

TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER (TAPM)

**PENGARUH KARATERISTIK INDIVIDU DAN
MOTIVASI TERHADAP KINERJA PENGELOLA
OBAT PUSKESMAS DI KABUPATEN SUMBA TIMUR**



**TAPM Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
Gelar Magister Sains Dalam Ilmu Administrasi
Bidang Minat Administrasi Publik**

Disusun Oleh :

RAMBU M.R.K.U DJIMA

NIM. 500009204

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS TERBUKA
JAKARTA
2015**

UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCASARJANA
MAGISTER SAINS DALAM ILMU ADMINISTRASI PUBLIK
BIDANG MINAT ADMINISTRASI PUBLIK

PERNYATAAN

TAPM yang berjudul “Pengaruh Karakteristik Individu dan Motivasi Terhadap Kinerja Pengelola Obat Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur” : adalah hasil karya saya sendiri, dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar. Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik

Waingapu, 25 Juni 2015

Yang Menyatakan



METERAI
TEMPEL
55769ADF122657125
6000
ENAM RIBU RUPIAH

RAMBU M.R.K.U DJIMA
NIM 500009204

BIODATA PENELITI

Nama : Rambu M.R.K.U Djima
NIM : 500009204
Program Studi : Magister Administrasi Publik
Tempat / Tanggal Lahir : Kupang, 08 April 1975

Alamat : Jl. Soeharto, Radamata - Waingapu
Sumba Timur - NTT

Alamat Emai : rambumeti@gmail.com

Riwayat Pendidikan : Lulus SD Masehi Waikabubak Tahun 1988
: Lulus SMP Kristen Waikabubak Tahun 1991
: Lulus SMA Kristen Waikabubak Tahun 1994
: Lulus SI Farmasi di Universitas Gadjah Mada
Yogyakarta Tahun 2001
: Lulus Profesi Apoteker di Universitas Gadjah Mada
Yogyakarta Tahun 2002

Riwayat Pekerjaan : Tahun 2003 s/d 2015 sebagai Pegawai Negeri Sipil
di Sekretariat Daerah Kabupaten Sumba Timur

Waingapu, Januari 2015

Rambu M.R.K.U Djima
NIM 500009204

ABSTRAKSI

PENGARUH KARATERISTIK INDIVIDU DAN MOTIVASI TERHADAP KINERJA PENGELOLA OBAT PUSKESMAS DI KABUPATEN SUMBA TIMUR

Tujuan penelitian ini untuk menganalisis karakteristik individu dan motivasi terhadap kinerja petugas pengelola obat Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur tahun 2013.

Penelitian ini berbentuk survey explanatory, dimana yang menjadi sampel adalah seluruh petugas pengelola obat Puskesmas (44 orang) yang terdapat di Kabupaten Sumba Timur. Data diperoleh dengan wawancara menggunakan kuesioner dan melakukan observasi tentang pelaksanaan pengelolaan obat di Puskesmas, dianalisis dengan regresi berganda pada $\alpha = 5\%$.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara statistik variabel karakteristik individu dan motivasi berpengaruh terhadap kinerja pengelola obat Puskesmas ($P < 0,05$), besarnya pengaruh variabel bebas secara serentak adalah 97,1%. Variabel pengakuan dari orang lain paling dominan mempengaruhi kinerja pengelola obat Puskesmas dengan koefisien (B) = 0,281

Disarankan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Timur, untuk merekrut pengelola obat dengan latar belakang pendidikan Farmasi dan meningkatkan kerjasama dengan gudang farmasi dalam rangka membina petugas pengelola obat Puskesmas melalui pelatihan maupun pertemuan evaluasi kegiatan secara rutin.

Mendesain pekerjaan yang dapat mendukung dan menumbuhkan motivasi intrinsik bagi pengelola obat Puskesmas dalam menjalankan peran dan fungsinya.

Pengelola obat Puskesmas senantiasa meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang sistem pengelolaan obat Puskesmas.

Kata Kunci : Karakteristik Individu, Motivasi, Kinerja, Petugas Pengelola Obat

ABSTRACT

THE INFLUENCE OF INDIVIDUAL CHARACTERISTIC AND MOTIVATION ON THE PERFORMNACE OF THE MEDICINE MANAGER AT A HEALTH CENTRES IN THE DISTRIC EAST SUMBA

The purpose of this study is to analyze the influence of individual characteristics and motivation on the performance of the medicine manager at a health centres in the district East Sumba in 2013.

