 tahun	5	3.91	2	2.06
Jumlah		128	100.00	97	100.00

Sumber : data primer

Dari tabel 5.21 diatas dapat dilihat bahwa kelompok umur terbanyak responden masyarakat di masing-masing IFRS adalah 20 – 39 tahun.

5.5.3 Distribusi pendidikan responden masyarakat

Distribusi pendidikan responden masyarakat dapat dilihat pada tabel 5.22

Tabel 5.22 Distribusi Pendidikan Responden Masyarakat di IF RSSK Sepanjang dan IF RSML Lamongan Tahun 2005

No	Pendidikan	IF RSSK		IF RSML	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	SD	19	14.84	24	24.74
2	SLTP	23	17.97	20	20.62
3	SLTA	64	50.00	31	31.96
4	D-3	4	3.13	7	7.22
5	S-1	14	10.94	10	10.31
6	S-2	0	0.00	2	2.06
7	Lain-lain	4	3.13	3	3.09
Jumlah		128	100.00	97	100.00

Sumber : data primer

Dari tabel 5.22 diatas dilihat pendidikan terbanyak responden penilaian *distinctive competencies* dan kepuasan terhadap pelayanan IFRS adalah SLTA.

5.5.4 Distribusi pekerjaan responden masyarakat

Distribusi pekerjaan responden masyarakat dapat dilihat pada tabel 5.23

Tabel 5.23 Distribusi Pekerjaan Responden Masyarakat di IF RSSK Sepanjang dan IF RSML lamongan Tahun 2005

No	Pekerjaan	IF RSSK		IF RSML	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	PNS	7	5.47	7	7.22
2	Pegawai Swasta	56	43.75	21	21.65
3	Wiraswasta	14	10.94	20	20.62
4	Lain-lain	51	39.84	49	50.52
Jumlah		128	100.00	97	100.00

Sumber : data primer

Dari tabel 5.23 diatas dapat dilihat bahwa pekerjaan responden masyarakat di RSSK terbanyak adalah pegawai swasta sedangkan di RSML terbanyak lain-lain (petani, dan ibu rumah tangga)

5.5.5 Distribusi asal unit pelayanan responden masyarakat

Distribusi asal unit pelayanan responden masyarakat dapat dilihat tabel 5.24

Tabel 5.24 Distribusi Asal Unit Pelayanan Responden Masyarakat di IF RSSK Sepanjang dan IF RSML Lamongan Tahun 2005

No	Unit Pelayanan	IF RSSK		IF RSML	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Poli Umum	41	32.03	22	22.68
2	Poli Kandungan	10	7.81	8	8.25
3	Poli Anak	11	8.59	4	4.12
4	Poli Peny. Dalam	9	7.03	3	3.09
5	Poli Bedah	1	0.78	7	7.22
6	Poli Mata	2	1.56	10	10.31
7	Poli THT	1	0.78	0	0.00
8	Poli Paru	2	1.56	0	0.00
9	Poli Jantung	1	0.78	0	0.00
10	Poli Ortho	4	3.13	0	0.00
11	Poli Gigi	0	0.00	1	1.03
12	UGD	13	10.16	7	7.22
13	Rawat Inap	33	25.78	35	36.08
Jumlah		128	100.00	97	100.00

Sumber : data primer

Dari tabel 5.24 diatas dapat dilihat bahwa responden penilaian *distinctive competencies* dan kepuasan terhadap pelayanan IFRS berasal dari hampir semua unit pelayanan yang ada di rumah sakit. Di RSSK berasal dari UGD 10,2 %, Rawat Inap

25,8% dan Poli Klinik 64,0% sedangkan di RSML berasal dari UGD 7,2% Rawat Inap 36,1% dan Poli Klinik 56,7%.

5.5.6 Hasil penilaian *distinctive competencies*

Distinctive competencies diukur dari pendapat responden terhadap apa yang dilihat dan dirasakan pada pelayanan IFRS. Hasil penilaian Kastemer tentang *distinctive competencies* pada masing-masing IFRS dapat dilihat pada table 5.25 :

Tabel 5.25 Nilai *distinctive competencies* IF RSSK Sepanjang dan IF RSML Lamongan Tahun 2005

Item	RSSK							RSML						
	n	Nilai				Mean	SD	n	Nilai				Mean	SD
		1	2	3	4				1	2	3	4		
Kondisi ruang tunggu	128		23	105		2.82	0.39	97		3	64	30	3.28	0.52
Kenyamanan ruang tunggu	128	3	29	96		2.73	0.49	97		5	56	36	3.32	0.57
Kondisi Kemasan	128			125	3	3.02	0.15	97		1	71	25	3.25	0.45
Kondisi Etiket	128			128		3.00	0.00	97		2	71	24	3.23	0.46
Informasi tata cara antrian	128	3	28	96	1	2.74	0.51	97	1	4	67	25	3.20	0.55
Penjelasan cara minum obat & ESO	128	2	48	78		2.59	0.52	97	3	7	62	25	3.12	0.66
Seluruh Item	128	8	128	628	4	2.82	0.34	97	4	22	391	165	3.23	0.54
Kriteria	Baik							Sangat Baik						

Sumber : data primer

Dari tabel 5.25 terlihat bahwa rata-rata penilaian kastemer tentang *distinctive competencies* baik dari kondisi fisik maupun pelayanan yang dimiliki IF RSSK rata-rata lebih rendah jika dibandingkan dengan IF RSML.

Dari kuesioner ini juga diperoleh data tambahan berupa pernyataan adanya sesuatu yang disukai responden yang belum pernah dijumpai di pelayanan farmasi lainnya seperti terlihat pada tabel 5.26

Tabel 5.26 Daftar Hal-hal Yang Disukai Responden Masyarakat di IF RSSK Sepanjang dan IF RSML Lamongan Tahun 2005

No	IF RSSK	IF RSML
1	Ada mainan anak-anak	Suasana lebih nyaman
2	Ada kolam air terjun	Ruangan ber-AC
3	Ruangan lebih luas	Ada fasilitas bacaan
4	Kursi tunggu lebih banyak	Kemasan lebih praktis
5	Suasana nyaman	
6	Kemasan lebih praktis	

Sumber : data primer

5.5.7 Hasil penilaian kepuasan kastemer

Kepuasan kastemer terhadap pelayanan IFRS diukur melalui pendapat responden dengan metode Rater (*reliability, assurance, tangible, emphaty* dan *responsiveness*) dari Parasuraman yang hasilnya dapat dilihat dalam tabel 5.27

Tabel 5.27 Tingkat Kepuasan Kastemer Terhadap Pelayanan di IF RSSK Sepanjang dan IF RSML Lamongan Tahun 2005

Dimensi Mutu		RSSK							RSML						
		n	Nilai Kepuasan				Mean	SD	n	Nilai Kepuasan				Mean	SD
			1	2	3	4				1	2	3	4		
1	*Tangible*	128	5	35	587	13	2.95	0.27	97	0	12	299	174	3.33	0.52
2	*Reliability*	128	4	58	319	3	2.84	0.35	97	2	25	167	97	3.23	0.63
3	*Responsiveness*	128	1	69	312	2	2.82	0.34	97	1	15	187	88	3.24	0.56
4	*Assurance*	128	5	54	325	0	2.83	0.25	97	3	17	192	79	3.19	0.56
5	*Emphaty*	128	2	2	377	3	2.99	0.18	97	1	14	173	103	3.30	0.57
Seluruh dimensi mutu		128	17	218	1920	21	2.89	0.28	97	7	83	1018	541	3.27	0.57
Kriteria		Memuaskan							Sangat Memuaskan						

Sumber : data primer

Dari tabel 5.27 terlihat bahwa tingkat kepuasan kastemer terhadap kualitas pelayanan dari semua aspek (*tangible, reliability, responsiveness, assurance dan emphaty)* di IF RSSK rata-rata lebih rendah jika dibandingkan dengan IF RSML.

5.5.8 Hubungan antara *distinctive competencies* dengan kepuasan kastemer

Untuk mengetahui apakah ada hubungan antara *distinctive competencies* yang dimiliki IFRS dengan Kepuasan kastemer terhadap pelayanan IFRS dilakukan uji statistik korelasi Pearson. Hasil uji didapatkan $r = 0.808$, $p = 0.001$ dengan $\alpha = 0.05$, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara *distinctive competencies* dengan kepuasan kastemer.

5.6 *Issue Strategis*

Dari analisis hasil survei dan pengamatan peneliti serta data-data sekunder yang ada di IFRS, maka dapat diangkat *issue strategis* yang dapat dijadikan arah dalam pelaksanaan *Focus Group Discussion* (FGD) sebagai berikut :

1. Tingkat pengetahuan petugas di kedua IFRS termasuk kriteria tinggi, namun secara keseluruhan pengetahuan petugas IF RSSK rata-rata lebih rendah dari IF RSML. Perbedaan yang menonjol antara kedua IFRS adalah pengetahuan tentang kastemer dan pengetahuan tentang pebedaan antara IFRS dan apotek (farmasi komuninitas).
2. Sikap petugas kedua IFRS terhadap pernyataan-pernyataan tentang pengelolaan instalasi farmasi sama-sama masuk kriteria mendukung.

3. Secara kesuluruhan kedua IFRS sudah memiliki sumber daya (*resources*) yang memadai. Tetapi ada beberapa hal yang perlu dicermati yaitu di IF RSML sudah memiliki intranet, saat ini sedang uji coba rekam medik elektronik (RME) yang dapat dikembangkan kearah resep elektronik untuk mendukung program pelayanan farmasi klinik sedangkan di IF RSSK belum mengarah kesana.
4. Ada perbedaan yang sangat tajam *organizational capabilities* yang dimiliki IF RSSK dengan IF RSML. *Organizational capabilities* IF RSML sudah memadai sedangkan *Organizational capabilities* IF RSSK rata-rata tidak memadai. Beberapa hal yang perlu dicermati dalam *Organizational capabilities* IF RSSK adalah :
   a. Struktur organisasi belum memiliki seksi farmasi klinik
   b. Uraian tugas tertulis belum lengkap untuk seluruh petugas
   c. Belum memiliki kebijakan dan prosedur tetap tertulis tentang pelayanan farmasi
   d. Belum membentuk Komite/Panitia Farmasi dan Terapi sehingga formularium yang ada tidak memadai.
   e. Belum membentuk Panitia Mutu
5. Rata-rata penilaian kastemer tentang *distinctive competencies* (penampilan fisik dan cara pelayanan) di kedua IFRS sudah baik, akan tetapi jika kita lihat per item pernyataan maka rata-rata *distinctive competencies* IF RSSK lebih rendah dari IF RSML.
6. Dari setiap aspek (RATER), tingkat kepuasan kastemer tentang pelayanan di IF RSSK lebih rendah dari IF RSML.

5.7 *Focus Group Discussion* (FGD) dan Rekomendasi

Salah satu tahapan dari penelitian ini adalah melaksanakan *focus group discussion* (FGD). Diskusi ini dilakukan dengan tujuan menerima saran masukan dari peserta dalam memberikan usulan solusi atau usulan rekomendasi dari hasil temuan peneliti.

FGD dilaksanakan pada hari Selasa tanggal 21 Februari 2006 di ruang rapat RSSK Sepanjang yang dimulai jam 11.00 WIB dan berakhir jam 12.55 WIB. FGD ini dihadiri 9 orang peserta yang salah satunya adalah peserta tamu yaitu seorang apoteker spesialis farmasi rumah sakit dari RSU Dr. Soetomo Surabaya. Selain sebagai peserta FGD, apoteker spesialis farmasi rumah sakit ini menjadi nara sumber dalam hal pembahasan farmasi klinis. FGD ini dipimpin oleh fasilitator seorang dosen program studi AKK, Program Pascasarjana Unair.

FGD diawali dengan paparan peneliti tentang hasil penelitiannya. Pemaparan ditekankan pada *issue strategis* yang bisa dijadikan arah jalannya diskusi kelompok terbatas ini. Selanjutnya fasilitator memimpin jalannya diskusi kelompok terbatas ini dengan hasil serta rekomendasi seperti tabel 5.28 berikut ini :

Tabel 5.28 Hasil FGD dan Rekomendasi

No	*Issue Strategis*	Rekomendasi	
		FGD	Peneliti
1	Tingkat pengetahuan petugas IF RSSK tentang kastemer dan tentang perbedaan antara IF dengan apotek relatif lebih rendah dibandingkan petugas IF RSML	a Manajemen IF akan berusaha secara terus-menerus meningkatkan pengetahuan petugas b Manajemen IF akan mengusulkan pelatihan tentang kastemer pada bagian Diklat rumah sakit	a Manajemen IF segera membuat program peningkatan kualitas SDM dengan : - pertemuan rutin internal IF - diskusi, seminar, pelatihan dan workshop. - pendidikan kefarmasian berkelanjutan b Manajemen RS,khususnya bagian diklat diharapkan membuat program pelatihan sesuai dengan permintaan masing-masing unit kerja.
2	Sikap petugas IF RSSK terhadap apa yang diketahui tentang pelayanan farmasi rumah sakit sudah baik	Manajemen berusaha untuk mempertahankan	Manajemen IF diharapkan mempertahankan sikap yang sudah baik, bahkan harus selalu meningkatkan komitmen terhadap kualitas pelayanan farmasi
3	*Resources :* Sama-sama sudah memiliki SIRS berbasis komputer, di IF RSSK belum mengarah pada intranet sedangkan di IF RSML sudah uji coba rekam medik elkektronik	Manajemen IF akan mengusulkan pada manajemen RS untuk mengembangkan program SIRS yang ada saat ini ke arah intranet	a manajemen IF mempersiapkan diri melatih SDM untuk menyukai intranet b manajemen RS segera mengembangkan SIRS yang ada kearah intranet (RME) sehingga dapat dimamfaatkan IF untuk mengetahui profil pasien, profil penyakit, akhirnya mengarah pada resep elektronik.

Sumber : data primer

Sumber : data primer

dilanjutkan .....

Lanjutan tabel 5. 28.....

No	*Issue Strategis*	Rekomendasi	
		FGD	Peneliti
4	*Organizational capabilities :* IF RSML sudah memadai, sedang IF RSSK tidak memadai. Hal yang perlu dicermasti : a. Struktur Organisasi IF belum memadai b. Uraian tugas belum lengkap c. Belum ada kebijakan dan prosedur tetap tertulis ten tang pelayanan farmasi d. Belum membentuk Panitia Farmasi dan terapi e. Belum membentuk Panitia Mutu RS	a Manajemen IF mengusulkan penambahan seksi farmasi klinik pada sturktur ornagi sasi IF. b Manajemen RS akan me review struktur organisasi mengacu pada standar mini-mal pelayanan farmasi RS c Manajemen IF akan meleng-kapi uraian tugas masing-masing petugas d Manajemen RS akan membu-at kebijakan tertulis tentang pelayanan farmasi e Manajemen IF akan membu-at prosedur tetap tertulis tentang pelayanan farmasi minimal 3 protap dalam setiap bulannya. f Manajemen RS akan mem-bentuk Panitia farmasi dan Terapi g Manajemen RS akan mem-bentuk Panitia Mutu RS	a manajemen RS segera me-nata kembali sturktur organi sasi IF yang ada dengan per-timbangan bahwa dewasa ini telah berkembang pelaya nan farmasi klinik. b Dengan tertatanya struktur IF, harus diikuti dengan melengkapi uraian tugas untu masing-masing petu-gas, kemudian segera diso-sialisasikan pada semua pe-tugas IF, di evaluasi dan ditindak lanjuti c Baik manajemen RS maupun manajemen IF segera meleng kapi kebijakan dan prosedur tetap tertulis tentang pelaya-nan farmasi, disosialisasikan, dievaluasi dan di tindak lan-juti. d Manajemen RS segera mem-bentuk Panitia Mutu, Panitia Farmasi dan Terapi sehingga dapat membangun formula-rium obat RS, dilaksanakan, dikembangkan, dievaluasi serta ditindaklanjuti.

Sumber : data primer

dilanjutkan.....

Lanjutan tabel 5. 28 .....

No	*Issue Strategis*	Rekomendasi	
		FGD	Peneliti
5	*Distinctive competencies:* Penilaian kastemer terhadap seluruh item pernyataan, rata-rata di IF RSSK lebih rendah dari pada IF RSML	Manajemen akan berusaha semaksimal mungkin untuk meningkatkan pelayanan farmasi dari semua aspek	a Manajemen IF menatan kembali kondisi ruang tunggu sehingga kastemer merasa lebih nyaman. b Mengadakan fasilitas bacaan yang bermamfaat untuk mengusir kejenuhan kastemer menunggu giliran pelayanan. c Membuat dan memasangnya diruang tunggu informasi tentang alur pelayanan dan tata cara antrian. d Mengadakan evaluasi terhadap apa yang telah ditetapkan tentang prosedur pemberian penjelasan cara minum obat serta efek sampingnya.
6	Kepuasan kastemer Dari sertiap aspek : *Tangible, Reliability, Responsiveness, Assurance* dan *Emphaty,* Kepuasan kastemer IF RSSK lebih rendah dari kepuasan kastemer IF RSML	Manajemen akan berusaha semaksimal mungkin untuk meningkatkan pelayanan farmasi dari semua aspek dengan berorientasi pada kebutuhan kastemer sehing ga dapat meningkatkan kepuasan.	Manajemen IF segera menga dakan peningkatan : - kondisi ruang tunggu - Kecepatan pelayanan - Informasi antrian - Penjelasan tentang tata cara minum obat dan efek samping obat

Sumber : data primer

8.8 Keterbatasan Penelitian

Salah satu tujuan dari penelitian ini adalah ingin menganalisis *distinctive competencies* dari kedua IFRS, *distinctive competencies* yang dimaksud adalah kondisi unik dari IFRS yang menyebabkan IFRS tersebut dapat memberikan pelayanan superior sehingga dapat memberikan kepuasan kastemernya).