This research is a survey with explanatory method, sample for this study were all of the 44 medicine manager at the health centre in the district East Sumba. The data for this study were obtained through questionnaire-based interviews and observation. The data obtained were analyzed through multiple regression test at $\alpha = 5\%$.

The result of this study statistically showed that variables of individual characteristics and motivation had influence on the performance of the medicine manager at the health centre and sub health centre ($P < 0,05$).

Simultaneously, ctothe influence of the independent variables was 97,1 %. Variable recognition from others of the most dominant influence on the performance of the medicine managers at the health centre (B)=0,281.

It is suggested the distric health office East Sumba downstream in order to recruit managers with educational background of pharmaceutical drugs and to improve a cooperation with gudang farmasi (pharmacy ware house) in developing the medicine managers of health centre through training or routine evaluation meeting the heads of health centre to enhance their controlling, directioning, quiding, supervising and evaluating the medicine managers.

Designing jobs that can support and foster intrinsic motivation for the medicine managers in their fungctions and roles.

The medicine managers should always update their knowledge and understanding on the medication management.

Key Words: Individual Characteristic, Motivation, Performance, Medicine Manager.

LEMBAR PERSETUJUAN TAPM

Judul TAPM : **PENGARUH KARATERISTIK INDIVIDU DAN MOTIVASI TERHADAP KINERJA PENGELOLA OBAT PUSKESMAS DI KABUPATEN SUMBA TIMUR**

Penyusun TAPM : Rambu M.R.K.U Djima
NIM : 500009204
Program Studi : Magister Administrasi Publik
Hari/Tanggal :

Menyetujui :
Pembimbing II, Pembimbing I,



Liestyodono B. Irianto, Drs., M.Si., Dr
NIP. 19581215 198601 1 009



Lenny Magdalena Tomunu, SU, Dr
NIP. 19550523 198003 2 003


Mengetahui:

Ketua Bidang
Ilmu Sosial Politik

Direktur Program Pascasarjana,



Dr. Darmanto, M.Ed
NIP. 19591027198603 1 003



Suciati, M.Sc., Ph.D
NIP. 19520213 198503 2 001

**UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM STUDI ADMINISTRASI PUBLIK**

PENGESAHAN

Nama : Rambu M.R.K.U Djima
NIM : 500009204
Program Studi : Magister Administrasi Publik (MAP)
Judul Tesis : **PENGARUH KARATERISTIK INDIVIDU DAN
MOTIVASI TERHADAP KINERJA PENGELOLA
OBAT PUSKESMAS DI KABUPATEN SUMBA TIMUR**

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Panitia Penguji TAPM Program Pascasarjana, Program Studi Administrasi Publik, Universitas Terbuka pada:

Hari/Tanggal : Jumat, 17 Januari 2015

W a k t u : 15.00 Wita

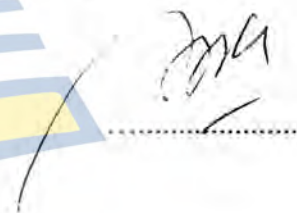
Dan telah dinyatakan **LULUS**

KOMISI PENGUJI TAPM

Ketua Komisi Penguji : Suciati, M.Sc., Ph.D



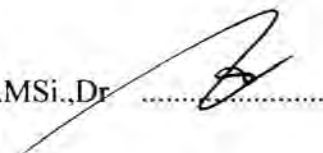
Penguji Ahli : Prof. Dr. Azhar Kasim, MPA



Pembimbing I : Lenny Magdalena Tomunu, SU., Dr



Pembimbing II : Liestyodono B. Irianto, Drs.,MSi.,Dr



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis ucapkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang senantiasa melimpahkan berkat dan rahmat-Nya kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir Program Magister dengan judul “Pengaruh Karakteristik Individu dan Motivasi Terhadap Kinerja Pengelola Obat Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur”, dalam penyelesaian penulisan ini, penulis banyak mendapat bantuan dan arahan dari berbagai pihak, terutam dari Dosen Tatap Muka dan Tutorial Online serta reka-rekan sesama Mahasiswa Program Studi Magister Administrasi Publik Kelas Belajar Waingapu, dengan kesungguhan hati untuk saling berdiskusi dan saling membantu dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini. Melalui kesempatan ini juga penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Rektor Universitas Terbuka yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melanjutkan studi pada lembaga ini.
2. Kepala UPBJJ Kupang atas semua dukungan kepada penulis dalam setiap tahapan proses studi hingga penyelesaian penulisan tesis ini.
3. Ibu DR. Lenny Magdalena Tomunu, SU, dan DR. Drs. Liestyodono B.Irianto, M.Si, selaku Pembimbing I dan Pembimbing II dalam penulisan Tesis ini, yang telah banyak memberikan kritikan dan saran serta masukan sehingga kesempurnaan hasil penulisan Tesis.
4. Bapak dan Ibu Staf Pengajar di Fakultas Pascasarjana Universitas Terbuka, yang telah banyak memberikan bekal teori yang bermanfaat bagi penulis. Bapak dan Ibu Pengelola Universitas Terbuka UPBJJ Kupang yang telah memberikan pelayanan terbaik selama pembelajaran penulis.

5. Bapak Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Timur beserta Staf yang telah memberikan informasi dan data kepada penulis. Rekan-rekan Program Magister Administrasi Publik Angkatan I Pokjar Waingapu yang telah mendukung dan bekerjasama dalam penyelesaian studi.
 6. Rekan-rekan seperjuangan Program Magister Administrasi Publik Kelompok Belajar Waingapu.
 7. Kedua orangtua tercinta (Drs Umbu Djima dan Ny. Raddi Ora) serta kakak-kakakku tercinta (Rambu Kuba Yowi, SE dan Ir. Melanton Umbu Sulung, M.Si, Drs. Victor Umbu Sulung dan Grace Weru Ora, S.Si, Dra. Rambu Kareri Emu, M.Si dan Ondy Christian Siagian, SE, M.Si, Umbu Kulli Walangara, Umbu Deki Sipul, SP, Ary Moto Dunga, S.Hut dan Cherryl Mateos, S.Par) yang selalu mengiringi dengan doa.
 8. Yang terkasih Umbu Raing Ndamunamu, ST yang selalu mendukung penulis sehingga dapat menyelesaikan tesis ini.
 9. Teman-teman sejawat yang telah banyak memberikan dorongan dan bantuan sehingga selesainya penyusunan tesis ini.
- Penyusun berharap semoga tesis ini dapat memberikan manfaat baik bagi penyusun sendiri maupun pembaca yang berkenan mempelajarinya. Penyusun menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, dan tentunya masih banyak terdapat kekurangan. Untuk itu kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan.

Waingapu, Januari 2015

Rambu M.R.K.U Djima

DAFTAR ISI

Abstrak.....	i
Lembar Persetujuan TAPM.....	iii
Lembar Pengesahan.....	iv
Kata Pengantar.....	v
Daftar Isi.....	vii
Daftar Tabel.....	x
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Lampiran.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Perumusan Masalah.....	11
C. Tujuan Penelitian.....	11
D. Manfaat Penelitian.....	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	13
A. Penelitian Terdahulu.....	13
B. Kajian Teoritik.....	14
C. Kerangka Berpikir.....	48
D. Pokok Bahasan.....	49
E. Hipotesis.....	52

BAB III METODE PENELITIAN	48
A. <i>Desain Penelitian</i>	53
B. <i>Populasi dan Sampel</i>	53
C. <i>Prosedur Pengumpulan Data</i>	54
D. <i>Metode Analisis Data</i>	55
BAB IV TEMUAN DAN PEMBAHASAN	55
A. <i>Deskripsi Lokasi Penelitian</i>	55
B. <i>Temuan</i>	77
C. <i>Pembahasan</i>	92
D. <i>Deskripsi Hasil Penelitian</i>	111
E. <i>Keterbatasan Penelitian</i>	116
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	108
A. <i>Simpulan</i>	117
B. <i>Saran</i>	118
DAFTAR PUSTAKA	120
LAMPIRAN	124
A. KUESIONER	
B. TABULASI DATA PENELITIAN	
C. TABEL FREKUENSI	
D. HASIL UJI VALIDITAS	
E. UJI RELIABILITAS	

- F. HASIL UJI AUTOKORELASI
- G. HASIL UJI MULTIKOLONIERITAS
- H. UJI HETEROSKEDASTISITAS (Uji Visual dengan mengamati grafik Scatterplot)
- I. UJI HETEROSKEDASTISITAS (Uji statistik menggunakan uji Glejser)
- J. HASIL UJI NORMALITAS REGRESI
- K. ANALISIS REGRESI LINEAR BERGANDA
- L. PENGUJIAN HIPOTESIS
- M. UJI SIGNIFIKANSI SIMULTAN