Oleh karena itu seharusnya sampel yang digunakan untuk menilai *distinctive competencies* adalah masyarakat yang mengetahui dan memahami kondisi unik dari IFRS tersebut baik mereka yang belum, sedang maupun sudah pernah mengalami transaksi pelayanan di IFRS.

Karena keterbatasan waktu dan dana maka dalam penilitian ini hanya mengambil sampel masyarakat yang sedang dan sudah pernah mengalami transaksi pelayanan di IFRS.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Pengetahuan Petugas IFRS

Dari tabel 5. 14 diperolah gambaran bahwa tingkat pengetahuan petugas IF RSSK untuk seluruh item pertanyaan relatif lebih rendah jika dibandingkan dengan petugas IF RSML. Rata-rata nilai terendah adalah pengetahuan petugas tentang kastemer (39,05). Adapun pengetahuan tentang perbedaan antara IFRS dengan Apotek (farmasi komunitas) terdapat perbedaan nilai yang cukup tajam antara petugas di IF RSSK (70,00) dengan petugas di IF RSML (85,00) artinya bahwa pimpinan dan apoteker pelaksana di IF RSSK jauh lebih memahami perbedaan antara IFRS dan apotek komunitas dari pada pimpinan dan apoteker pelaksana di IFRSSK.

Menurut Muchlas (1997) pengetahuan secara keseluruhan meliputi kemampuan dan keterampilan yang diperoleh melalui pendidikan, pelatihan maupun pengalaman tanpa mengabaikan kepatuhan terhadap prosedur dan pedoman yang ada dalam menjalan dan menyelesaikan tugas dalam suatu pekerjaan.

Penyebab relatif rendahnya pengetahuan petugas tentang kastemer dari hasil FGD diperoleh informasi bahwa manajemen IF selama ini memang belum pernah secara khusus mengadakan program pendidikan maupun pelatihan tentang pelayanan prima baik melalui pertemujan rutin, diskusi internal IF maupun pelatihan-pelatihan.

Penyebab relatif rendahnya pengetahuan manajer dan apoteker pelaksana IF RSSK tentang perbedaan antara IFRS dengan apotek (farmasi komunitas) adlah kurangnya pengalaman dalam pengelolaan IFRS. Pada waktu FGD diakui oleh

manajer IF RSSK bahwa baru sejak tahun 2003 pengelolaan kamar obat RSSK mengarah pada IFRS, sebelumnya bertahun-tahun kamar obat RSSK dikelola seperti apotek biasa (farmasi komunitas).

6.2 Sikap Petugas IFRS

Newcomb seorang ahli psikologi sosial, dalam Notoatmodjo (1997) mengatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas, tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku.

Sikap petugas IF RSSK dan IF RSML dalam mendukung terciptanya *distinctive competencies* sama-sama sangat mendukung. Hal ini bisa terjadi karena sikap seseorang dalam menjalankan tugas pekerjaannya selain dipengaruhi tingkat pengetahuannya juga dipengaruhi oleh faktor lain yang tidak tampak yaitu budaya organisasi. Sebagaimana disebut sebelumnya bahwa kedua RS tempat penelitian ini sama-sama milik Persyarikatan Muhammadiyah. Kedua RS tersebut memiliki visi dan misi serta tujuan yang hampir sama. Dari penjabaran visi, misi dan tujuan organisasi inilah akan tercipta budaya organisasi.

6.3 *Resources*

Dari tabel 5.17 dapat diperoleh gambaran bahwa *resources* yang dimiliki baik oleh IF RSSSK maupun IF RSML sama-sama memiliki skor antara 4 dan 5, artinya ialah bahwa *resources* kedua IFRS tersebut sudah sama-sama memadai. Di kedua RS ini sudah memiliki SIRS berbasis komputer, namun demikian di IF RSML

memiliki kelebihan yaitu adanya shoftware intranet yang sedang uji coba rekam medik elektronik. Dengan demikian IF dapat dengan mudah mengakses frofil pasien, profil pengobatan pasien, data efek samping obat dan lain-lainnya. Jadi untuk jangka panjang hal tersebut dapat dikembangkan dalam rangka mendukung program-program pelayanan farmasi klinik.

6.4 *Organizational Capabilities*

Dari tabel 5.19 dapat digambarkan bahwa secara umum manajemen IF RSSK memiliki *organizational capability* yang tidak memadai, sedangkan manajemen IF RSML sudah memiliki *organizational capability* yang memadai.

Menurut Porter (1980), *Organizational Capabilities* adalah kemampuan yang dimiliki suatu organisasi atau perusahaan dalam melakukan koordinasi terhadap setiap sumberdaya yang dimiliki untuk mencapai sebuah kinerja yang baik. Organisasi yang memiliki *resources* yang memadai akan lebih mudah mencapai *capabilities.* Begitu juga sebaliknya organisasi memiliki *capabilities* yang tinggi maka akan mudah melakukan koordinasi terhadap *resources* yang dimilikinya.

Di IF RSSK sudah memiliki *resources* yang memadai, akan tetapi belum memiliki *Organizational Capabilities* yang baik. *Organizational Capabilities* yang perlu kita cermati untuk segera diadakan perbaikan adalah :

a. IF RSSK belum memiliki falsafah dan tujuan tertulis tentang pelayanan farmasi di RS, sehingga arah pengelolaan IF masih sering kabur antara instalasi farmasi atau apotek.

b. IF RSSK sudah memberikan 6 dari 7 pelayanan standar minimal instalasi farmasi meliputi perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan perbekalan farmasi, produksi dan atau pengemasan kembali, distribusi dan penyerahan untuk pasien rawat jalan dan rawat inap. Ada 1 pelayanan yang belum dilaksanakan untuk mencapai standar minimal pelayanan instalasi farmasi yaitu pelayanan framasi klinik.

c. Karena IF RSSK belum memiliki palayanan farmasi klinik, maka struktur organisasi yang berlaku terdapat perbedaan yang cukup menyolok antara IF RSSK dengan IF RSML. Di IF RSSK dengan 3 orang tenaga apoteker hanya memiliki 2 seksi yakni seksi apotek, seksi logistik farmasi, sedangkan di IF RSML hanya dengan 2 tenaga apoteker sudah memiliki 3 seksi yaitu seksi apotek, seksi logistik farmasi serta seksi farmasik klinik yang program-programnya sudah mulai dijalankan seperti analisa copi resep, *inventori control*, visite farmasi, pusat informasi obat (PIO), dan monitoring efek samping obat (MESO). Hal ini terjadi karena kurangnya pengetahuan manajemen IF RSSK tentang pelayanan farmasi klinik. Dalam FGD, seorang apoteker spesialis farmasi rumah sakit menyarankan agar pengelolaan IF di RSSK sudah harus diarahkan pada pengelolaan farmasi rumah sakit, akan tetapi sebelumnya harus dibenahi terlebih dahulu manajemennya. Sebab jika manajemen IF belum bagitu baik, maka keberadaan farmasi klinis justru tidak akan bisa jalan dengan baik.

d. IF RSSK belum memiliki uraian tugas tertulis untuk masing-masing petugas, yang ada baru konsep uraian tugas seksi-seksi dan pelaksana. Hal ini

berdampak pada sulitnya mengadakan evaluasi serta analisis beban kerja, sehingga sering terjadi keluhan bahwa di IF RSSK kekurangan tenaga, padahal seperti kita lihat bahwa tenaga di IF RSSK lebih banyak dibandingkan dengan tenaga di IF RSML.

e. IF RSSK belum memiliki Komite atau Panitia Farmasi dan Terapi, sehingga di RSSK sampai saat ini belum bisa membuat standarisasi atau formularium obat yang memadai, dari 2400 item obat yang tersedia di IFRS, baru pada awal tahun 2006 ini tersusun formularium sebanyak 116 item (4,8% dari total item), memang kecil sekali, tetapi bisa jadi awal yang baik untuk peningkatan mutu pelayanan di IF RSSK. Keberadaan standarisasi obat rumah sakit sangat berpengaruh pada *performance* kinerja instalasi farmasi. Karena belum terbentuknya standarisasi obat di rumah sakit maka setiap saat bisa terjadi *over stock* salah satu item obat, disisi lain banyak obat yang diresepkan dokter di rumah sakit justru tidak tersedia di instalasi farmasi. Bila hal tersebut tidak segera diatasi maka akan mengganggu keuangan rumah sakit secara keseluruhan. Ingat bahwa di kebanyakan rumah sakit ternyata pendapatan terbesar didapat dari pelayanan instalasi farmasi.

f. IF RSSK belum membuat kebijakan tertulis ataupun prosedur tetap tertulis tentang pelayanan farmasi. Akibatnya banyak sekali permasalahan-permasalahan yang terjadi seperti : proses perencanaan, pengadaan, penyimpanan, distribusi obat. Masih ada persediaan obat yang bercampur antara gudang obat dengan kamar obat sehingga menyulitkan *inventory control*, Adanya *stock stagnan*, obat menjelang ED yang belum terlaporkan

dengan tertib, masalah retur pembelian, retur penjualan, pencatatan dan pelaporan dan sebagainya. Uraian tugas dan protap menjadi sebuah pedoman bagaimana manajer mengendalikan organisasinya. Tanpa uraian tugas dan protap yang terdokumentasi dengan baik maka manajer akan kesulitan untuk melakukan perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan evaluasi. Oleh karena itu munculnya komitmen manajemen IF RSSK pada saat FGD sangat tepat untuk segera direalisasikan. Komitmen tersebut adalah 1). Segera melengkapi uraian tugas masing-masing petugas. 2) Segera akan menganalisis beban kerja dan kebutuhan tenaga IF RSSK. 3) Membuat protap administrasi maupun protap pelayanan IFRS dengan target minimal tiga buah protap setiap bulannya. 4). Menata kembali keberadaan gudang obat yang masih campur dengan kamar obat.

g. IF RSSK belum memiliki Panitia Mutu yang akan berusaha secara terus menerus meningkatkan mutu pelayanan instalasi farmasi sehingga belum ada program tertulis tentang peningkatan mutu pelayanan instalasi farmasi. Nasution (2001) dalam bukunya Manajemen Mutu Terpadu mengatakan bahwa ada 14 langkah untuk perbaikan kualitas menurut Crosby salah satu diantaranya adalah Komitmen manajemen bahwa manajemen bertekad meningkatkan kualitas untuk jangka panjang dan membentuk tim kualitas antar departemen. Dengan demikian Untuk meningkatkan mutu pelayanan di sebuah rumah sakit dan bagaimana mempertahankannya, perlu dibentuk panitia atau tim mutu rumah sakit. Di RSML panitia mutu RS sudah terbentuk bahkan sampai pada panitia mutu penunjang medis dengan kegiatan yang

terkait langsung dengan IFRS adalah 1) Survei harga yang dilakukan setiap 6 bulan dengan indek keberhasilan harga obat di IF RSML lebih murah 5% dibandingkan dengan harga di luar IF RSML. 2) *Inventory control* yang dilakukan dengan cara setiap shif melakuka perhitungan stok fisik 15 – 20 item obat dan alkes, sehingga dengan 1233 item obat setiap bulannya dapat dipastikan sudah dilakukan stok fisik. 3) Analisis copy resep yang dilaporkan setiap bulannya dengan indek keberhasilan dapat menekan copy resep sampai 10% dari jumlah item resep yang masuk.

6.5 Penilaian Kastemer Tentang *Distinctive Competencies*

Dari tabel 5.25 dapat digambarkan bahwa penilaian kastemer tentang *distinctive competencies* baik dari kondisi fisik maupun pelayanan yang dimiliki kedua IFRS menunjukkan nilai baik sampai sangat baik. Akan tetapi untuk setiap item pernyataan rata-rata hasilnya di IF RSSK lebih rendah jika dibandingkan dengan di IF RSML. Adapun yang diinginkan kastemer untu perbaikan kondisi fisik maupun palayanan di IF RSSK antara lain : kenyamanan ruang tunggu, tersedianya bahan bacaan untuk para kastemer yang sedang menunggu giliran palayanan, memberikan informasi yang lebih jelas tentang tata cara antrian dan tentang penjelasan aturan minum obat serta efek samping obat.

6.6 Kepuasan Kastemer

Dari tabel 5.27 dapat digambarkan bahwa tingkat kepuasan kastemer terhadap kualitas pelayanan dari semua aspek (*tangible, reliability, responsiveness,*

assurance dan emphaty) di kedua IFRS rata-rata puas sampai sangat puas. Akan tetapi kepuasan kastemer terhadap pelayanan di IF RSSK rata-rata lebih rendah jika dibandingkan dengan IF RSML. Sejalan dengan penilaian kastemer tentang *distinctive competencies* baik dari kondisi fisik maupun pelayanan yang dimiliki IF RSSK maka yang harus diperhatikan adalah bagaimana menciptakan *distinctive competencies* yang diinginkan kastemer seperti membuat nyaman kondisi ruang tunggu, menambah bahan bacaan, mempercepat pelayanan, memperjelas tentang tata cara antrian, memperjelas prosedur tentang pemberian informasi tata cara minum obat sekali gus apa efek samping minum obat tanpa diminta oleh kastemer. Jika hal-hal tersebut diatas segera diperhatikan dan ditingkatkan, maka sudah pasti kastemer akan semakin puas.

Untuk melaksanakan seluruh rekomendasi dari penelitian ini, maka diperlukan sebuah perubahan paradigma dari paradigma lama (*drug oriented*) ke paradigma baru (*patien oriented*) dengan filosofi *'Pharmaceutical Care'* (pelayanan kefarmasian). Keberhasilan suatu perubahan berakar pada komitmen, disinilah peran pimpinan organisasi sangat diperlukan.

Menurut Corner dalam Wibowo, (2006) mengemukakan bahwa proses komitmen diperoleh melalui 3 fase atau tahapan yaitu : *preparation* (persiapan, *acceptance* (penerimaan) dan *commitment* (janji).

a. *Preparation*

Fase persiapan melakukan komitmen terdiri dari *contact* dan *awareness*. Usaha melakukan kontak dalam bentuk rapat, ceramah, pidato atau memo tertulis, tidak selalu menghasilkan kepedulian, mungkin justru merupakan ketidakpedulian.

Ketidakpedulian akan mengurangi kesempatan mendapatkan cukup persiapan melakukan komitmen. Sebaliknya kepedulian dapat memajukan proses persiapan. Hasil yang mungkin diperoleh dari kepedulian adalah *confusion* dan *understanding*. *Confusion* atau kebingungan akan mengurangi kemungkinan persiapan yang cukup, sedangkan *understanding* atau pemahaman akan memajukan proses fase kedua yaitu *acceptance*

b. *Acceptance*

Fase penerimaan terdiri dari tahapan *understanding* dan *perception*. Hasil yang mungkin diperoleh dari tahap *understanding* dapat berupa persepsi negatif dan persepsi positif. Persepsi negatif menurunkan dukungan dan mengusahakan lingkungan yang mungkin dapat memperkuat resistensi. Sebaliknya persepsi positif meningkatkan dukungan dan penerimaan perubahan. Kemungkinan hasil dari persepsi positif adalah keputusan tidak mendukung implementasi atau keputusan formal untuk memulai perubahan

c. *Commitment*

Fase *commitment* atau janji terdiri dari *installation, adption, institutionali-zation* dan *internalization. Installation stage* bukan hanya merupakan periode percobaan dimana perubahan diuji untuk pertama kalinya, tetapi merupakan kesempatan pertama dimana tindakan komitmen timbul. Tindakan ini memerlukan konsistensi tujuan, investasi sumberdaya dan subordinasi sasaran jangka pendek dengan tujuan jangka panjang. Ada dua kemungkinan hasil dari *installation stage* yaitu perubahan digugurkan setelah implementasi awal atau diadopsi untuk pengujian jangka panjang.

Installation stage merupakan test pendahuluan dengan fokus pada masalah memulai, maka *adption* menguji implikasi lebih luas dari suatu perubahan. *Adpotion* fokus pada kepentingan dengan masalah mendalam dan jangka panjang. Tingkat komitmen dipertimbangkan perlu bagi organisasi untuk mencapai *adoption stage*. Tetapi proyek perubahan pada tahap ini tetap dievaluasi dengan opsi pada penundaan. Ada duakemungkinan hasil dari *adoption stage* yaitu perubahan dapat diterminasi atau dihentikan setelah digunakan secara ekstensif, atau perubahan dapat *institutionalized* atau melembaga sebagai prosedur standar operasi.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Setelah didapatkan hasil penelitian dan dilakukan analisis serta pembahasan, maka dapat dibuat kesimpulan sebagai berikut :

1. Tingkat pengetahuan petugas IF RSSK tentang *distinctive competencies* khususnya tentang kastemer sangat rendah dan tentang perbedaan antara IFRS dengan apotek (farmasi komunitas) relatif lebih rendah jika dibandingkan dengan pengetahuan petugas IF RSML.
2. Sikap petugas IFRS dalam dukunga terhadap terciptanya *distinctive competencies* baik di IF RSSK maupun IF RSML sama-sama sangat mendukung.
3. *Resources* (sumber daya) yang dimiliki kedua IFRS sama sama sudah memadai.
4. *Organizational capability* (kemampuan mengkoodinir *resources*) yang dimiliki IF RSSK tidak memadai sedangkan *Organizational capability* yang dimiliki IF RSML sudah memadai.
5. Akibat dari sangat rendahnya tingkat pengetahuan petugas IF RSSK tentang kastemer dan relatif rendahnya tingkat pengetahuan petugas IF RSSK dibanding IF RSML tentang perbedaan antara IFRS dan apotek (farmasi komunitas), serta tidak memadainya *Organizational capability* yang dimiliki IF RSSK , maka penilaian kastemer terhadap kondisi *distinctive*

competencies di IF RSSK juga relatif rendah jika dibandingkan dengan IF RSML.