DAFTAR TABEL

1.1	Penilaian Terhadap Sistem Pengadaan Obat.....	9
1.2	Penilaian Terhadap Sistem Penyimpanan Obat.....	9
1.3	Penilaian Terhadap Sistem Pendistribusian Obat.....	9
1.4	Penilaian Terhadap Sistem Pengendalian Obat.....	10
4.1	Jenis dan Jumlah Tenaga Kesehatan di Dinas Kesehatan.....	65
4.2	Distribusi Responden berdasarkan Pendidikan Petugas..... Pengelola Obat Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur	78
4.3	Distribusi Responden berdasarkan Uraian Pengetahuan..... Petugas Pengelola Obat Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur	79
4.4	Distribusi Kategori Pengetahuan Pengelolaan Obat..... Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur	82
4.5	Distribusi Responden berdasarkan Lama Kerja Petugas..... Pengelola Obat Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur	82
4.6	Distribusi Responden berdasarkan Tanggung Jawab.....	84
4.7	Distribusi Responden berdasarkan Kategori Tanggung..... Jawab Pengelola Obat	86
4.8	Distribusi Responden berdasarkan Pengakuan dari orang.... lain	87
4.9	Distribusi Responden berdasarkan Kategori Pengakuan dari orang lain dalam Pengelolaan Obat	89
4.10	Distribusi Responden berdasarkan Uraian Kinerja..... Pengelola Obat	90
4.11	Distribusi Responden berdasarkan Kinerja Pengelola Obat..	92

4.12	Hasil Uji Validitas dengan Korelasi Person Item Pernyataan untuk variabel Pengetahuan (X_1).....	93
4.13	Hasil Uji Validitas dengan Korelasi Person Item Pernyataan untuk variabel Tanggung Jawab (X_2).....	94
4.14	Hasil Uji Validitas dengan Korelasi Person Item Pernyataan untuk variabel Pengakuan Orang Lain (X_3).....	94
4.15	Hasil Uji Validitas Variabel Y.....	96
4.16	Hasil Uji Reliabilitas.....	98
4.17	Hasil Uji Autokorelasi.....	99
4.18	Hasil Uji Multikolonieritas.....	100
4.19	Hasil Uji Normalitas (One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test).....	101
4.20	Hasil Uji Heteroskedastisitas.....	104
4.21	Analisis Regresi Linear Berganda.....	105
4.22	Hasil Uji t.....	108
4.23	Rangkuman Hasil Regresi (Uji F).....	110

DAFTAR GAMBAR

2.1	Keterkaitan Karakteristik Individu dengan Kinerja Pengelola Obat.	18
2.2	Keterkaitan Motivasi dengan Kinerja Pengelola Obat.....	32
2.3	Diagram Skematis Teori Perilaku dan Kinerja menurut Gibson....	37
2.4	Kerangka Konsep Penelitian.....	49



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Kuesioner Penelitian.....	1
Lampiran 2	Tabulasi Data Penelitian.....	7
Lampiran 3	Tabel Frekuensi.....	8
Lampiran 4	Hasil Uji Validitas.....	13
Lampiran 5	Hasil Uji Reliabilitas.....	13
Lampiran 6	Hasil Uji Autokorelasi.....	14
Lampiran 7	Hasil Uji Multikolonieritas.....	14
Lampiran 8	Uji Heterokedastisitas (Uji visual dengan mengamati... grafik scatterplot)	15
Lampiran 9	Uji Heterokedastisitas (Uji statistik menggunakan uji... Glejser)	15
Lampiran 10	Hasil Uji Normalitas Regresi.....	16
Lampiran 11	Analisis Regresi Linear Berganda.....	16
Lampiran 12	Pengujian Hipotesis.....	17
Lampiran 13	Uji Signifikansi Simultan.....	17

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional. Dalam undang-undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 menyatakan bahwa pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang, agar terwujud kesehatan yang optimal sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dari tujuan pembangunan kesehatan nasional. Untuk mencapai tujuan tersebut, diselenggarakan upaya-upaya melalui sumber daya organisasi yang bersifat menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan.

Program pembangunan kesehatan nasional mencakup lima aspek Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD) yaitu bidang: Promosi Kesehatan, Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Ibu dan Anak termasuk Keluarga Berencana, Pemberantasan Penyakit Menular dan Pengobatan. Untuk dapat melaksanakan Pelayanan Kesehatan Dasar khususnya bidang pengobatan, ketersediaan obat perlu dikelola dengan baik dalam organisasi pelayanan kesehatan di masing-masing daerah (Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1412/Menkes/SK/XI/2002). Pembangunan kesehatan di era Otonomi Daerah (OTDA) telah menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah (Kabupaten/Kota) dan daerah harus bisa mengatur daerahnya sendiri, termasuk memenuhi kebutuhan obat. Upaya untuk memenuhi kebutuhan obat diperlukan pengelolaan dan perencanaan yang baik. Dalam hal ini selaku pelaksana teknis bidang pembangunan kesehatan di daerah adalah Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Dengan diberlakukannya Otonomi Daerah setiap

Kabupaten/Kota mempunyai struktur dan kebijakan sendiri dalam pengelolaan obat, selanjutnya pengelola obat Kabupaten/Kota disebut dengan “Unit Pengelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan (UPOPPK) Kabupaten/Kota” (Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 1426/Menkes/SK/XI/2002).

Pengelolaan obat merupakan hal yang sangat penting dalam mendukung pelaksanaan sistem pelayanan kesehatan di tingkat Kabupaten/Kota. Pengelolaan obat adalah suatu rangkaian kegiatan yang menyangkut aspek perencanaan/seleksi, pengadaan, distribusi, dan penggunaan obat dengan memanfaatkan sumber-sumber yang ada. (Badan POM, 2001). Pengelolaan obat merupakan salah satu pendukung penting dalam pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas, oleh karena itu pengembangan dan penyempurnaan pengelolaan obat di Kabupaten/Kota harus dilakukan secara terus menerus. Hal ini perlu dilakukan agar dapat mendukung kualitas pelayanan kesehatan dasar yang merupakan kebutuhan masyarakat yang semakin meningkat.

Obat berbeda dengan komoditas perdagangan lainnya, karena obat mempunyai fungsi sosial yang merupakan salah satu komponen yang tak tergantikan dalam pelayanan kesehatan, obat merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan masyarakat oleh karena itu harus dijamin ketersediaannya dalam jumlah dan jenis yang cukup sesuai dengan kebutuhan pola penyakit, tepat waktu, merata dan berkesinambungan. Akses terhadap obat terutama obat esensial merupakan salah satu hak azasi manusia. Dengan demikian penyediaan obat esensial merupakan kewajiban bagi pemerintah dan lembaga pelayanan kesehatan baik publik maupun swasta (Depkes RI, 2006).

Sumber daya manusia yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan tersebut adalah keberadaan petugas atau pengelola obat yang terampil dalam rangka memenuhi kebutuhan obat publik yang akurat dan realibel guna memenuhi kebutuhan obat publik dalam suatu wilayah kerja organisasi. Salah satu organisasi yang dimaksud dalam hal ini adalah Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Seseorang yang ditempatkan sebagai petugas pengelola obat di puskesmas dimana yang bersangkutan melakukan pekerjaan sesuai dengan keahlian dan ketrampilannya yaitu seorang tenaga farmasi sehingga pegawai tersebut akan cenderung bergairah bekerja, berperilaku tambah dan berusaha memberikan sumbangannya yang paling maksimal, kearah pencapaian tujuan organisasi.

Menurut Depkes RI (1990), Puskesmas merupakan unit organisasi pelayanan kesehatan terdepan yang mempunyai misi sebagai pusat pengembangan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu yang memberikan pelayanan promotif (peningkatan), preventif (pencegahan), rehabilitatif (pemulihan kesehatan) dan kuratif (pengobatan) melalui salah satu kegiatan pokok, yaitu memberikan pelayanan pengobatan.

Manajemen pengelolaan obat merupakan salah satu aspek penting di puskesmas, karena ketidakefisiensi akan memberikan dampak negatif terhadap biaya operasional Puskesmas itu sendiri, sedangkan ketersediaan obat setiap saat menjadi tuntutan dalam pelayanan kesehatan dan hal ini merupakan indikator kinerja Puskesmas secara keseluruhan. Tujuan manajemen obat adalah tersedianya obat setiap saat dibutuhkan baik mengenai jenis, jumlah maupun kualitas secara efektif dan efisien, tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan (Depkes RI, 2004). Puskesmas pada hakekatnya mempunyai tugas pokok

menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar yang bermutu, terjangkau oleh masyarakat dan sebagai motor pembangunan kesehatan di daerah kerjanya, sedangkan pelayanan yang dilakukan secara garis besar terdiri dari pelayanan medik dan pelayanan kefarmasian. Pelayanan kefarmasian merupakan pelayanan penunjang untuk membantu mencapai penyediaan obat yang bermutu, tersedia dalam jumlah yang cukup, mudah didapat dengan harga yang terjangkau (Wurjati, 2005).