6. Terdapat hubungan yang kuat antara *distinctive competencies* yang dimiliki IFRS dengan tingkat kepuasan kastemer terhadap pelayanan IFRS tersebut.
7. Akibat dari relatif rendahnya penilaian kastemer terhadap kondisi *distinctive competencies* di IF RSSK, maka tingkat kepuasan kastemer terhadap pelayanan IF RSSK juga relatif rendah jika dibandingkan dengan tingkat kepuasan kastemer terhadap pelayanan IF RSML.

7.2 Saran

Saran yang dibuat adalah sebagai berikut :

1. Disarankan kepada seluruh petugas IF RSSK untuk meningkatkan pengetahuan, kemampuan dan keterampilan dibidang pelayanan kefarmasian secara terus menerus dan berkesinambungan.
2. Disarankan kepada manajemen IF RSSK untuk selalu meningkatkan kemampuan manajerialnya baik melalui diskusi, seminar, pelatihan, *workshop* maupun studi *benchmarking* ke instalasi farmasi rumah sakit yang terkemuka.
3. Disarankan kepada Manajemen RSSK untuk menata kembali struktur organisasi instalasi farmasi dengan pertimbangan bahwa saat ini telah berkembang dengan pesat pelayanan farmasi klinis.
4. Disarankan kepada manajemen RSSK untuk segera membentuk Komite/Panitia Farmasi dan Terapi serta Panitia Mutu Rumah Sakit.

5. Sebagai catatan keterbatasan dalam penelitian ini adalah pengambilan sampel masyarakat tidak mengikutsertakan masyarakat yang tidak datang ke IFRS, padahal masyarakat tersebut mengetahui dan memahami kondisi IFRS baik dari sisi fasilitas maupun pelayanan yang mereka anggap unik. Maka disarankan kepada Peneliti berikutnya untuk menindaklanjuti dan menyempurnakan hasil penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

Aditama, T.J. (2002). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*, Penerbit Universitas Indonesia, Jakarta, Ed. 2

Auken, S. (2001). Resources and Relationships: New Drivers of Marketing Thought. Journal Of Economic and Social Research 3(1). Bersumber dari <http://jesr.-journal.fatih.edu.tr/JESR.auken.pdf> [diakses tanggal 30 september 2004]

Badan Kerjasama Tehnis ASEAN dibidang Farmasi, (1989). *Pedoman Pengelolaan dan Pelayanan Farmasi Rumah Sakit Yang Baik*, Surabaya

Crump, A.K. (1999). Competitive advantage :"Using What You'vw Got" Chapter II. Bersumber dari < http://www.cafeandre.com/Test/DatingSample.html > [diakses tanggal 23 September 2004]

Departemen Pendidikan dan Kebudayaan. (1990). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Balai Pustaka, Jakarta, cetakan ke 3

Departemen Kesehatan Republik Indonesia (1992). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 983/Menkes Sk/XI/1992 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum*, Jakarta

Departemen Kesehatan Republik Indonesia (1991). *Konsep dan Prinsip Manajemen Rumah Sakit 2*. Jakarta, Jenderal Pelayanan Madik Direktorat Rumah Sakit Khusus dan Swasta.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2004). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1197/MENKES/SK/X/2004 tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit*. Jakarta

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Komisi Akreditasi Rumah Sakit dan Sarana Kesehatan Lainnya. *Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit. Pedoman Khusus. Pelayanan Farmasi*. Jakarta

Fakultas Farmasi Universitas Airlangga bersama BPD ISFI Jawa Timur (2000), *Kumpulan Peraturan Perundangan Apotek*, Surabaya

Fida, N. (2004). Upaya Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Program Gizi di Puskesmas Glagah Kabupaten Lamongan (Studi *Benchmarking* di Puskesmas Kembang Bahu Kabupaten Lamongan *)*, *Tesis*, Program Pascasarjana Universitas Airlangga, Surabaya

Fisher, J.G. (2000). *How to Beat Your Competitors*, Edisi Bahasa Indonesia , alih bahasa Grace Satyadi, PT. Elex Media Komputindo, Jakarta

Gaspersz, V. (2002). *Manajemen Kualitas Dalam Industri Jasa*, PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, cetakan ke 2

Gaspersz, V. (2002). *Manajemen Bisnis Total, Total Quality Management*, PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta

Gitosudarmo,I. (2000). *Perilaku Organisasi. BPFE*, Yogyakarta, Ed.1

Handoko, H. (2001). *Manajemen Personalia dan Sumberdaya Manusia,* BPFE, Yogyakarta, Ed. 2

Hitt, M.A., Ireland, R.D., Hoskisson, R.E. (2001). *Manajemen Strategis : Daya Saing dan Globalisasi*; Konsep. Buku 1 dan 2 (edisi Bahasa Indonesia). Penerbit Salemba Empat, Jakarta

Houghton Mifflin Company (2000). *Building Competitive Advantage Through Business-Level Strategy*. Bersumber dari <http://www.students.washington.edu/roberwil/ ppt05.ppt > [diakses tanggal 30 September 2004]

Leonard G.L., Jefry E. (1999). *Distinctive Competencies and Competitive Advantage: A Study of Small Independent Retailers*, Journal of Business & Enterpreneurship Vol 11, No.1, March 1999. Bersumber dari < http://www.usasbe.org/-knowledge/proceedings/1999/love.pdf > [diakses 29 September 2004]

Lina, RK. (2002). *Hubungan Pengetahuan Bahaya Merokok Dengan Perilaku Merokok Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonusa Esa Unggul,* Skripsi , Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonusa Esa Unggul, Jakarta. Bersumber dari <http://www.indonusa.ac.id/pdfs/academic_writing public_health FAPH10019.pdf> [diakses tanggal 3 Oktober 2004]

Margastuti, H.P. (1999). Strategi Meningkatkan Tingkat Hunian Rawat Inap Kelas Atas di Rumah Sakit (Studi *Benchmarking* Rumah Sakit Adi Husada Kapasari dengan Rumah Sakit Adi Husada Undaan Wetan*)*, *Tesis*, Program Pascasarjana Universitas Airlangga, Surabaya

Martoyo, S. (2000). *Manajemen Sumber Daya Manusia,* BPFE, Yogyakarta, ed. 4

Muchlas, M. (1997), *Perilaku Organisasi* , MMRS UGM, Jilid I-II, Yogyakarta

Nasution, M.N. (2001). *Manajemen Mutu Terpadu*, Ghalia Indonesia, Jakarta

Ontoseno.(2000). *Service Excellent*, Seminar Nasional SESPANAS, Semarang

Payne, A. (2001). *Pemasaran Jasa*, Edisi Bahasa Indonesia, alih bahasa Fandy Ciptono, Penerbit Andi, Yogyakarta

Peter M. Senge (1996), *Fifth Dicipline*, edisi bahasa Indonesia, PT. Binarupa Aksara, Jakarta

Porter, M.E. (1980). *Strategi Bersaing : Teknik Menganalisis Industri dan Pesaing*, Edisi Bahasa Indonesia, alih bahasa Agus Maulana, Penerbit Erlangga, Jakarta

Porter, M.E. (1994). Keunggulan Bersaing: Menciptakan dan Mempertahankan Kinerja Unggul, Edisi Bahasa Indonesia, alih bahasa Tim Penerjemah Binarupa Aksara, Binarupa Aksara, Jakarta

Program Pascasarjana Universitas Airlangga. (2003). *Pedoman Penulisan Usulan Penelitian Tesis Disertasi*, Surabaya

Rivai, A (2001) Rancangan Sistem Pelatihan Bidan di Desa Berdasarkan Hasil Evaluasi dan Pengukuran Kebutuhan Pelatihan di Kabupaten Lamongan, *Tesis*, Program Pascasarjana Universitas Airlangga, Surabaya

Robbins,SP. (2001). *Perilaku Organisasi Konsep Kontroversi dan Aplikasi*, Jilid 1 (edisi Bahasa Indonesia). PT. Prenhallindo, Jakarta

Rochmah, TN., Wulandari RD. (2002). *Teknik Penulisan Ilmiah*, Program Pascasarjana Umiversitas Airlangga, Surabaya

RS Muhammadiyah Lamongan (2003), *Buku Karyawan RS Muhammadiyah Lamongan*, Bagian Kesekretariatan RSML, Lamongan

Seto, S., Nita, Y., Triana, L. (2004). *Manajemen Farmasi : Lingkup Apotek, Farmasi Rumah Sakit, Pedagang Besar Farmasi, Industri Farmasi*, Airlangga University Press , Surabaya

Silalahi, G.A. (2003). *Metodologi Penelitian dan Studi Kasus*, Citra Medika, Sidoarjo

Siregar, C.J.P., Amalia, L. (2004). *Farmasi Rumah Sakit : Teori dan Penerapan*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta

Sugiyono. (2003). *Metode Penelitian Administrasi*, CV. Alfabeta, Bandung, Ed. 10

Supriyanto,S. (2003). *Manajemen Pemasaran Jasa Pelayanan Kesehatan*, Universitas Airlangga, Surabaya

Supranto, J. (2001). *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan*, PT. Rineka Cipta, Jakarta

Tjiptono, F dan Diana, A (2001) *Total Quality Management* (TQM), Andi Offset, edisi 4, Yogyakarta

Watson, G.H (1997) *Strategic Benchmarking*, PT. Gramedia Pustaka Utama., Jakarta

Wibowo, (2006) *Managing Change, Pengantar Manajemen Perubahan*, CV. Alfabeta, Bandung.

Wijono, D. (1999). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*, Vol 1 & 2, Airlangga University Press, Surabaya

Lampiran 1 : Hasil survei kepuasan pelanggan IF RSSK
(periode Oktober 2003 - Juni 2004)

No Pertnyn	Kriteria Jawaban Pelanggan									
	Puas		Cukup Puas		Tidak Puas		Tidak Jawab		Jumlah	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
	APOTEK (INSTALASI FARMASI)									
1	28	38.4	27	37.0	18	24.7	0	-	73	100
2	25	34.2	25	34.2	22	30.1	1	1.4	73	100
3	13	17.8	17	23.3	42	57.5	1	1.4	73	100
4	25	34.2	28	38.4	16	21.9	4	5.5	73	100
5	29	39.7	25	34.2	18	24.7	1	1.4	73	100
Jml	120	32.9	122	33.4	116	31.8	7	1.9	365	100

Sumber : data sekunder RSSK

Keterangan :
1. Petugas Farmasi ramah dan Sabar
2. Prosedur pelayanan sederhana dan mudah
3. Kecepatan petugas memberikan pelayanan
4. Penjelasan petugas tentang penggunaan obat
5. Lingkungan nyaman, aman dan bersih

Lampiran 2 : Hasil survei kepuasan pelanggan IF RSML
(periode April - Juni 2004)

No	Pertanyaan	Kriteria Jawaban Pelanggan							
		Ramah		Cukup ramah		Kurang ramah		Jumlah	
		Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
1	Keramahan petugas	271	53.2%	238	46.8%	0	0.0%	509	100%
		Cepat		Sedang		Lambat		Jumlah	
		Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
2	Kecepatan pelayanan	328	64.4%	179	35.2%	2	0.4%	509	100%

Sumber : Data Sekunder di IF RSML

Lampiran 3 : Kuesioner Petugas IFRS (Aspek Pengetahuan)

Sehubungan dengan penelitian yang akan kami lakukan di instalasi farmasi ini, mohon kesediaan Bpk/Ibu/Sdr memberi pendapat terhadap pertanyaan di bawah ini . Kegiatan ini murni untuk kepentingan pendidikan. Pendapat apapun yang Bpk/Ibu/Sdr berikan tidak akan berpengaruh terhadap pekerjaan. Kerahasiaan informasi akan dijaga dan tidak untuk disebarluaskan.

Terima kasih atas kesediaan Bpk/Ibu/Sdr berpartisipasi dalam penelitian ini. Namun sebelumnya sudilah kiranya Bapak/ Ibu/Saudara mengisi data dasar yang kami butuhkan.

1. Nama :..... 2. Jenis Kelamin :.....

3 . Umur :..... 4. Jabatan :.....

5. Pendidikan terakhir :.....

Lingkarilah huruf di depan jawaban yang saudara anggap benar.

A. Pertanyaan berikut ini untuk semua petugas IFRS

1. Tentang kastemer :

a. Kastemer adalah orang yang tidak tergantung pada kita (IFRS) tetapi kita yang tergantung pada kastemer. ☐

b. Kastemer adalah orang yang membawa kita (IFRS) pada keinginannya. ☐

c. Kastemer adalah orang yang perlu diberi perngertian terus menerus tentang apa keinginan kita (IFRS) ☐

d. Tidak ada seorangpun yang menang beradu argumentasi dengan kastemer ☐

e. Kastemer adalah orang yang teramat penting yang harus dipuaskan ☐

2. Jenis kastemer

a. Kastemer internal. ☐

b. Kastemer fokus ☐

c. Kastemer antara. ☐

d. Kastemer eksternal ☐

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi kastemer terhadap kualitas produk atau jasa :

a. Tingkat pendidikan produsen/pemberi jasa ☐

b. Tingkat sosial ekonomi produsen/pemberi jasa ☐

c. Kebutuhan dan keinginan kastemer ketika sedang melakukan transaksi dengan produsen ☐

d. Pengalaman masa lalu ketika mengkonsumsi produk/jasa pelayanan dari perusahaan maupun pesaingnya. ☐

e. Pengalaman masa lalu produsen dalam memberikan pelayanan. ☐

f. Pengalaman dari teman-teman, dimana mereka menceritakan kualitas produk/jasa pelayanan yang diterima sebelumnya. ☐

g. Komunikasi melalui iklan dan pemasaran. ☐

B. Pertanyaan berikut ini khusus Pimpinan (Manajer) IFRS

4. Berikut adalah tugas pokok dan fungsi saudara sebagai manajer IFRS :

a. Memimpin seluruh kegiatan IFRS, baik fungsi non klinik maupun fungsi klinik. ☐

b. Mengelola dan mengendalikan semua perbekalan kesehatan yang beredar dan digunakan di rumah sakit ☐

c. Menjamin keamanan dan kemamfaatan serta mutu yang paling baik ☐

d. Bertanggung jawab dalam penetapan sasaran jangka pendek dan jangka panjang didasarkan pada visi, misi dan pengembangan serta kecendrungan dalam pelayanan kesehatan, praktek farmasi yang diperluas dan kebutuhan khusus rumah sakit. ☐

e. Mengkaji resep atau order asli dokter sebelum melakukan *dispensing* setiap obat ☐

f. Melakukan pemesanan obat dan alkes pada pihak ketiga ☐

g. Mengembangkan rencana strategis dan jadwal pencapaian sasaran ☐

h. Mengawasi penerapan rencanan dan kegiatan harian yang berkaitan dengan rencana tersebut dan mengadakan tindakan koresi bila perlu. ☐

i. Mengadakan rekruitmen staf (tenaga) IFRS sesuai dengan kebutuhan. ☐

j. Menyiapkan pelaporan berkala untuk pimpinan rumah sakit yang mengandung informasi kualitatif dan kuantitaif tentang kegiatan IFRS dalam satu periode, ditambah dengan posisi sekarang dari IFRS yang berkaitan dengan rencana jangka panjang dan jangka pendek. ☐

k. Melakukan stock opname obat dan alkes baik di kamar obat maupun di gudang obat ☐

l. Menyusun Prosedur dan mekanisme kerja IFRS dengan memperhatikan efektifitas dan efisiensi sumberdaya ☐

m. Menyelesaikan administrasi dan mencetak seluruh laporan kegiatan dan transaksi IFRS ☐

n. Menyusun dan memelihara kemutakhiran formularium obat obat ☐

C. Pertanyaan berikut ini khusus Apoteker pelaksana

5. Berikut adalah tugas pokok dan fungsi saudara sebagai apoteker pelaksana IFRS :

a. Merencanakan, mengelola, mengendalikan dan mengawasi seluruh kegiatan penjualan abat alkes dan perbekalan kesehatan yang beredar di rumah sakit ☐

b. Melakukan stock opname obat dan alkes baik di kamar obat maupun di gudang obat ☐

c. Mengkaji resep atau order asli dokter sebelum melakukan *dispensing* setiap obat ☐

d. Berperan aktif dalam menyusun dan memelihara formularium obat yang telah disetujui ☐

e. Menyusun Prosedur dan mekanisme kerja IFRS dengan memperhatikan efektifitas dan efisiensi sumberdaya ☐

f. Mengadakan prosedur pengendalian yang diperlukan guna memastikan bahwa penderita minum obat dengan benar dan tepat waktu. ☐

g. Bekerjasama dengan staf rumah sakit menetapkan kebijakan dan prosedur terdokumentasi untuk penanganan obat yang diduga berbahaya dalam pekerjaan (occupational hazard) ☐

h. Memberikan informasi yang cukup kepada staf tentang obat yang digunakan di rumah sakit dan berbagai bentuk sediaan dan pemasarannya. ☐

i. Melakukan pemesanan obat dan alkes pada pihak ketiga ☐

j. Menyelesaikan administrasi dan mencetak laporan transaksi IFRS ☐

k. Memastikan bahwa kepada semua penderita telah diberi informasi yang memadai tentang obat yang mereka terima. ☐

l. Bersama Panitia Farmasi dan Terapi mengembangkan suatu mekanisme pelaporan dan pengkajian reaksi obat yang merugikan (ROM) ☐

m. Menjadi anggota aktif dalam setiap komite atau panitia atau program rumah sakit yang berhubungan dengan obat atau memerlukan masukan tentang obat. ☐

n. Melakukan, berpartisipasi dalam dan mendukung penelitian farmasetik dan medik sesuai dengan sasaran, tujuan dan sumber IFRS dan rumah sakit. ☐