Proses perencanaan kebutuhan obat diawali dari data yang disampaikan petugas pengelola obat menggunakan laporan pemakaian dan lembar permintaan obat (LPLPO), dimaksudkan agar pencatatan dan pelaporan obat di Puskesmas dapat berjalan dengan baik, memberi manfaat, memiliki tolak ukur penilaian dan evaluasi yang jelas, karena dalam pelaksanaan di lapangan aktifitas pencatatan dan pelaporan ini merupakan bagian tugas dari pengelola obat Puskesmas dan faktor yang paling berhubungan dengan kinerja petugas pengelola obat Puskesmas dalam pengelolaan obat di Puskesmas. Agar pengelolaan obat sesuai dengan tujuan diatas, maka perlu dilakukan bimbingan teknis pengelolaan obat publik dan perbekalan kesehatan secara terus-menerus yang berdampak semakin meningkatnya kinerja petugas pengelola obat pada pelayanan kesehatan dasar, terutama pelayanan obat, sehingga masyarakat pengguna jasa kesehatan akan mendapatkan pelayanan yang sebaik-baiknya sesuai dengan standar yang ditetapkan.

Pentingnya ketersediaan obat di Puskesmas melalui sistem pengelolaan yang baik terkait dengan fungsi Puskesmas sebagai sarana pelayanan medik dasar yang lebih mengutamakan pelayanan, kuratif dan rehabilitatif dengan

pendekatan individu dan keluarga pada umumnya melalui upaya rawat jalan dan rujukan (Depkes RI, 2004). Hal yang tidak mungkin lepas dari program pengobatan ini tentu saja obat itu sendiri. Suatu pengobatan hampir selalu menggunakan obat, namun jika pengelolaan terhadap obat ini tidak baik, maka yang terjadi adalah pemborosan dan ketidak efesiensian. Penelitian Sriana, dkk (2002), tentang kemampuan petugas menggunakan pedoman evaluasi pengelolaan dan pembiayaan obat di Provinsi Jawa Timur dan Provinsi Sumatera Barat, menyimpulkan bahwa pelatihan indikator evaluasi pengelolaan dan pembiayaan obat terhadap tenaga pengelola obat menunjukkan peningkatan pengetahuan secara bermakna pada pelatihan pertama dan pelatihan kedua. Peningkatan pengetahuan tenaga pengelola obat yang berpendidikan tinggi lebih baik dari pada petugas berpendidikan rendah.

Sesuai penelitian Purwanto (2008), bahwa perlu melakukan supervisi secara berkala terhadap pengelolaan logistik obat termasuk kepatuhan petugas kepada pedoman pengobatan. Penelitian Dewi (2006), menunjukkan salah satu upaya meningkatkan kinerja petugas di Rumah Sakit adalah dengan memberikan imbalan sesuai dengan beban kerja yang dilakukannya. Penelitian Mursyidah (2005), menyimpulkan mekanisme pengelolaan obat di Puskesmas perlu dirubah agar obat rutin dan program tersentralisir pada 1 unit pengelola obat sehingga semua obat bisa tercatat dan dilaporkan dengan baik.

Melaksanakan pengelolaan obat di Puskesmas telah ditetapkan unit pengelola obat dengan Tugas Pokok dan Fungsi (TUPOKSI) di Puskesmas adalah:

1. Petugas menerima obat dari Gudang Farmasi Kabupaten sesuai amprahan/slip penerimaan obat.

2. Petugas menyimpan obat sesuai dengan bentuk sediaan, kelas terapi, abjad nama obat dengan memperhatikan waktu kadaluarsa (bila ada).
3. Petugas mencatat per jenis obat dalam kartu stok obat
4. Petugas mendistribusikan obat ke unit pelayanan sesuai dengan permintaan.
5. Petugas mencatat obat yang didistribusikan ke unit pelayanan ke dalam buku register harian.
6. Petugas membuat LPLPO setiap akhir bulan.