D. Pertanyaan berikut ini khusus Kepala Apotek (kamar obat)

6. Berikut ini adalah tugas pokok dan fungsi saudara sebagai kepala Unit Apotek (kamar obat) :

a. Memimpin, mengkoordiner dan mengendalikan seluruh kegiatan Apotek (kamar obat) ☐

b. Merencanakan, mengelola, mengendalikan dan mengawasi kegiatan penjualan dan persediaan obat di apotek (kamar obat) ☐

c. Melayani penjualan resep dokter baik rawat jalan, UGD ataupun rawat inap ☐

d. Menyelesaikan administrasi kamar obat, entri data dan mencetak laporan transaksi. ☐

e. Menyusun prosedur dan mekanisme kerja apotek (kamar obat) dengan memperhatikan efektifitas dan efisiensi sumber daya. ☐

f. Melaksanakan hantaran obat pasien rawat inap ke ruangan perawatan ☐

g. Menjaga dan menjamin kemamfaatan seluruh asset serta mutu pelayanan apotek (kamar obat) ☐

h. Menyiapkan laporan berkala apotek (kamar obat) pada pimpinan IFRS ☐

E. Pertanyaan berikut ini khusus Kepala Logistik (gudang obat)

7. Berikut ini adalah tugas pokok dan fungsi saudara sebagai Kepala Unit Logistik (gudang obat) :

a. Memimpin, mengkoordiner dan mengendalikan seluruh kegiatan Logistik (gudang obat) ☐

b. Merencanakan, mengelola, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pemesanan, penerimaan, penyimpanan serta distribusi obat dan alkes ☐

c. Melakukan stock opname obat dan alkes di logistik setiap periode ☐

d. Melakukan penerimaan dan penyimpanan obat dan alkes ☐

e. Menyusun prosedur dan mekanisme kerja logistik (gudang obat) dengan memperhatikan efektifitas dan efisiensi sumber daya. ☐

f. Melakukan pendistribusian obat dan alkes kepada unit terkait ☐

g. Menjaga dan menjamin kemamfaatan seluruh asset serta mutu pelayanan logistik (gudang obat) ☐

h. Menyiapkan laporan berkala logistik (gudang obat) pada pimpinan IFRS ☐

F. Pertanyaan berikut ini khusus Pelaksana Apotek (kamar obat)

8. Berikut ini adalah tugas pokok dan fungsi saudara sebagai pelaksana apotek (kamar obat) : ☐

a. Merencanakan, mengelola dan mengendalikan kegiatan penjualan dan persediaan di apotek

b. Melayani penjualan resep dokter baik rawat jalan, UGD ataupun rawat inap. ☐

c. Melaksanakan hantaran obat pasien rawat inap ke ruangan perawatan. ☐

d. Menyusun mekanisme kerja kamar obat (apotek) ☐

e. Menyelesaikan administrasi kamar obat, entri data dan mencetak laporan transaksi per-shift ☐

f. Melakukan pemesanan obat dan alkes pada logistik ☐

g. Menerima obat dan alkes dari logistik (gudang obat) dan meyimpan pada tempat yang telah ditentukan ☐

h. Melakukan stock opname obat dan alkes di apotek (kamar obat) setiap periode ☐

G. Pertanyaan berikut ini khusus Pelaksana logistik (gudang obat)

9. Berikut ini adalah tugas pokok dan fungsi saudara sebagai pelaksana logistik (gudang obat) :

   a. Melakukan stock opname obat dan alkes di logistik (gudang obat) setiap periode ☐

   b. Menyusun mekanisme kerja logistik (gudang obat) ☐

   c. Merencanakan, mengelola dan mengendalikan kegiatan logistik ☐

   d. Melakukan pemesanan obat dan alkes pada pihak ketiga. ☐

   e. Melakukan penerimaan dan penyimpanan obat dan alkes . ☐

   f. Melakukan pendistribusian obat dan alkes kepada unit kerja terkait ☐

   g. Menyelesaikan administrasi logistik (gudang obat), entri data dan mencetak laporan harian transaksi. ☐

H. Pertanyaan berikut ini khusus Pimpinan (Manajer) IFRS dan Apoteker Pelekasana IFRS

10 . Berikut adalah pernyataan yang membedakan antara IFRS dengan Farmasi Komunitas (apotek):

   a. Rumah sakit adalah institusi dari dan untuk komunitas, ia sangat dipengaruhi oleh kebutuhan, pengharapan dan permintaan anggota komunitas. Oleh karenanya ada suatu kekuatan sosio mediko ekonomik dan organisasi rumah sakit yang menekan pada praktek farmasi rumah sakit. ☐

b. IFRS adalah salah satu dari banyak departemen pada sebuah rumah sakit yang mempunyai berbagai fungsi dasar umum, sehingga apoteker IFRS perlu memahami fungsi dasar umum tiap departemen. ☐

c. IFRS sangat bergantung pada kekuatan sosial ekonomi masyarakat. ☐

d. Apoteker IFRS perlu memiliki komitmen dan loyalitas yang tinngi pada organisasi ☐

e. IFRS sangat membutuhkan adanya hubungan timbal balik dan harmonisasi antar departement. ☐

f. Farmasi rumah sakit telah berkembang secara signifikan sehingga menyebabkan perlunya pendidikan dan pelatihan khusus bagi apoteker IFRS pada tingkat pasca sarjana. ☐

g. Apoteker IFRS harus berfungsi dalam suatu organisasi dengan tanggung jawab tambahan yang pada hakekatnya diluar pelayanan penderita. Tanggung jawab ini mencakup pendidikan, penelitian dan kesehatan masyarakat. ☐

h. Apoteker IFRS memerlukan pendidikan dan pengalaman khusus agar mampu melaksanakan tugasnya dengan keefektifan yang maksimal. ☐

i. Apoteker IFRS perlu memperhatikan kebutuhan dan harapan kastemer ☐

j. Apoteker IFRS perlu memperhatikan hubungan profesional setiap hari dengan profesional terspesialisasi tinggi dan terlatih. ☐

La,piran 4 : Kuesioner Petugas IFRS (Aspek Sikap)

1. Nama :..... 2. Jenis Kelamin :.....

3. Umur :..... 4. Jabatan :.....

5. Pendidikan terakhir :.....

Berilah tanda (X) pada pernyataan dibawah ini yang menurut saudara dianggap paling sesuai.

Keterangan :

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

A. Sikap Pimpinan (Manajer) IFRS

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1.	Minimal sebulan sekali saya memimpin pertemuan intern IFRS				
2.	Saya akan senantiasa mengelola IFRS mengacu pada visi dan misi rumah sakit				
3.	Saya selalu menetapkan target pencapaian kinerja IFRS				
4.	Saya kuatir dan cemas ketika akan diperiksa baik oleh Satuan Pengen-dalian Internal (SPI) rumah sakit maupun Kantor Akuntan Publik (KAP) atas pekerjaan saya.				

5.	Setiap saat saya siap menerima dan menyelesaikan dengan sebaik-baiknya semua komplain terhadap kinerja IFRS.					☐
6.	Sangat sulit bagi saya untuk mengelola sumber daya yang ada di IFRS dengan cara seefektif dan seefisien mungkin.					☐
7.	Saya senantiasa berusaha mening-katkan kemampuan staf saya sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi kefarmasian.					☐
8.	Saya tidak bersedia jika terpilih menjadi ketua Tim pengembangan mutu terpadu rumah sakit.					☐
9.	Formularium obat di rumah sakit adalah suatu hal yang sangat sulit direalisasikan					☐
10.	Sukses mengelola IFRS tidak lepas dari hubungan timbal balik dan harmonisasi antar departemen.					☐
11.	Saya merasa kesulitan menyusun Anggaran IFRS karena ini bukan bidang saya.					☐
12.	Menyiapkan laporan berkala pada pimpinan rumah sakit merupakan pekerjaan yang sangat menyita waktu dan membosankan.					☐
13.	Kerjasama dengan Profesional terspesialisasi tinggi di rumah sakit hanya membuat repot saya saja.					☐
14.	Saya tidak hanya melayani penderita, tapi juga dituntut mengadakan penelitian dan pengembangan serta penyuluhan kesehatan masyarakat					☐

15.	Saya enggan melanjutkan sekolah S2 Farmasi					☐
16	Mengelola IFRS diperlukan pendidikan dan pelatuhan khusus pada tingkat pasca sarjana					☐
17.	Saya akan selalu memperhatikan keluhan kastemer					☐
18.	Jika menghadapi kastemer yang rewel, saya acuh tak acuh saja					☐
19	Jika saya merasa benar maka saya akan berusaha keras untuk beradu argumentasi mempertahankan pendapat dihadapan kastemer					☐
20	Kastemer saya anggap orang yang teramat penting yang harus dipuaskan					☐

B. Sikap Apoteker Pelaksana

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS	
1.	Minimal sebulan sekali saya hadir pertemuan intern IFRS					☐
2.	Saya akan senantiasa melaksanakan tugas mengacu pada visi dan misi rumah sakit					☐
3.	Saya kuatir dan cemas ketika akan diperiksa baik oleh Satuan Pengen-dalian Internal (SPI) rumah sakit					☐
4.	Saya senang sekali mengkaji resep / oerder dokter sebelum mendispensing obat					☐
5.	Setiap saat saya siap menerima dan menyelesaikan dengan sebaik-baiknya semua komplain terhadap kinerja apoteker.					☐

6.	Saya akan selalu memberikan informasi pada penderita tentang cara minum obat dan waktu minum obat yang tepat.					☐
7.	Saya senantiasa berusaha mening-katkan kemampuan saya sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi kefarmasian.					☐
8.	Saya tidak bersedia jika terpilih menjadi anggota Tim pengemba-ngan mutu terpadu rumah sakit.					☐
9.	Formularium obat di rumah sakit adalah suatu hal yang sangat sulit direalisasikan					☐
10.	Sukses menjalankan tugas apoteker tidak lepas dari hubungan timbal balik dan harmonisasi antar departemen.					☐
11.	Saya akan berpartisipasi dan mendukung penelitian farmasetik dan medik di rumah sakit					☐
12.	Saya dituntut selalu mengembangkan prosedur pelaporan dan pengkajian reaksi obat yang merugikan (ROM)					☐
13.	Kerjasama dengan Profesional terspesialisasi tinggi di rumah sakit hanya membuat repot saya saja.					☐
14.	Saya tidak hanya melayani penderita, tapi juga dituntut mengadakan penelitian dan pengembangan serta penyuluhan kesehatan masyarakat					☐
15.	Saya enggan melanjutkan sekolah S2 Farmasi					☐

16	Apoteker IFRS perlu pendidikan dan pelatuhan khusus pada tingkat pasca sarjana				
17.	Saya akan selalu memperhatikan keluhan kastemer				
18.	Jika menghadapi kastemer yang rewel, saya acuh tak acuh saja				
19	Jika saya merasa benar maka saya akan berusaha keras untuk beradu argumentasi, mempertahankan pendapat dihadapan kastemer				
20	Kastemer saya anggap orang yang teramat penting yang harus dipuaskan				

C. Sikap Kepala Unit Apotek (kamar obat)

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1.	Minimal sebulan sekali saya hadir pertemuan intern IFRS				
2.	Saya akan senantiasa mengelola apotek (kamar obat) mengacu pada visi dan misi rumah sakit				
3.	Saya tidak suka bekerja dikejar-kejar target pencapaian kinerja apotek (kamar obat)				
4.	Saya kuatir dan cemas ketika akan diperiksa baik oleh Satuan Pengen-dalian Internal (SPI) rumah sakit maupun Kantor Akuntan Publik (KAP) atas pekerjaan saya.				
5.	Setiap saat saya siap menerima dan menyelesaikan dengan sebaik-baiknya semua komplain dari dokter, perawat,				

	pasien maupun masyarakat lainnya.				
6.	Sangat sulit bagi saya untuk mengelola sumber daya yang ada di apotek (kamar obat) dengan cara seefektif dan seefisien mungkin.				
7.	Saya senantiasa berusaha mening-katkan kemampuan saya sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi kefarmasian.				
8.	Formularium obat di rumah sakit adalah suatu hal yang sangat sulit direalisasikan				
9.	Sukses mengelola apotek (kamar obat) merupakan keberhasilan kerja tim apotek (kamar obat).				
10.	Menyusun laporan berkala merupakan pekerjaan rutin yang sangat membosankan.				
11.	Saya sangat terganggu dengan tugas stock opname periodik apotek				
12.	Saya akan selalu memperhatikan keluhan kastemer				
13.	Jika menghadapi kastemer yang rewel, saya acuh tak acuh saja				
14.	Jika saya merasa benar maka saya akan berusaha keras untuk beradu argumentasi, mempertahankan pendapat dihadapan kastemer				
15.	Kastemer saya anggap orang yang teramat penting yang harus dipuaskan				

D. Sikap Kepala Unit Logistik (Gudang Obat)

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS	
1.	Minimal sebulan sekali saya hadir pertemuan intern IFRS					☐
2.	Saya akan senantiasa mengelola logistik (gudang obat) mengacu pada visi dan misi rumah sakit					☐
3.	Saya tidak suka bekerja dikejar-kejar target pencapaian kinerja logistik (gudang obat)					☐
4.	Saya kuatir dan cemas ketika akan diperiksa baik oleh Satuan Pengen-dalian Internal (SPI) rumah sakit maupun Kantor Akuntan Publik (KAP) atas pekerjaan saya.					☐
5.	Setiap saat saya siap menerima dan menyelesaikan dengan sebaik-baiknya semua komplain dari pihsk manapun					☐
6.	Sangat sulit bagi saya untuk mengelola sumber daya yang ada di logistik (gudang obat) dengan cara seefektif dan seefisien mungkin.					☐
7.	Saya senantiasa berusaha mening-katkan kemampuan saya sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi kefarmasian.					☐
8.	Formularium obat di rumah sakit adalah suatu hal yang sangat sulit direalisasikan					☐
9.	Sukses mengelola logistik (gudang obat) merupakan keberhasilan kerja tim Logistik (gudang obat).					☐

10.	Menyusun laporan berkala merupakan pekerjaan rutin yang sangat membosankan.					☐
11.	Saya sangat terganggu dengan tugas stock opname periodik logistik					☐
12.	Saya akan selalu memperhatikan keluhan kastemer					☐
13.	Jika menghadapi kastemer yang rewel, saya acuh tak acuh saja					☐
14.	Jika saya merasa benar maka saya akan berusaha keras untuk beradu argumentasi, mempertahankan pendapat dihadapan kastemer					☐
15.	Kastemer saya anggap orang yang teramat penting yang harus dipuaskan					☐

E. Sikap Pelaksana Apotek dan Logistik

No	Pernyataan	**SS**	**S**	**TS**	**STS**	
1.	Minimal sebulan sekali saya hadir pertemuan intern IFRS					☐
2.	Saya akan senantiasa melaksanakan tugas mengacu pada visi dan misi rumah sakit					☐
3.	Saya tidak suka bekerja dikejar-kejar target					☐
4.	Saya kuatir dan cemas ketika akan diperiksa baik oleh Satuan Pengen-dalian Internal (SPI) rumah sakit maupun Kantor Akuntan Publik (KAP) atas pekerjaan saya.					☐
5.	Setiap saat saya siap menerima dan menyelesaikan dengan sebaik-baiknya semua komplain dari pihak manapun.					☐

6.	Sangat sulit bagi saya melaksanakan tugas seefektif dan seefisien mungkin.					☐
7.	Saya senantiasa berusaha mening-katkan kemampuan saya sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi kefarmasian.					☐
8.	Formularium obat di rumah sakit adalah suatu hal yang sangat sulit direalisasikan					☐
9.	Sukses apotek dan logistik merupakan keberhasilan kerja tim IFRS					☐
10.	Membuat laporan berkala merupakan pekerjaan rutin yang sangat membosankan.					☐
11.	Saya sangat terganggu dengan tugas stock opname periodik					☐
12.	Saya akan selalu memperhatikan keluhan kastemer					☐
13.	Jika menghadapi kastemer yang rewel, saya acuh tak acuh saja					☐
14.	Jika saya merasa benar maka saya akan berusaha keras untuk beradu argumentasi, mempertahankan pendapat dihadapan kastemer					☐
15.	Kastemer saya anggap orang yang teramat penting yang harus dipuaskan					☐

Lampiran 5 : Kuesioner Kastemer

Nama responden :.....

Umur :.....

Pendidikan :.....

Pekerjaan :.....

Dari unit : 1. Poli Klinik 2. UGD 3. Rawa Inap

I. Kuesioner *Distinctive competencies* (dari sudut pandang kastemer)

JIKA DIBANDINGKAN DENGAN KEADAAN APOTEK LAIN YANG PERNAH BAPAK/IBU/SDR KUNJUNGI SEBELUMNYA , MAKA :

Berilah tanda silang (X) pada huruf didepan jawaban yang bapak/ibu/sdr anggap paling sesuai.

1. Bagaimana kondisi ruang tunggu apotek (kamar obat) ini?

   a. Tidak baik c. Baik

   b. Kurang baik d. Sangat baik

2. Bagaimana kenyamanan ruang tunggu apotek (kamar obat) ini?

   a. Tidak nyaman c. Nyaman

   b. Kurang nyaman d. Sangat nyaman

3. Adakah sesuatu yang lain yang bapak/ibu/sdr sukai dari ruang tunggu apotek ini yang mungkin berbeda dengan ruangan apotek lain?

   a. Ada b. Tidak ada

Jika ada mohon disebutkan : .....

.....

.....