Menurut Taufik (2008), pengelolaan obat diawali dengan perencanaan yang berupa perhitungan kebutuhan obat, kemudian dilanjutkan dengan pengadaan dan penyimpanan. Obat yang disimpan didistribusikan untuk digunakan oleh pasien. Petugas yang mampu melaksanakan pengelolaan obat dengan baik, tentunya harus memiliki karakteristik seperti pendidikan, pengetahuan dan pengalaman (lama kerja) yang memadai, serta didukung sumber daya organisasi dan motivasi untuk mampu melaksanakan pengelolaan obat dengan baik. Menurut Gibson dalam Ilyas (2001) bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja antara lain: karakteristik individu dan motivasi. Dengan demikian dapat diasumsikan bahwa kinerja petugas pengelola obat di puskesmas dipengaruhi oleh karakteristik individu pengelola obat itu sendiri yang meliputi pendidikan, pengetahuan dan lama kerja serta motivasi yang meliputi tanggung jawab dan pengakuan orang lain.

Pengelola obat sebagai Sumber Daya Manusia (SDM) dalam menjalankan pelayanan kesehatan di Puskesmas merupakan sumber daya yang sangat penting dan sangat dibutuhkan untuk mencapai kinerja yang optimal. Sebaliknya sumber daya manusia juga mempunyai berbagai macam kebutuhan yang ingin dipenuhinya. Keinginan untuk memenuhi kebutuhan inilah yang dipandang

sebagai pendorong atau penggerak bagi seseorang untuk melakukan sesuatu, termasuk melakukan pekerjaan atau bekerja. Manajemen Puskesmas sebagai suatu organisasi harus berupaya untuk mengetahui apa saja yang menjadi kebutuhan dan harapan karyawan untuk mendapatkan kinerjanya. Oleh karena itu, manajemen perlu memberikan balas jasa yang sesuai dengan kontribusi mereka. Salah satu pendorong atau rangsangan agar karyawan dapat meningkatkan kinerjanya dengan baik dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan adalah melalui pemberian motivasi.

Menurut pendapat Herzberg dalam Hasibuan (2013), bahwa motivasi bekerja seseorang dipengaruhi oleh ketersediaannya faktor *job content* yang meliputi pencapaian prestasi, pengakuan pekerjaannya, tanggung jawab dan pengembangan potensi individu, dan faktor *job coontent* yang meliputi gaji, kondisi kerja, hubungan antar pribadi, kebijaksanaan dan administrasi perusahaan serta kualitas supervisi.

Masalah manajemen logistik obat yang ada di Puskesmas Kabupaten Sumba Timur saat ini adalah Puskesmas dalam melakukan perencanaan kebutuhan obat belum sesuai dengan kebutuhan sesungguhnya, tingkat ketersediaan obat masih belum sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan, karena masih terjadi kekosongan atau kekurangan obat di satu sisi dan terjadi kelebihan obat di sisi yang lain. Pada tahap penyimpanan obat digudang obat puskesmas, masih ada beberapa puskesmas yang belum menggunakan sistem FIFO (*First In First Out*) dan FEFO (*First Expired First Out*) dalam penyimpanan. Pengisian kartu stok tidak dilakukan rutin setiap hari, sehingga menyebabkan perbedaan antara fisik obat dengan kartu stok obat.

Menurut petugas pengelola obat di Puskesmas mengalami permasalahan dalam ketersediaan obat, dimana sering obat yang tersedia tidak mencukupi (jenis dan jumlah) sehingga masalah pendistribusian, permintaan obat dari Puskesmas Pembantu sering tidak dapat dilayani sepenuhnya karena obat tidak mencukupi untuk Puskesmas induk.

Kinerja petugas pengelola obat Puskesmas merupakan salah satu faktor penting dalam pelayanan kesehatan puskesmas. Pengukuran kinerja petugas pengelola obat dapat dilihat dari Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat (LPLPO) yang merupakan validiter data yang akurat dan tepat waktu. Penilaian kinerja pengelola obat dapat diketahui melalui mekanisme pengiriman LPLPO ke Gudang Farmasi Kabupaten (GFK) setiap bulannya, keterlambatan pengiriman dari batas waktu yang disepakati dan dari kesalahan pengisian LPLPO.

Kinerja petugas pengelola obat sangat menentukan keberhasilan dalam pengelolaan obat di Puskesmas. Distribusi obat yang efektif memiliki desain sistem dan manajemen yang baik dengan cara antara lain menjaga suplai obat tetap konstan mempertahankan mutu obat yang baik setelah proses distribusi, meminimalkan obat yang mubazir karena rusak atau kadaluarsa, memiliki catatan distribusi yang akurat untuk memperkirakan kebutuhan obat pada saat pengadaan obat.

Dari survei yang dilakukan, berikut hasil penelitian terhadap sistem pengadaan, penyimpanan, pendistribusian dan pengendalian obat pada 22 Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur terlihat pada tabel 1.1 s.d tabel 1.4.