4. Bagaimana kondisi kemasan (bungkus) obat dan alat kesehatan di apotek (kamar obat) ini ?

a. Tidak baik c. Baik

b. Kurang baik d. Sangat baik

5. Adakah sesuatu yang lain yang bapak/ibu/sdr sukai dari kemasan obat dan alat kesehatan di apotek ini yang mungkin berbeda dengan apotek lain?

a. Ada b. Tidak ada

Jika ada mohon disebutkan : .....

.....

.....

6. Bagaimana kondisi etiket (aturan minum) obat di apotek (kamar obat) ini ?

a. Tidak baik c. Baik

b. Kurang baik d. Sangat baik

7. Adakah sesuatu yang lain yang bapak/ibu/sdr sukai dari etiket obat di apotek ini yang mungkin berbeda dengan apotek lain?

a. Ada b. Tidak ada

Jika ada mohon disebutkan : .....

.....

.....

8. Bagaimana informasi tentang tata cara antrian pelayanan di apotek (kamar obat) ini ?

a. Tidak baik c. Baik

b. Kurang baik d. Sangat baik

9. Adakah sesuatu yang lain yang bapak/ibu/sdr sukai dari tata cara antrian pelayanan di apotek ini yang mungkin berbeda dengan apotek lain?

a. Ada b. Tidak ada

Jika ada mohon disebutkan : .....

.....

.....

10. Bagaimanan petugas apotek (kamar obat) ini dalam memberi penjelasan tentang cara minum dan efek samping obat?

a. Tidak baik c. Baik

b. Kurang baik d. Sangat baik

11. Adakah sesuatu yang lain yang bapak/ibu/sdr sukai dari cara petugas memberi penjelasan tentang tujuan dan efek samping obat di apotek ini yang mungkin berbeda dengan apotek lain?

a. Ada b. Tidak ada

Jika ada mohon disebutkan : .....

.....

.....

***B. Reliability* (keterhadalan)**

6. Menurut bapak/ibu/sdr, bagaimana kecermatan petugas apotek (kamar obat) ini dalam memberikan pelayanan?

   a. Tidak memuaskan c. Memuaskan ☐
   b. Kurang memuaskan d. Sangat memuaskan

7. Menurut bapak/ibu/sdr, bagaimana kecakatan petugas apotek (kamar obat) ini dalam memberikan pelayanan?

   a. Tidak memuaskan c. Memuaskan ☐
   b. Kurang memuaskan d. Sangat memuaskan

8. Menurut bapak/ibu/sdr, Bagaimana ketepatan waktu penyerahan obat dan alat kesehatan di apotek (kamar obat) ini?

   a. Tidak memuaskan c. Memuaskan ☐
   b. Kurang memuaskan d. Sangat memuaskan

***C. Responsiveness* (daya tanggap)**

9. Menurut bapak/ibu/sdr, bagaimana kecepatan petugas apotek (kamar obat) ini dalam memberikan pelayanan ?

   a. Tidak memuaskan c. Memuaskan ☐
   b. Kurang memuaskan d. Sangat memuaskan

10. Menurut bapak/ibu/sdr, bagaimana informasi tentang tata cara antrian pelayanan di apotek (kamar obat) ini ?

    a. Tidak memuaskan c. Memuaskan ☐
    b. Kurang memuaskan d. Sangat memuaskan

11. Menurut bapak/ibu/sdr, petugas apotek (kamar obat) ini telah memberikan pelayanan dengan senang hati?

a. Tidak memuaskan c. Memuaskan

b. Kurang memuaskan d. Sangat memuaskan

***D. Assurance* (Jaminan)**

12. Menurut bapak/ibu/sdr, bagaimana petugas apotek (kamar obat) ini dalam memberi rasa percaya bagi pasien dan keluarganya?

a. Tidak memuaskan c. Memuaskan

b. Kurang memuaskan d. Sangat memuaskan

13. Menurut bapak/ibu/sdr, bagaimana petugas apotek (kamar obat) ini dalam memberi rasa aman bagi pasien dan keluarganya?

a. Tidak memuaskan c. Memuaskan

b. Kurang memuaskan d. Sangat memuaskan

14. Menurut bapak/ibu/sdr, bagaimanan petugas apotek (kamar obat) ini dalam memberi penjelasan tentang tujuan dan efek samping obat?

a. Tidak memuaskan c. Memuaskan

b. Kurang memuaskan d. Sangat memuaskan

***E. Emphaty* (empati)**

15. Menurut bapak/ibu/sdr, bagaimana kasabaran petugas apotek (kamar obat) ini dalam memberikan pelayanan?

a. Tidak memuaskan c. Memuaskan

b. Kurang memuaskan d. Sangat memuaskan

16. Menurut bapak/ibu/sdr, bagaimana karamahan petugas apotek (kamar obat) ini dalam memberikan pelayanan?

a. Tidak memuaskan
b. Kurang memuaskan
c. Memuaskan
d. Sangat memuaskan

17. Menurut bapak/ibu/sdr, bagaimana petugas apotek (kamar obat) ini memahami keinginan kastemer?

a. Tidak memuaskan
b. Kurang memuaskan
c. Memuaskan
d. Sangat memuaskan

Lampiran 6 : Uji reliabilitas

1. Uji reliabilitas kuesioner aspek pengetahuan dan sikap petugas

   Sampel yang dipakai untuk menguji reliabilitas kuesioner aspek pengetahuan dan sikap petugas IFRS adalah petugas IF RSI Hasanah Mojokerto

2. Uji reliabilitas kuesioner kepuasan kastemer

   Sampel yang dipakai untuk menguji reliabilitas kuesioner kepuasan kastemer adalah pengunjung IF RSI Hasanah Mojokerto.

   Hasil uji dari masing-masing kuesioner dapat dilihat sebagai berikut :

Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner Pengetahuan Petugas

Survei Pengetahuan pertama (28 Nopember 2005)

No	Nomer Pertanyaan																																							
Responden	1a	1b	1c	1d	1e	2a	2b	2c	2d	3a	3b	3c	3d	3e	3f	3g	4a	4b	4c	4d	4e	4f	4g	4h	4i	4j	5a	5b	5c	5d	5e	5f	5g	5h	5i	5j	5k	5l	5m	5n
1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1
2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2															
3	3	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1															
4	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1																	
5	1	1	2	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1																	
6	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1																	
7	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2																	

Survei Pengetahuan kedua (5 Desember 2005)

No	Nomer Pertanyaan																																							
Responden	1a	1b	1c	1d	1e	2a	2b	2c	2d	3a	3b	3c	3d	3e	3f	3g	4a	4b	4c	4d	4e	4f	4g	4h	4i	4j	5a	5b	5c	5d	5e	5f	5g	5h	5i	5j	5k	5l	5m	5n
1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1
2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2															
3	3	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1															
4	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2																	
5	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1																	
6	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1																	
7	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2																	

Jawaban tetap	7	4	5	5	5	4	7	5	5	6	4	6	6	5	7	6	6	6	5	5	5	5	6	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Σ Responden	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Indek reliabel	1.00	0.57	0.71	0.71	0.71	0.57	1.00	0.71	0.71	0.86	0.57	0.86	0.86	0.71	1.00	0.86	0.86	0.86	0.71	0.71	0.71	0.71	0.86	0.67	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Kriteria	T	S	S	S	S	S	T	S	S	S	S	S	S	S	T	S	S	S	S	S	S	S	S	S	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T

Keterangan

$$\text{Indek Reliabel} = \frac{\text{Jumlah responden yang menjawab dengan nilai tetap}}{\text{Jumlah seluruh responden}}$$

T = Reliabilitas Tinggi : 0,90 - 1,00
S = Reliabilitas Sedang : 0,60 - 0,89
R = Reliabilitas Rendah : ≤ 0,59

Kesimpulan : Semua pertanyaan dalam kuesioner adalah reliabel

Hasil Uji Reliabilitas kuesioner Sikap Petugas

Survei Sikap pertama (28 Nopember 2005)

No	Nomer Pertanyaan																			
Responden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	3	4	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	4
2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	2	3					
3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	4					
4	3	4	2	3	4	3	3	3	2	3	3	3	4	2	4					
5	3	4	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	4	4					
6	3	4	4	3	4	2	4	3	1	4	4	4	4	3	4					
7	3	3	2	3	3	3	4	3	2	3	3	3	4	2	4					

Survei Sikap kedua (5 Desember 2005)

No	Nomer Pertanyaan																			
Responden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	3	4	3	4	3	3	4	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	4
2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3					
3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	4	4	3	3	3	4					
4	3	3	2	3	3	4	3	3	2	3	3	3	4	3	3					
5	3	4	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	4					
6	3	4	4	3	4	2	3	3	2	4	3	4	3	3	4					
7	4	4	3	3	3	3	4	3	2	3	3	3	3	3	4					

Jawaban tetap	6	5	6	6	6	6	6	7	4	5	5	7	5	4	6	1	1	1	1	1
∑ Responden	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	1	1	1	1	1
Indek reliabel	0.86	0.71	0.86	0.86	0.86	0.86	0.86	1.00	0.57	0.71	0.71	1.00	0.71	0.57	0.86	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Kriteria	S	S	S	S	S	S	T	T	S	S	S	T	S	S	T	T	T	T	T	T

Keterangan

$$\text{Indek Reliabel} = \frac{\text{Jumlah responden yang menjawab dengan nilai tetap}}{\text{Jumlah seluruh responden}}$$

T = Reliabilitas Tinggi : 0,90 - 1,00
S = Reliabilitas Sedang : 0,60 - 0,89
R = Reliabilitas Rendah : ≤ 0.59

Kesimpulan : Semua pertanyaan dalam kuesioner adalah reliabel

Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner *Distinctive Competencies* & Kepuasan Kastemer

Survei Kepuasan pertama (4 Desember 2005)

No	Nomer Pertanyaan																						
Responden	I-1	I-2	I-4	I-6	I-8	I-10	A-1	A-2	A-3	A-4	A-5	B-6	B-7	B-8	C-9	C-10	C-11	D-12	D-13	D-14	E-15	E-16	E-17
1	2	2	3	3	2	2	1	3	1	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	1	1	2
2	2	3	3	3	2	3	1	3	3	3	3	3	2	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3
4	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
5	2	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3

Survei Kepuasan kedua (11 Desember 2005)

No	Nomer Pertanyaan																						
Responden	I-1	I-2	I-4	I-6	I-8	I-10	A-1	A-2	A-3	A-4	A-5	B-6	B-7	B-8	C-9	C-10	C-11	D-12	D-13	D-14	E-15	E-16	E-17
1	2	2	4	4	2	2	1	3	1	3	3	3	2	2	2	3	2	2	3	3	2	2	2
2	2	3	3	4	3	3	1	3	3	2	3	4	3	2	2	2	3	2	4	2	2	3	3
3	3	3	3	3	2	4	2	3	2	4	3	3	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3
4	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2
5	2	2	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2

Jawaban tetap	5	5	3	3	3	4	3	3	3	3	5	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	3	3
∑ Responden	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Indek reliabel	1.00	1.00	0.60	0.60	0.60	0.80	0.60	0.60	0.60	0.60	1.00	0.60	0.60	0.60	0.60	0.60	0.80	0.60	0.80	0.80	0.60	0.60	0.60
Kriteria	T	T	S	S	S	S	S	S	S	S	T	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

Keterangan

$$\text{Indek Reliabel} = \frac{\text{Jumlah responden yang menjawab dengan nilai tetap}}{\text{Jumlah seluruh responden}}$$

T	=	Reliabilitas Tinggi	:	0.90 - 1.00
S	=	Reliabilitas Sedang	:	0.60 - 0.89
R	=	Reliabilitas Rendah	:	≤ 0.59

Kesimpulan : Semua pertanyaan dalam kuesioner adalah reliabel

Lampiran 7 : Tabulasi Pengetahuan Petugas IF RSSK

No	Nomer pertanyaan																																							
	1a	1b	1c	1d	1e	2a	2b	2c	2d	3a	3b	3c	3d	3e	3f	3g	4a	4b	4c	4d	4e	4f	4g	4h	4i	4j	5a	5b	5c	5d	5e	5f	5g	5h	5i	5j	5k	5l	5m	5n
1	0	0	100	0	100	100	100	0	100	0	100	0	100	100	100	100	0	0	100	0	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	100	100	0
2	100	100	100	100	0	100	100	100	100	0	100	100	100	0	100	100	100	100	0	100	100	100	100	100																
3	0	0	100	0	100	100	100	0	100	100	100	100	0	100	0	0	0	100	100	100	0	100	0	0																
4	0	0	100	100	0	100	100	0	100	0	100	0	0	0	100	0	100	0	100	0	100	100	0	0	100	100	100	100	100	100	100	100	0	0	100	100	100	0	100	0
5	100	0	100	100	100	100	100	0	100	0	100	100	0	100	0	100	100	100	100	100	100	100	100																	
6	100	100	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	100	100	0	100	100	100	100	100	100	0	100																	
7	0	100	100	0	100	100	100	0	100	0	100	0	100	100	0	100	100	100	100	100	100	100	100																	
8	0	0	100	0	100	0	100	100	0	0	100	0	0	100	0	0	100	100	0	100	0	100	0																	
9	0	0	100	0	100	100	100	0	0	100	100	0	0	0	0	0	100	100	0	100	0	100	0																	
10	0	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	0	100	0	0	100	100	0	100	0	100	0																	
11	0	0	100	0	100	0	100	100	0	0	100	0	0	100	0	0	100	100	0	100	0	100	0																	
12	0	0	100	0	0	0	100	100	0	100	100	100	0	100	0	0	100	100	0	100	0	100	0																	
13	0	100	100	0	0	0	100	100	0	100	100	100	0	100	0	0	100	100	100	0	100	0	100																	
14	0	0	100	0	100	0	100	100	0	100	100	100	0	100	0	0	100	100	0	100	0	100	0																	
15	0	0	100	0	100	100	100	0	100	100	0	100	0	100	0	0	0	100	100	0	100	100	0																	
16	0	0	100	0	100	100	100	0	0	0	100	0	0	100	0	0	100	100	0	100	0	100	0																	
17	0	0	100	0	100	0	0	0	0	100	100	0	100	100	0	0	100	100	0	100	100	100	100																	
18	0	100	100	0	100	100	100	0	100	0	100	0	0	100	100	100	100	0	0	100	100	100	100																	
19	0	100	0	0	0	100	100	0	100	100	100	100	100	100	100	0	100	100	0	0	100	100	0																	
20	0	0	100	0	100	0	100	100	0	100	100	100	0	100	0	0	100	100	0	100	0	100	0																	
21	100	0	100	0	0	0	100	100	0	100	100	100	0	100	0	0	100	100	0	100	0	100	0																	

Lampiran 8 : Tabulasi Pengetahuan Petugas IF RSML

No	Nomer pertanyaan																																										
	1a	1b	1c	1d	1e	2a	2b	2c	2d	3a	3b	3c	3d	3e	3f	3g	4a	4b	4c	4d	4e	4f	4g	4h	4i	4j	5a	5b	5c	5d	5e	5f	5g	5h	5i	5j	5k	5l	5m	5n
1	0	100	100	0	100	100	0	100	100	0	0	100	100	0	100	100	100	100	100	0	100	100	100	0	0	100	100	100	100	100	100	0	100	100	0	100	100	100	100	100
2	100	0	100	0	100	100	100	0	100	100	100	100	100	100	100	0	0	100	0	100	0	100	100	100																
3	100	100	100	0	100	100	100	0	100	0	0	100	100	0	100	100	100	100	0	100	100	100	100	100																
4	0	0	100	0	100	100	100	0	100	0	100	100	0	100	0	0	100	0	100	100	100	0	100	100	0	100	100	100	100	100	100	0	100	100	0	100	100	100	100	100
5	0	100	100	0	100	0	0	0	100	0	100	100	0	100	0	0	0	0	0	100	100	100	0																	
6	0	0	100	0	100	0	100	100	0	0	100	100	0	100	100	100	0	0	0	100	0	100	0																	
7	100	100	100	0	100	100	0	0	100	0	100	100	0	0	0	100	0	100	0	100	100	0	100																	
8	0	100	100	0	0	0	100	0	100	100	100	100	0	100	100	100	0	100	0	100	0	100	0																	
9	0	0	100	0	100	100	100	0	100	100	100	0	0	0	100	100	0	100	0	100	0	100	0																	
10	0	100	100	0	100	100	100	0	100	0	100	0	100	0	100	100	0	100	0	100	100	0	100																	
11	100	100	100	0	100	100	100	0	100	100	100	0	0	0	100	0	0	100	0	0	0	100	100																	
12	0	0	100	0	100	100	100	0	100	100	100	0	0	100	100	0	0	0	0	100	0	100	0																	
13	0	100	100	0	100	100	100	0	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	0	100	0	100																	
14	0	100	100	0	100	100	100	100	0	100	100	0	100	100	100	0	100	100	100	100	100	100	100																	
15	0	100	100	0	100	100	100	0	100	100	100	100	100	100	0	0	100	0	0	100	100	100	100																	
16	0	0	100	0	100	0	100	100	0	100	0	0	0	100	0	0	100	0	0	100	100	100	0																	
17	100	0	0	100	100	100	0	0	100	0	100	0	100	0	100	100	0	100	0	0	100	0	100																	

Lampiran 9 : Tabulasi penilaian sikap petugas RSSK

No	Nomer pernyataan																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	3	4	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	4
2	4	4	2	4	4	3	4	3	1	4	4	4	3	2	3					
3	3	4	3	3	4	3	4	1	1	3	4	4	3	2	4					
4	4	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
5	3	3	2	1	3	4	4	2	1	3	3	4	4	1	4					
6	4	4	1	3	3	2	4	4	1	2	3	4	4	1	4					
7	3	3	2	3	3	3	4	3	1	3	3	3	4	2	4					
8	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3					
9	3	3	3	2	2	3	4	2	2	4	1	4	4	4	4					
10	4	4	2	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4					
11	3	4	4	4	3	3	3	1	4	3	3	4	3	2	2					
12	4	3	3	3	3	3	4	3	1	2	3	3	3	3	3					
13	2	3	2	3	3	3	4	3	1	3	3	3	3	2	2					
14	3	4	2	3	2	3	4	2	1	3	3	3	4	3	4					
15	3	4	3	2	4	3	3	4	1	3	4	4	3	2	3					
16	2	3	2	3	3	3	4	3	1	3	2	3	3	2	4					
17	3	4	2	3	4	3	3	3	1	4	4	4	4	1	4					
18	3	3		3	3	3		3	3	3	3	3	3	3	3					
19	3	4		4	4	3	4	3	1	4	3	3	2	1	3					
20	3	3	4	3	3	3	3	1	1	3	3	3	4	2	3					

Lampiran 10 : Tabulasi penilaian sikap petugas RSML

No	Nomer pernyataan																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	2	4	4	4	3	3	4	3	4	4	3	4	4	4	3	2	4	3	2	4
2	4	4	3	4	3	2	3	4	2	3	4	4	4	3	4					
3	3	4	2	3	4	2	4	2	1	3	3	4	3	1	4					
4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	4	3	3	4	3	3	3	4	4	1	3
5	3	3	2	2	4	3	4	3	1	3	2	4	4	1	4					
6	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	4	3	3	1	4					
7	3	3	3	3	3	3	4	3	1	3	3	3	3	2	4					
8	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3					
9	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3					
10	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	4					
11	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	2	3					
12	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	4					
13	3	4	2	3	4	3	3	3	2	3	3	3	4	2	4					
14	3	4	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	4	4					
15	3	4	4	3	4	2	4	3	1	4	4	4	4	3	4					
16	3	3	2	3	3	3	4	3	2	3	3	3	4	2	4					
17	4	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3					

Lampiran 11 : Hasil uji statistik Pearson correlation (SPSS) hubungan antara *Distinctive Competencies* dengan Kepuasan Kastemer

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
DISTINC	2.9963	.36486	225
PUAS	3.0615	.38435	225

Correlations

		DISTINC	PUAS
DISTINC	Pearson Correlation	1	.808
	Sig. (2-tailed)	.	.001
	N	225	225
PUAS	Pearson Correlation	.808	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	225	225

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Lampiran 12 : Rekap hasil penilaian pengetahuan petugas

Pernyataan	RSSK					RSML				
	n	Jawaban		Mean	SD	n	Jawaban		Mean	SD
		salah	benar				salah	benar		
Kastemer a	21	17	4	19.05	40.24	17	12	5	29.41	46.97
Kastemer b	21	15	6	28.27	46.29	17	7	10	58.82	50.73
Kastemer c	21	2	19	90.48	30.08	17	1	16	94.12	24.26
Kastemer d	21	18	3	14.29	35.86	17	16	1	5.88	24.26
Kastemer e	21	6	15	71.43	46.29	17	1	16	94.12	24.26
Rata2 Kastemer	21	58	47	39.05	39.75	17	37	48	56.47	34.10
Jenis Kastem a	21	9	12	57.14	50.71	17	4	13	76.47	43.72
Jenis Kastem b	21	1	20	95.24	21.82	17	4	13	76.47	43.72
Jenis Kastem c	21	12	9	42.86	50.71	17	13	4	23.53	43.72
Jenis Kastem d	21	10	11	52.38	51.18	17	3	14	88.35	43.72
Rata2 Jen. Kastem	21	32	52	61.91	43.61	17	24	44	66.21	43.72
Faktor kast a	21	11	10	47.62	51.18	17	8	9	52.94	51.45
Faktor kast b	21	2	19	90.48	30.08	17	1	16	94.12	24.26
Faktor kast c	21	11	10	47.62	51.18	17	7	10	58.82	50.73
Faktor kast d	31	15	16	28.57	46.29	17	10	7	41.18	50.73
Faktor kast e	21	3	18	85.71	35.86	17	7	10	58.82	50.73
Faktor kast f	21	16	5	23.81	43.65	17	5	12	70.59	46.97
Faktor kast g	21	14	7	33.33	48.31	17	9	8	47.06	51.45
Rata2 Faktor kast	21	72	85	51.02	43.79	17	47	72	60.50	46.62
Tupoksi a	21	2	19	90.48	30.08	17	10	7	41.18	50.73
Tupoksi b	21	1	20	95.24	21.83	17	6	11	64.71	49.26
Tupoksi c	21	13	8	38.10	49.76	17	14	3	17.65	43.72
Tupoksi d	21	3	18	38.10	49.76	17	4	13	76.47	43.72
Tupoksi e	21	10	11	52.38	51.18	17	6	11	64.71	49.26
Tupoksi f	21	2	19	90.48	30.08	17	4	13	76.47	43.72
Tupoksi g	21	13	8	38.10	49.76	17	7	10	58.82	50.73
		44	103	63.27	40.35		51	68	57.14	47.31
Tupoksi h	4	2	2	50.00	57.74	4	1	3	75.00	50.00
		2	2	50.00	57.74		1	3	75.00	50.00
Tupoksi i	2	0	2	100.00	0.00	2	2	0	0.00	0.00
Tupoksi j	2	0	2	100.00	0.00	2	0	2	100.00	0.00
Tupoksi k	2	1	1	50.00	57.74	2	0	2	100.00	0.00
Tupoksi l	2	1	1	50.00	57.74	2	0	2	100.00	0.00
Tupoksi m	2	0	2	100.00	0.00	2	0	2	100.00	0.00
Tupoksi n	2	2	0	0.00	0.00		1	1	50.00	70.71
		4	8	66.67	19.25		3	9	75.00	11.79
Rata2 Tupoksi		50	113	59.98	39.11		55	80	69.05	36.36
Beda Apotek-IF a	2	0	2	100.00	0.00	2	0	2	100.00	0.00
Beda Apotek-IF b	2	0	2	100.00	0.00	2	1	1	50.00	70.71
Beda Apotek-IF c	2	1	1	50.00	70.71	2	0	2	100.00	0.00
Beda Apotek-IF d	2	1	1	50.00	70.71	2	1	1	50.00	70.71
Beda Apotek-IF e	2	0	2	100.00	0.00	2	0	2	100.00	0.00
Beda Apotek-IF f	2	0	2	100.00	0.00	2	0	2	100.00	0.00
Beda Apotek-IF g	2	1	1	50.00	70.71	2	0	2	100.00	0.00
Beda Apotek-IF h	2	1	1	50.00	70.71	2	1	1	50.00	70.71
Beda Apotek-IF i	2	0	2	100.00	0.00	2	0	2	100.00	0.00
Beda Apotek-IF j	2	2	0	0.00	0.00	2	0	2	100.00	0.00
Rata2 Beda Apt - IF		6	14	70.00	28.28		3	17	85.00	21.21
TOTAL		218	311	56.39	38.91		166	261	67.45	36.40
Kriteria	Tinggi					Tinggi				

Lampiran 13 : Rekap kepuasan kastemer per dimensi mutu

Dimensi Mutu		RSSK							RSML						
		n	Nilai Kepuasan				Mean	SD	n	Nilai Kepuasan				Mean	SD
			1	2	3	4				1	2	3	4		
Tangible															
1	Kondisi R. Tunggu	128	3	26	99		0.00	0.48	97		5	56	36	0.00	0.57
2	Kondisi Kemasan obat	128			126	2	0.00	0.13	97		2	70	25	0.00	0.48
3	Kebersihan apotek	128	2	8	114	4	0.00	0.39	97		1	51	45	0.00	0.52
4	Kerapian petugas	128		1	123	4	0.00	0.19	97		3	53	41	0.00	0.55
5	Kondisi Etiket	128			125	3	0.00	0.15	97		1	69	27	0.00	0.47
Seluruh *tangible*		128	5	35	587	13	0.00	0.27	97		12	299	174	0.00	0.52
Reliability															
6	Kecermatan petugas	128		4	123	1	0.00	0.19	97	1	7	57	32	0.00	0.63
7	Kecekatan petugas	128		13	114	1	0.00	0.32	97	1	7	57	32	0.00	0.63
8	Ketepatan waktu penye - rahan obat	128	4	41	82	1	0	0.53	97		11	53	33	0.00	0.64
Seluruh *reliability*		128	4	58	319	3	0.00	0.35	97	2	25	167	97	0.00	0.63
Responsiveness															
9	Kecepatan pelayanan	128	1	43	83	1	0.00	0.51	97		10	56	31	0.00	0.62
10	Informasi antrian	128		25	103		0.00	0.39	97		3	69	25	0.00	0.49
11	Melayani senang hati	128		1	126	1	0.00	0.13	97	1	2	62	32	0.00	0.56
Seluruh *responsiveness*		128	1	69	312	2	0.00	0.34	97	1	15	187	88	0.00	0.56
Assurance															
12	Memberi rasa percaya	128		1	127		0.00	0.09	97		1	68	28	0.00	0.47
13	Memberi rasa aman	128		1	127		0.00	0.09	97	1	1	67	28	0.00	0.53
14	Penjelasan tujuan dan efek samping obat	128	5	52	71		0.00	0.58	97	2	15	57	23	0.00	0.69
Seluruh *assurance*		128	5	54	325		0.00	0.25	97	3	17	192	79	0.00	0.56
Emphaty															
15	Kesabaran petugas	128	1		126	1	0.00	0.19	97		5	57	35	0.00	0.56
16	Keramahan petugas	128	1		126	1	0.00	0.19	97	1	3	57	36	0.00	0.58
17	Memahami keinginan kastemer	128		2	125	1	0.00	0.15	97		6	59	32	0.00	0.57
Seluruh *emphaty*		128	2	2	377	3	0.00	0.18	97	1	14	173	103	0.00	0.57
Seluruh dimensi mutu		128	17	218	1920	21	0.00	0.28	97	7	83	1018	541	0.00	0.57
Kriteria		Memuaskan							Sangat Memuaskan						

Lampiran 14 : Pedoman Penilaianan *Resources* dan *Organizational Capabilities*

PEDOMAN SURVEI AKREDIASI RUMAH SAKIT

PEDOMAN KHUSUS

PELAYANAN FARMASI

Std. 1. FALSAFAH DAN TUJUAN

Pelayanan farmasi rumah sakit adalah bagian yang tidak dipisahkan dari system pelayanan kesehatan rumah sakit yang utuh dan berorientasi kepada pelayanan pasien, penyediaan obat yang bermutu dan terjangkau bagi semua lapisan masyarakat.

P1. Adanya falsafah dan tujuan tertulis yang mencerminkan peran/ fungsi pelayanan farmasi di rumah sakit.

Skor:

0 = Tidak ada falsafah dan tujuan tertulis.

1 = Ada falsafah dan tujuan yang tidak tertulis, ditetapkan oleh pimpinan farmasi.

2 = Ada falsafah tujuan tertulis, belum mengacu pada falsafah dan tujuan rumah sakit, ditetapkan oleh pimpinan farmasi.

3 = Ada falsafah dan tujuan tertulis, mengacu pada falsafah dan tujuan rumah sakit, ditetapkan oleh pimpinan farmasi.

4 = Ada falsafah dan tujuan tertulis, mengacu pada falsafah dan tujuan rumah sakit, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit.

5 = Ada falsafah dan tujuan tertulis, mengacu pada falsafah dan tujuan rumah sakit, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, sudah diasosiasikan kepada seluruh pegawai farmasi.

D.O. : --

C.P. : * D : SK mengenai falsafah dan tujuan pelayanan farmasi dari pimpinan rumah sakit, bukti sosialisasi.

* O = --

* W= Pimpinan dan staf.

Skor : ☐

P.2. Pelayanan farmasi diselenggarakan untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Skor:

0 = Tidak ada pelayanan farmasi.

1 = Pelayanan farmasi mencakup 4 dari 7 pelayanan, untuk sebagian perbekalan farmasi.

2 = Pelayanan farmasi mencakup 5 dari 7 pelayanan, untuk sebagian perbekalan farmasi.

3 = Pelayanan farmasi mencakup 6 dari 7 pelayanan, untuk sebagian perbekalan farmasi.

5 = Pelayanan farmasi mencakup 1 sampai 7 pelayanan untuk seluruh perbekalan farmasi ditambah dengan minimal 1 dari pelayanan farmasi klinik, dan ada evaluasi.

DO : A. Pelayanan farmasi minimal meliputi:

1. Perencanaan perbekalan farmasi:
2. Pengadaan baik melalui pembelian atau droping.
3. Penerimaan perbekalan farmasi.
4. Penyimpanan perbekalan farmasi.
5. Produksi dan penyerahan untuk pasien rawat jalan dan inap.
6. Penyediaan informasi dan edukasi bagi staf medik, tenaga kesehatan lainnya dan pasien.

B. Pelayanan farmasi klinik meliputi antara lain:

1. Melakukan konseling.
2. Monitoring efek samping obat.
3. Pencampuran obat suntik secara aseptis.
4. Menganalisa efektivitas – biaya.
5. Penentuan kadar obat dalam darah.
6. Penanganan obat sitostatika.
7. Penyiapan Total Parenteral Nutrisi.
8. Pengkajian Penggunaan Obat.

C. Yang dimaksud dengan perbekalan farmasi menurut peraturan menteri. Kesehatan R.I. Nomor 922/MenKes/Per/X/1993 tentang Ketenuan dan Tata Cara Pemberian Izin Apotik, Bab 1 Pasal 1, adalah obat, bahan obat, obat asli Indonesia alat kesehatan dan kosmetika.

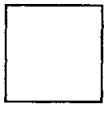
D. Yang dimaksud dengan sebagian perbekalan farmasi adalah obat.

E. Bila Instalasi/ Bagian Farmasi tidak melakukan kegiatan produksi, pelayanan 5 hanya berupa pengemasan kembali.

CP : * D : Ketetapan tertulis mengenai pelayanan farmasi dan pengelolaan perbekalan farmasi, Daftar usulan perencanaan kebutuhan perbekalan farmasi, Surat Keputusan Panitia Pengadaan dan Panitia Penerimaan yang mencantumkan staf farmasi sebagai anggota, Laporan, Catatan evaluasi.

* O : Pengamanan di Instalasi Farmasi.

* W : Pimpinan dan staf.

Skor : 

Std. 2 ADMINISTRASI DAN PENGELOLAAN

Pelayanan diselenggarakan dan diatur demi berlangsungnya pelayanan farmasi yang efisien dan bermutu, berdasarkan fasilitas yang ada dan standar pelayanan keprofesian yang universal.

P.1. Adanya bagan organisasi lengkap yang menggambarkan garis tanggung jawab, koordinasi di dalam maupun di luar pelayanan farmasi.

Skor :

0 = Tidak ada bagan organisasi dan uraian tugas.

1 = Ada bagan organisasi, ditetapkan oleh pimpinan farmasi, tidak ada uraian tugas.

2 = Ada bagan organisasi, ada urian tugas, tetapi tidak lengkap, ditetapkan oleh pimpinan farmasi.

3 = Ada bagan organisasi dan uraian tugas, lengkap, ditetapkan oleh pimpinan farmasi, belum diketahui oleh seluruh petugas farmasi.

4 = Ada bagan organisasi dan uraian tugas, lengkap, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, sudah diketahui oleh seluruh petugas farmasi.

5 = Ada bagan organisasi dan uraian tugas, lengkap, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, sudah diketahui oleh seluruh petugas farmasi serta ada evaluasi.

DO: A. Bagan organisasi lengkap adalah bagan organisasi yang dapat memperlihatkan alur komunikasi dan garis kewenangan dalam pelayanan farmasi di antara petugas dengan kepala farmasi.

B. Uraian tugas lengkap adalah uraian tugas yang tertulis untuk setiap jabatan yang ada meliputi: kualifikasi yang dibutuhkan untuk setiap jabatan, garis kewenangan, fungsi dan tanggung jawab, frekuensi penilaian penampilan kerja.

C. Yang dimaksud ada evaluasi adalah pembaharuan bagan tersebut, apakah masih layak/ tidak. Apabila masih layak, maka bagan tidak perlu disempurnakan/ revisi. Penyempurnaan bagan dapat dilakukan dengan

alasan dibentuknya jabatan/ struktur baru, adanya perubahan pelayanan, adanya tujuan baru, dll.

CP : * D : - SK Organisasi

- Bagan organisasi dengan pejabatnya, Uraian tugas, Fungsi, Wewenang dan tanggung jawab secara tertulis.

* O : -

* W : Pimpinan dan staf.

Skor: ☐

P2. Adanya Komite/ Panitia Farmasi dan Terapi di Rumah Sakit.

Skor :

0 = Tidak ada Komite/ Panitia Farmasi dan Terapi.

1 = Ada Komite/ Panitia Farmasi dan Terapi, ditetapkan oleh Ketua Komite Medis, belum berjalan sepenuhnya.

2 = Ada Komite/ Panitia Farmasi dan Terapi ditetapkan oleh Ketua Komite Medis, sudah berjalan sepenuhnya.

3 = Ada Komite/ Panitia Farmasi dan Terapi, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, belum berjalan sepenuhnya.

4 = Ada Komite/ Panitia Farmasi dan Terapi, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, sudah berjalan sepenuhnya.

5 = Ada Komite/ Panitia Farmasi dan Terapi, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, sudah berjalan sepenuhnya dan sudah ada evaluasi dan tindak lanjut.

DO : A. Adanya Komite/ Panitia Farmasi dan Terapi di rumah sakit, sesuai dengan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik nomor HK.00.06.2.3.730 tanggal 14 Juli 1995 tentang Pembentukan dan Tata Kerja Komite Medik di Rumah Sakit.

B. Tugas Komite/ Panitia Farmasi dan Terapi tertera dalam SK Direktur Jenderal Pelayanan Medik nomor 0428/yanMed/RSKS/SK/1989 (pasal 11)

tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Kewajiban Menuliskan Resep dan/ atau Menggunakan Obat Generik di Rumah Sakit Pemerintah.

C. Sudah berjalan sepenuhnya/ belum berjalan sepenuhnya dilihat dari jadwal kegiatan dan hasil kegiatan.

CP : *D: Ketentuan tertulis tentang Komite Panitia Farmasi dan Terapi. Formularium yang direvisi minimal setiap 3 tahun Standar Terapi (untuk Rumah Sakit Umum, minimal mencakup Pelayanan Medis Spesialistik Dasar), Laporan evaluasi penulisan resep dan penggunaan obat generic, Kebijakan-kebijakan yang berkaitan dengan penggunaan obat di rumah sakit, Jadwal kegiatan, catatan evaluasi dan tindak lanjut, SK Komite/ Panitia Farmasi dan Terapi yang mencantumkan apoteker sebagai sekretaris.

* O: -

* O: Pimpinan dan Staf.

Skor: ☐

Std. 3. STAF DAN PIMPINAN

Pelayanan Farmasi diatur dan dikelola demi tercapainya tujuan pelayanan.

P.1. Pelayanan farmasi dipimpin oleh apoteker.

Skor:

0 = Pimpinan bukan apoteker.

1 = Pimpinan adalah apoteker yang tidak mempunyai izin kerja.

2 = Pimpinan adalah apoteker yang mempunyai izin kerja tapi tidak ada SK penempatan.

3 = Pimpinan adalah apoteker yang mempunyai izin kerja, ada SK penempatan, pengalaman di rumah sakit = 0 tahun.

4 = Pimpinan adalah apoteker yang mempunyai izin kerja, ada SK penempatan, pengalaman di rumah sakit = 1 – 3 tahun.

5 = Pimpinan adalah apoteker yang mempunyai izin kerja, ada SK penempatan, pengalaman di rumah sakit > 3 tahun, atau berpendidikan minimal setara S-2.

DO: Yang dimaksud dengan S-2 adalah S-2 dalam bidang yang berkaitan langsung dengan Farmasi atau Rumah Sakit.

CP: * D: Surat izin kerja, Surat persetujuan penempatan sebagai Penanggung Jawab/ Pimpinan Instalasi Farmasi dari Kanwil Depkes setempat, Surat Keputusan Direktur, Ijazah.

* O: -

* W: Pimpinan.

Skor: ☐

P.2. Adanya tenaga kefarmasian yang cukup jumlah dan sesuai kualifikasinya.

Skor:

0 = Tidak ada tenaga kefarmasian selain pimpinan farmasi.

1 = Jumlah tenaga kefarmasian tidak cukup, kualifikasi tidak memenuhi.

2 = Jumlah tenaga kefarmasian cukup, kualifikasi tidak memenuhi.

3 = Jumlah tenaga kefarmasian tidak cukup, kualifikasi memenuhi.

4 = Jumlah tenaga kefarmasian cukup, kualifikasi memenuhi, belum berpengalaman.

5 = Jumlah tenaga kefarmasian cukup, kualifikasi memenuhi, berpengalaman, dan sebagian sudah mengikuti pelatihan.

DO: A. Yang dimaksud dengan tenaga yang memenuhi kualifikasi untuk mengelola perbekalan farmasi adalah tenaga kefarmasian sesuai Undang-undang no. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, pasal 63.

B. Yang dimaksud dengan tenaga kefarmasian berdasarkan Peraturan Pemerintah RI nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan adalah Apoteker, Analisis Farmasi, Asisten Apoteker.

C. Jumlah kebutuhan tenaga ditentukan oleh masing-masing rumah sakit berdasarkan pola ketenagaan yang ditetapkan secara tertulis oleh pimpinan Rumah Sakit.

D. Yang dimaksud dengan berpengalaman adalah sudah bekerja di bagian/ Instalasi Farmasi Rumah Sakit minimal 2 tahun.

E. Yang dimaksud dengan pelatihan adalah pelatihan yang berkaitan dengan pelayanan farmasi.

CP: * D: Analisa kebutuhan tenaga kefarmasian, Daftar tenaga kefarmasian, SK penugasan dari pimpinan Rumah Sakit, Ijazah, Sertifikat.

* O: -

* W: Pimpinan dan Staf.

Skor: ☐

P.3. Ada evaluasi kinerja dari tenaga kefarmasian.

Skor:

0 = Tidak ada evaluasi.

1 = Ada evaluasi tidak tertulis, hanya berdasarkan kesepakatan staf.

2 = Ada evaluasi tertulis, ditetapkan oleh pimpinan farmasi, belum dilaksanakan.

3 = Ada evaluasi tertulis, ditetapkan oleh pimpinan farmasi, sudah dilaksanakan.

4 = Ada evaluasi tertulis, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, sudah dilaksanakan dan ada laporan tertulis.

5 = Ada evaluasi tertulis, dietapkan oleh pimpinan rumah sakit, sudah dilaksanakan, ada laporan tertulis, rekomendasi dan tidak lanjut.

DO: Cukup jelas

CP: * D: Ketentuan tertulis, Prosedur evaluasi, Hasil evaluasi, Laporan, Rekomendasi dan Tindak lanjut.

* O: -

* W: Pimpinan dan Staf.

Skor: ☐

Std. 4. FASILITAS DAN PERALATAN

Harus tersedia ruangan, peralatan dan fasilitas lain yang dapat mendukung administrasi, profesionalisme, dan fungsi teknik pelayanan farmasi, sehingga menjamin Terselenggaranya pelayanan farmasi yang fungsional, profesional dan etis.

P.1. Tersedia ruang/ tempat dan peralatan penyimpanan perbekalan farmasi.

Skor:

0 = Tidak ada ruang/ tempat dan peralatan penyimpanan.

1 = Ruang/ tempat dan peralatan cukup, semua tidak memenuhi syarat.

2 = Ruang/ tempat dan peralatan cukup, tidak memenuhi syarat 1, 2 dan 3.

3 = Ruang/ tempat dan peralatan cukup, tidak memenuhi syarat 4, 5 dan 6.

4 = Ruang/ tempat dan peralatan cukup, tidak memenuhi syarat 5 dan 5.

5 = Ruang/ tempat dan peralatan cukup, semua memenuhi syarat.

DO: A. Yang dimaksud dengan ruang/ tempat dan peralatan yang cukup adalah:

1. Ada ruang/ tempat penyimpanan.
2. Ada lemari pendingin.
3. Ada lemari penyimpanan untuk obat narkotik dan obat keras tertentu.
4. Ada lemari/ rak penyimpanan perbekalan farmasi.
5. Ada lemari/ rak tempat penyimpanan bahan-bahan berbahaya dan mudah terbakar.

6. Ada ruang/ tempat dan peralatan untuk melaksanakan administrasi perbekalan farmasi.

B. yang dimaksud dengan ruang/ tempat dan peralatan yang memenuhi syarat menurut Guidelines for Good Hospital Pharmacy Practices & Management adalah:

1. Ruang penyimpanan yang tidak terkena cahaya langsung, erang, kering dan tidak panas.
2. Lemari pendingin dengan suhu 2 – 8 derajat (ditunjukkan oleh monitor) untuk perbekalan farmasi yang harus disimpan dingin.
3. Lemari khusus untuk penyimpanan obat narkotik dan obat keras tertentu yang terkunci.
4. Lemari/ rak penyimpanan yang cukup jumlahnya sehingga dapat menjamin terlaksananya sistem penyimpanan yang baik (FIFO).
5. Lemari/ rak tempat penyimpanan bahan-bahan berbahaya dan mudah terbakar yang terpisah dari perbekalan farmasi lainnya.
6. Ruang/ tempat dan peralatan yang memungkinkan pelaksanaan pekerjaan administrasi perbekalan farmasi.

CP: * D: Bagan gudang lengkap dengan keterangan penyimpanan perbekalan farmasi, kartu stok.

* O: Di Gudang Perbekalan Farmasi.

* W: Pimpinan dan Staf.

Skor: ☐

P.2. Adanya ruang/ tempat dan peralatan yang cukup dan memenuhi syarat untuk masing-masing kegiatan kefarmasian.

Skor:

0 = Tidak ada ruang/ tempat dan peralatan.

1 = Ada ruang/ tempat dan peralatan 1 s/d 6, tidak memenuhi persyaratan.

2 = Ada ruang/ tempat dan peralatan 1 s/d 6, sebagian memenuhi persyaratan.

3 = Ada ruang/ tempat dan peralatan 1 s/d 6, memenuhi persyaratan.

4 = Ada ruang/ tempat dan peralatan 1 s/d 6, memenuhi persyaratan dan ada evaluasi.

5 = Ada ruang/ tempat dan peralatan 1 s/d 7 ditambah ruang/ tempat salah satu pelayanan farmasi klinik, memenuhi persyaratan, ada evaluasi dan tindak lanjut.

DO: A. Yang dimaksud dengan ruang/ tempat dan peralatan untuk kegiatan kefarmasian, meliputi:

1. Ruang/ tempat dan peralatan peracikan.
2. Ruang/ tempat dan peralatan distribusi dan penyerahan.
3. Ruang/ tempat dan peralatan administrasi kefarmasian.
4. Ruang/ tempat dan peralatan di depo farmasi/ satelit.
5. Ruang/ tempat dan peralatan pemberian informasi dan edukasi.
6. Ruang/ tempat dan peralatan penyimpanan resep/ formulir penggunaan obat.
7. Ruang dan peralatan produksi.
8. Ruang pelayanan farmasi klinik.

C. Persyaratan untuk ruang/ tempat dan peralatan kegiatan kefarmasian adalah:

1. Ruang/ tempat yang terang, kering, tidak panas, bersih dan cukup luas untuk melakukan pekerjaan dengan baik.

2. Fasilitas peracikan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan R.I. nomor 922/MENKES/ Per/ X/ 1993 tentang Persyaratan Tempat,
   - timbangan gram dan timbangan milligram yang ditera
   - limpang dan alu porselen yang terpisah untuk obat dalam dan luar
   - gelas piala, lebu Erlenmeyer, gelas ukur yang berskala.
   - Fasilitas untuk mencuci tangan dan alat peracikan.
3. Fasilitas pengemasan yang menjamin mutu dan keamanan penggunaan, antara lain: wadah, pembungkus, etikel, label.

   Contoh:

   3.1. Wadah:
      - botol berwarna putih dan bertutup rapat untuk sediaan cair yang stabil terhadap cahaya.
      - Botol berwarna coklat dan bertutup rapat untuk sediaan cair yang tidak stabil terhadap cahaya.
      - pot plastik yang tertutup untuk sediaan tablet, kapsul, salep, dll.

   3.2. Pembungkus: kertas perkamen yang bersih dan kering.

   3.3. Etiket:
      - warna putih untuk obat dalam.
      - Warna biru untuk obat luar.

   3.2. Label:
      - KOCOK DAHULU untuk sediaan cair.
      - SIMPAN DALAM LEMARI PENDINGIN untuk sediaan yang tidak stabil bila disimpan pada suhu kamar.
4. Peralatan penyimpanan di tempat pelayanan, adanya:
   - lemari/ rak
   - lemari pendingin
   - lemari obat narkotika, bahan-bahan berbahaya.

5. Fasilitas administrasi kefarmasian di tempat pelayanan, adanya:
   - Blanko copy resep.
   - Kartu stok
   - Formulir narkotika dan psikotropika
6. Fasilitas pemberian informasi, minimal:
   - Buku formularium Rumah Sakit.
   - IIMS/ ISO
   - Daftar obat di Rumah Sakit.
   - Farmakope
7. Peralatan penyimpanan resep yang menjamin keutuhan dan kemudahan dalam mencari kembali.
8. Ruang/ tempat dan peralatan produksi yang menjamin mutu produk:
   - Ruang produksi steril dan non steril yang terpisah
   - Formula standar Rumah Sakit
   - Timbangan yang ditera
   - Pemanas
   - Wadah pembuatan
   - Pengemas, etikel dan label
   - Fasilitas untuk mencuci tangan dan alat peracikan.

   Untuk ruang produksi steril dilengkapi dengan:
   - Ruang perantara
   - Laminar air flow
   - Otoklaf atau oven
9. Ruang/ tempat dan peralatan untuk pelayanan farmasi klinik:
   - Ruang/ tempat terpisah untuk memberikan pelayanan konseling bagi pasien rawat jalan.
   - Persyaratan untuk ruang pencampuran obat suntik secara aseptis, penanganan obat sitostatika dan penyiapan total parenteral nutrisi sama dengan persyaratan untuk ruang produksi steril.

- Alat untuk penentuan kadar obat dalam darah.

D. Resep harus dirahasiakan dan disimpan dengan baik dalam jangka waktu 3 (tiga) tahun, sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan R.I. nomor 922/MenKes/Per/X/1993 tentang Ketentuan dan Tata Cara Pemberian Izin Apotik, Bab VII pasal 17.

E. Yang dimaksud dengan sebagian memenuhi persyaratan adalah memenuhi persyaratan nomor B.2. s/d B. 9.

F. Apabila instalasi/ Bagian Farmasi Rumah Sakit tidak melakukan kegiatan produksi, persyaratan B. 8 tidak dinilai.

CP: * D: Blanko copy resep, Kartu stok, Formulir laporan narkotik dan psikotropika, Buku-buku kefarmasian, Kumpulan resep 3 tahun terakhir. Hasil evaluasi dan Tindak lanjut, Buku Formula Standar untuk Rumah Sakit dan Dokumentasi Pembuatan Obat (Bila ada kegiatan produksi).

* O: -

* W: Pimpinan dan Staf.

Skor: ☐

Std. 5. KEBIJAKAN DAN PROSEDUR

Semua kebijakan dan prosedur yang ada harus tertulis dan dicantumkan tanggal dikeluarkan peraturan tersebut. Peraturan dan prosedur yang ada harus mencerminkan standar pelayanan farmasi mutakhir, yang sesuai dengan peraturan dan tujuan pelayanan farmasi itu sendiri.

P.1. Ada kebijakan tertulis mengenai pelayanan farmasi.

Skor:

0 = Tidak ada kebijakan tertulis.

1 = Ada kebijakan tertulis 1 – 8, ditetapkan oleh pimpinan farmasi.

2 = Ada kebijakan tertulis 1 – 10, ditetapkan oleh pimpinan farmasi.

3 = Ada kebijakan tertulis 1 – 8, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit.

4 = Ada kebijakan tertulis 1 – 10, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit.

5 = Ada kebijakan tertulis 1 – 10, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, dan dievaluasi serta ditindak lanjuti.

DO: Yang dimaksud dengan kebijakan adalah meliputi:

1. Penggunaan obat di Rumah Sakit, diusulkan oleh Komite/ Panitia Farmasi dan Terapi dan ditetapkan oleh Pimpinan Rumah Sakit.
2. Pelayanan perbekalan farmasi untuk pasien rawat inap, rawat jalan, karyawan, pasien tak mampu, dll.
3. Pengelolaan perbekalan farmasi yang meliputi perencanaan, pengadaan, produksi (bila ada), penerimaan, penyimpanan, penyaluran dan penyerahan.
4. Pengelolaan resep dan perbekalan farmasi yang kadaluarsa dan rusak serta pemusnahannya.
5. Pencatatan, pelaporan dan pengarsipan.
6. Pengawasan mutu dan pengendalian perbekalan farmasi, serta pelayanan kefarmasian.
7. Apabila ada sumber daya farmasi lain disamping instalasi/ bagian farmasi, maka pelayanan farmasi dilaksanakan mengacu pada Sistim Satu Pintu sesuai dengan Surat Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik nomor 0428/ YanMed/ RSKS/ SK/ 1989 (pasal 9) tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Menteri Kesehatan RI tentang

Kewajiban Menuliskan Resep dan/ atau Menggunakan Obat Generik di Rumah Sakit Pemerintah.

8. Apabila ada uji klinik, kebijakan ditetapkan oleh Pimpinan Rumah Sakit atas usulan Komite/ Panitia Farmasi dan Terapi.
9. Informasi/ penyuluhan.
10. Pelayanan Farmasi Klinik yang telah dilaksanakan.
    - Diselenggarakan sesuai SK pelayanan farmasi yang berlaku di masing-masing rumah sakit.
    - Koordinasi di bawah Instalasi/ Bagian Farmasi Rumah Sakit.

CP: * D: Ketentuan Pimpinan Rumah Sakit, Catatan evaluasi dan Tindak lanjut.

Bila ada sumber daya lain, ada Sk Koordinasi di bawah Instalasi Farmasi

* O: -

* W: Pimpinan dan Staf.

Skor: ☐

P.2. Ada prosedur tetap mengenai pelayanan farmasi.

Skor:

0 = Tidak ada prosedur tetap tertulis.

1 = Ada prosedur tetap tertulis 1 – 11, ditetapkan oleh pimpinan farmasi.

2 = Ada prosedur tetap tertulis 1 – 15, ditetapkan oleh pimpinan farmasi.

3 = Ada prosedur tetap tertulis 1 – 11, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, sudah dilaksanakan.

4 = Ada prosedur tertulis 1 – 15, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, sudah dilaksanakan seluruhnya.

5 = Ada prosedur tertulis 1 – 15, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, sudah dilaksanakan seluruhnya, ada evaluasi dan tindak lanjut.

DO: Yang dimaksud dengan Prosedur tetap (Protap) meliputi:

1. Perencanaan perbekalan farmasi.
2. Pengadaan melalui pembelian atau dorping.
3. Penerimaan baik di gudang perbekalan farmasi maupun depo Farmasi.
4. Penyimpanan baik di gudang perbekalan farmasi maupun di depo farmasi.
5. Pengemasan kembali.
6. Distribusi dan penyerahan baik di gudang perbekalan farmasi maupun di depo farmasi.
7. Pencatatan dan pelaporan penggunaan perbekalan farmasi per pelayanan pasien/ keseluruhan.
8. Pengawasan mutu dan pengendalian perbekalan farmasi serta mutu pelayanan kefarmasian.
9. Penghapusan/ penarikan obat yang rusak/ kedaluarsa.
10. Pengarsipan atau dokumentasi.
11. Pelayanan farmasi melalui sistim satu pintu (bila ada sumber daya lain)
12. Produksi obat (bila ada kegiatan produksi)
13. Informasi/ Penyuluhan
14. Pelayanan Farmasi Klinik
15. Penanggulangan bila terjadi kontaminasi bahan-bahan berbahaya.

CP: * D: Protap/ SOP, Laporan kegiatan kefarmasian, Catatan evaluasi dan Tindak lanjut.

* O: -

* W: Pimpinan dan Staf.

Skor: ☐

Std. 6. PENGEMBANGAN STAF DAN PROGRAM PENDIDIKAN

Setiap staf di Rumah Sakit harus mempunyai kesempatan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya.

P.1. Ada program orientasi bagi pegawai baru di Instalasi/ Bagian Farmasi agar dapat memahami tugas pekerjaan dan tanggung jawab.

Skor:

0 = Tidak ada program orientasi dan tidak ada kegiatan bagi pegawai baru.

1 = Tidak ada program orientasi bagi pegawai baru, kegiatannya dilakukan secara individual oleh pimpinan farmasi.

2 = Ada program orientasi untuk pegawai baru, belum mengacu pada program orientasi pegawai baru rumah sakit, kegiatan yang dilaksanakan tidak sesuai rencana/ program.

3 = Ada program orientasi untuk pegawai baru, belum mengacu pada program orientasi pegawai baru rumah sakit, kegiatan yang dilaksanakan sudah sesuai rencana/ program.

4 = Ada program orientasi untuk pegawai baru yang mengacu pada program orientasi pegawai baru rumah sakit, kegiatan yang dilaksanakan sudah sesuai rencana/ program.

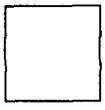
5 = Ada program orientasi untuk pegawai baru yang mengacu pada program orientasi pegawai baru rumah sakit, kegiatan yang dilaksanakan sudah sesuai rencana/ program dan ada evaluasi.

DO: Program orientasi memuat antara lain: orientasi rumah sakit, Kebijakan pimpinan rumah sakit, Uraian tugas, Fungsi, Uraian pekerjaan dari semua staf di bagian mana pegawai baru akan bertugas.

CP: * D: Program orientasi. Jadwal kegiatan, Laporan pelaksanaan kegiatan, Catatan evaluasi.

* O: -

* W: Pimpinan dan Staf.

Skor: 

P.2. Ada program pendidikan berkelanjutan, pelatihan ataupun pertemuan ilmiah bagi semua petugas untuk meningkatkan keterampilan, pengetahuan dan kemampuannya.

Skor:

0 = Tidak ada program dan kegiatan.

1 = Tidak ada program, ada kegiatan secara individual.

2 = Ada program, belum mengacu pada program rumah sakit, kegiatan yang dilaksanakan tidak sesuai rencana/ program.

3 = Ada program, belum mengacu pada program rumah sakit, kegiatan yang dilaksanakan sudah sesuai rencana/ program.

4 = Ada program yang mengacu pada program rumah sakit, kegiatan yang dilaksanakan sudah sesuai rencana/ program.

5 = Ada program yang mengacu pada program rumah sakit, kegiatan yang dilaksanakan sudah sesuai rencana/ program dan ada evaluasi.

DO: A. Yang dimaksud dengan program adalah program pendidikan berkelanjutan/ pelatihan/ pertemuan ilmiah untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan kemampuan bagi pegawai instalasi Farmasi.

B. Yang dimaksud dengan pertemuan ilmiah mencakup seminar, workshop dan lokakarya.

CP: * D: Program pendidikan dan pelatihan, Jadwal Kegiatan, Laporan pelaksanaan kegiatan, Catatan evaluasi, Sertifikat.

* O: -

* W: Pimpinan dan Staf.

Skor: ☐

Std. 7. EVALUASI DAN PENGENDALIAN MUTU

Pelayanan farmasi harus mencerminkan kwalitas pelayanan kefarmasian yang bermutu tinggi, melalui cara pelayanan farmasi rumah sakit yang baik.

P.1. Ada program/ kegiatan peningkatan mutu pelayanan kefarmasian yang ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit.

Skor:

0 = Tidak ada program tertulis.

1 = Tidak ada program tertulis, ada kegiatan, ditetapkan oleh pimpinan farmasi.

2 = Ada program tertulis, ada kegiatan, ditetapkan oleh pimpinan farmasi.

3 = Ada program tertulis, ada kegiatan, ditetapkan oleh pimpinan farmasi disertai evaluasi.

4 = Ada program tertulis, ada kegiatan, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit disertai evaluasi.

5 = Ada program tertulis, ada kegiatan, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit disertai evaluasi, rekomendasi dan tindak lanjut.

DO: Program peningkatan mutu pelayanan dapat dilaksanakan misalnya melalui Gugus Kendali Mutu (GKM), antara lain dalam:

- Perubahan sistim distribusi untuk pasien rawat inap dari sistem floor stock menjadi sistem dosis unit.

- Penambahan lingkup pelayanan farmasi, misalnya memberikan pelayanan konseling.
- Pelaksanaan survey pelayanan farmasi untuk meningkatkan kecepatan pelayanan.

CP: * D: Program tertulis peningkatan mutu pelayanan kefarmasian, Jadwal Kegiatan, Laporan Pelaksanaan kegiatan, Catatan evaluasi, rekomendasi dan tindak lanjut.

* O: -

* W: Pimpinan dan Staf.

Skor: ☐

P.2. Tersedia data untuk digunakan sebagai dasar melakukan analisis dan evaluasi terhadap mutu pelayanan.

Skor:

0 = Tidak ada data tentang kegiatan pelayanan.

1 = Ada data tentang kegiatan pelayanan 1 s/d 3.

2 = Ada data tentang kegiatan pelayanan 1 s/d 6.

3 = Ada data tentang kegiatan pelayanan 1 s/d 9.

4 = Ada data tentang kegiatan pelayanan 1 s/d 9 dan ad evaluasi data.

5 = Ada data tentang kegiatan pelayanan 1 s/d 9, ditambah dengan salah satu data Pelayanan Farmasi Klinik, dan evaluasi dan tindak lanjut.

DO: A. Data harus memuat minimal.

1. Jenis dan jumlah perbekalan farmasi yang tersedia digunakan.
2. Jenis dan jumlah perbekalan farmasi yang direncanakan dan diadakan di luar prosedur rutin.

3. Jenis dan jumlah perbekalan farmasi yang diterima, yang tidak sesuai spesifikasinya.
4. Jenis dan jumlah perbekalan farmasi yang rusak/ kadaluarsa, hilang.
5. Kesalahan dalam penyerahan/ pemberian perbekalan farmasi.
6. Keluhan dari SMF
7. Jumlah dan jenis informasi dan edukasi yang diberikan.
8. Jumlah pasien yang dilayani dan macam obat serta biaya.
9. Jenis dan jumlah sediaan obat yang diproduksi (bila ada kegiatan produksi)

B. Data Pelayanan Farmasi Klinik yang telah dijalankan, antara lain:

1. Jumlah pasien dan indikasi konseling.
2. Efek samping obat dan interaksi obat.
3. hasil analisa efektivitas – biaya.
4. Jumlah dan hasil pemeriksaan kadar obat dalam darah.
5. Jumlah pelaksanaan pencampuran obat suntik secara aseptis.
6. Jumlah penanganan obat sitostatika.
7. Jumlah penyiapan Total Parenteral Nutrisi.
8. Macam penyakit dan pengobatannya.
9. Penggunaan obat tertentu.

DO: Apabila Instalasi/ Bagian Farmasi tidak melakukan kegiatan produksi, data A.9 tidak termasuk dalam penilaian.

CP: * D: Data, catatan evaluasi, dan tindak lanjut.

* O: -

* W: Pimpinan dan Staf.

Skor: ☐

P.2. Instalasi/ Bagian Farmasi harus menyelenggarakan pertemuan secara berkala untuk membicarakan masalah-masalah dalam meningkatkan pelayanan farmasi.

Skor:

0 = Tidak ada bukti tertulis adanya pertemuan.

1 = Ada bukti tertulis, pertemuan tidak teratur.

2 = Ada bukti tertulis, pertemuan tidak teratur, ada keputusan.

3 = Ada bukti tertulis, pertemuan teratur, ada keputusan.

4 = Ada bukti tertulis, pertemuan teratur ada keputusan dan rekomendasi.

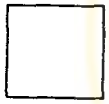
5 = Ada bukti tertulis, pertemuan teratur, ada keputusan, ada rekomendasi dan ditindak lanjuti.

DO: Jadwal pertemuan berkala/ teratur ditetapkan dengan Ketetapan Pimpinan Rumah Sakit.

CP: * D: Ketetapan pimpinan rumah sakit tentang jadwal rapat, Notulen rapat, daftar hadir, Laporan, Reomendasi dan Tindak Lanjut.

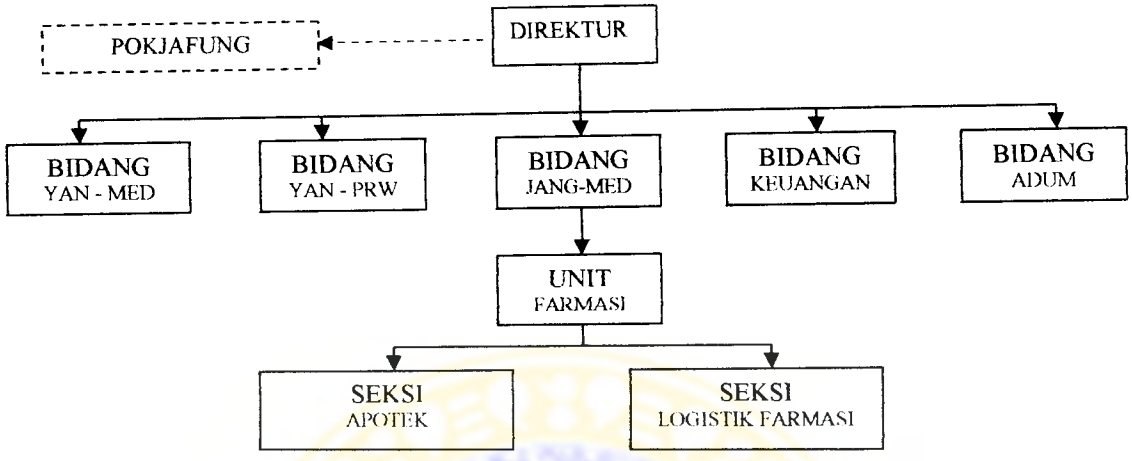
* O: -

* W: Pimpinan dan Staf.

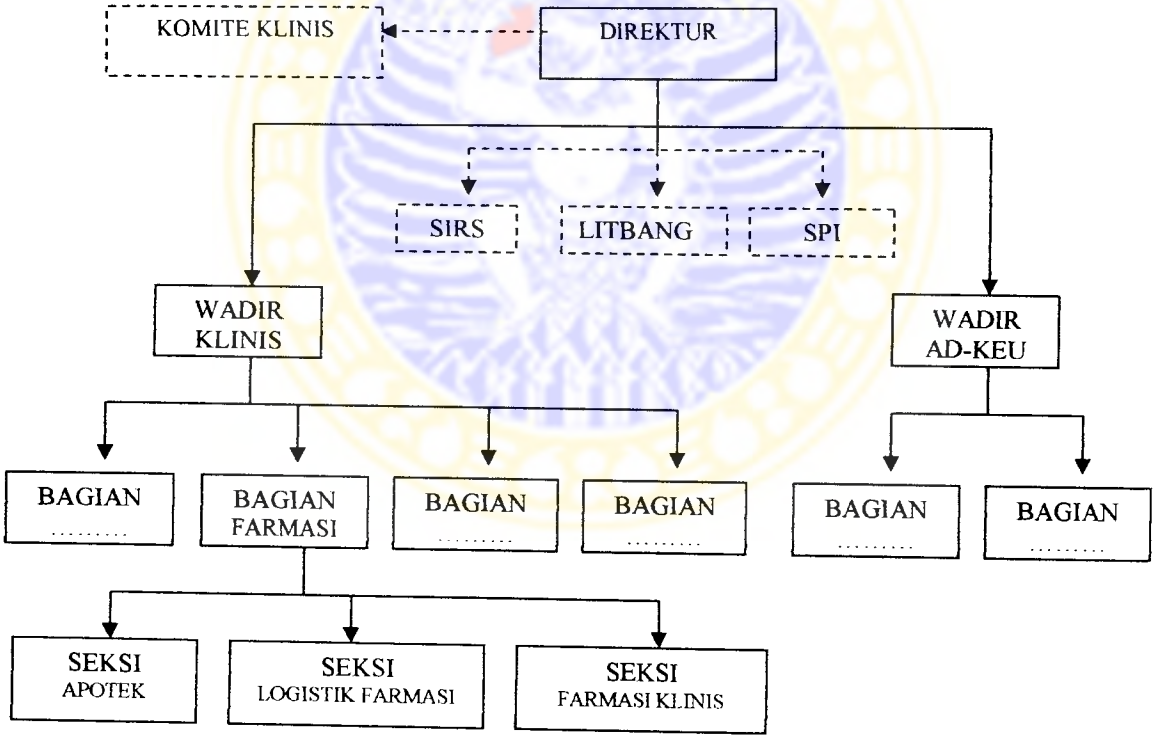
Skor: 

Lampiran 15 : Struktur Organisasi IF RSSK dan RSML

A. STRUKTUR ORGANISASI IF RSSK TAHUN 2005



B. STRUKTUR ORGANISASI IF RSML TAHUN 2005



DAFTAR HADIR

FOCUS GROUP DISCUSSION

Hari/ Tanggal : Selasa 21 Februari 2006

Di Ruang Rapat RS. Siti Khodijah Sepanjang

No	Nama	Jabatan	Paraf
1	Hari Dwi Mulyani	Ka. Unit Farmasi	
2	Cindra Setyorini	Kasie Logistik Farmasi	
3	EKA NOVITASARI	Kasie Kamar Obat	
4	A. AZIZ	Staf LOG. FARMASI	
5	Nanik Amrurch	peserta	
6	dr Pudji Ashuti	Kabid Yan Med	
7	dr. Naftah HGR	UGD	
8	drg Mentia Dessy. I	Peserta.	
9	Mariyatul. Qibtiyah	Ins. Farmasi RSU Dr. Soetomo	
10			
11			
12			

Rumah Sakit
Siti Khodijah
MUHAMMADIYAH CABANG SEPANJANG

MEMO INTERNAL

NO : 004/MI-JANGMED/RSSK/II/2006

Tanggal : 16 Pebruari 2006

Kepada Yth :

_____

Dari :
Dr. Sugeng Ristanto
KaBid Penunjang Medik

Prioritas : BIASA
Sifat : PENTING

Perihal : UNDANGAN

Assalamu'alaikum. Wr. Wb.

Sehubungan dengan proses penyelesaian Tesis saudara dr. Akhmad Muzairi yang mengambil judul Upaya Meningkatkan Mutu Pelayanan IFRS Siti Khodijah Sepanjang (*Studi Bencmarking* di RS Muhammadiyah Lamongan) diperlukan satu tahapan FGD (Focus Group Discussion). Untuk itu Mengharap kehadirannya dalam pertemuan yang insya'Allah akan diadakan pada :

Hari/Tanggal	: Selasa, 21 Pebruari 2006
Jam	: 11.00 WIB
Acara	: Focus Group Discussion (FGD)
Tempat	: Ruang Rapat

Demikian Undangan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kehadiranya di ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum. Wr. Wb.

Dr. Sugeng Ristanto

Nip. 9601110

17 Muharram 1427

Nomor : 076/IV.5/F/2006 Sepanjang, ----------
Lampiran : -.- 16 Pebruari 2006
Perihal : **Permohonan dispensasi .-**

Kepada Yth. :
Kepala Instalasi Farmasi RSU Dr. Soetomo
Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo 6 - 8
SURABAYA.

السلام عليكم و ر حمة الله و بركاته

Sehubungan dengan akan dilakukan FGD (Focus Group Discusion) penyelesaian Tesis Sdr. dr. ACHMAD MUZAIRI, dengan judul " UPAYA MENINGKATKAN MUTU PELAYANAN INSTALASI FARMASI RS. SITI KHODIJAH SEPANJANG BERDASARKAN ASPEK DISTINCTIVE COMPETENCIES (STUDI BENCHMARKING DI RS. MUHAMMADIYAH LAMONGAN " yang Insya ALLOH akan dilaksanakan besok pada :

Hari : SELASA
Tanggal : 21 Pebruari 2006
Jam : 11.00 - 13.00
Tempat : Ruang Rapat RS. Siti Khodijah Sepanjang

Untuk terlaksananya kegiatan tersebut diatas dengan ini kami mohon atas bantuannya untuk memberikan dispensasi kepada Sdr. MARIYATUL KIPTIYAH, S.Si, SpFRS, Apt. sebagai Fasilitator Pendamping.

Demikian agar menjadikan maklum dan atas perhatian serta kerjasama yang baik ini diucapkan terima kasih.

والسلام عليكم و ر حمة الله و بركاته

A.n. DIREKTUR RS. SITI KHODIJAH
S E P A N J A N G
Kepala Bidang Penunjang Medis

Dr. H. SUGENG RISTANTO