Tabel 1.1
Penilaian Terhadap Sistem Pengadaan Obat

No.	Instrumen Penilaian	Puskesmas	
		Ya	Tidak
1.	Permintaan obat melalui LPLPO yang telah disediakan	22	0
2.	Permintaan obat dihitung berdasarkan Stok Optimum	17	5
3.	Tersedia Buku Catatan Penerimaan Obat	18	6
4.	Dimasukkan ke dalam Kartu Stok per Penerimaan per Obat	17	5
5.	Arsip LPLPO Puskesmas disusun lengkap per Tahun	22	0
6.	Arsip SBBK dari Instalasi Farmasi disusun lengkap per Tahun	17	5

Tabel 1.2
Penilaian Terhadap Sistem Penyimpanan Obat

No.	Instrumen Penilaian	Puskesmas	
		Ya	Tidak
1.	Ada catatan obat rusak/exp.date	22	0
2.	Obat disusun secara Alphabet dan bentuk sediaan	22	0
3.	Obat disusun dengan sistem FIFO dan FEFO	16	6
4.	Obat disusun pada rak/lemari penyimpanan	21	1
5.	Vaksin dan Supositoria disimpan dalam lemari pendingin	22	0

Tabel 1.3
Penilaian Terhadap Sistem Pendistribusian Obat

No.	Instrumen Penilaian	Puskesmas	
		Ya	Tidak
1.	Tersedia Buku Catatan Pengeluaran Obat ke Sub Unit	15	7
2.	Arsip LPLPO Sub Unit beserta kelengkapan (KO, KS, BP, Gizi, KIA, Pusling, dll)	15	7
3.	Arsip SBBK dari Puskesmas ke Sub Unit disusun lengkap	0	22

Tabel 1.4
Penilaian Terhadap Sistem Pengendalian Obat

No.	Instrumen Penilaian	Puskesmas	
		Ya	Tidak
1.	Menentukan Stok Optimum	17	5
2.	Kesesuaian Kartu Stok dengan Pengeluaran	16	6
3.	Monitoring Peresepan Kesesuaian Penulisan Resep	15	7
4.	Penanganan Obat hilang, Obat rusak dan Expire Date	19	3

Berdasarkan Tabel 1.1 s.d Tabel 1.4, terlihat adanya indikasi yang menunjukkan petugas pengelola obat di Puskesmas belum mampu memberikan yang terbaik dalam memberikan pelayanan obat kepada masyarakat. Keadaan ini menunjukkan bahwa motivasi kerja pegawai masih rendah yaitu para pengelola obat belum bekerja sesuai dengan keinginan organisasi. Hal ini terjadi karena tupoksi dalam pengelolaan obat belum dapat memberikan suatu keyakinan akan terpenuhinya harapan dan kepentingan anggota pada saat tercapainya tujuan organisasi. Rendah motivasi kerja pegawai di Puskemas kemungkinan disebabkan oleh belum adanya kesadaran para pegawai kesehatan terhadap status pekerjaan sebagai fungsi pelayanan kesehatan.

Setidaknya ada 2 faktor yang mempengaruhi kinerja yaitu karakteristik individu dan motivasi. Seperti yang diutarakan Payaman J. Simanjuntak (2005), kinerja dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu faktor individu yang bersangkutan, dukungan organisasi dan dukungan manajemen. Mengingat dalam pengelolaan obat terdapat unsur *Plan* (merencanakan kebutuhan obat Puskesmas) – *Do* (melakukan permintaan kebutuhan obat kepada Gudang Farmasi Dinas Kesehatan) – *Act* (melakukan perbaikan jika terjadi suatu kesalahan), maka pengelola obat harus memiliki kinerja dalam hal pengelolaan obat Puskesmas.

B. Perumusan Masalah

Ketersediaan dan pendistribusian obat yang masih kurang pada beberapa Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur untuk pelayanan kesehatan masyarakat diasumsikan karena karakteristik individu dan motivasi dalam pengelolaan obat di Puskesmas belum sesuai dengan yang dibutuhkan, maka permasalahan penelitian adalah:

1. Bagaimana pengaruh karakteristik individu (pendidikan, pengetahuan dan lama kerja) dan motivasi (tanggung jawab dan pengakuan orang lain) secara parsial terhadap kinerja petugas pengelola obat (perencanaan, pengadaan, distribusi dan penggunaan) di Puskesmas Kabupaten Sumba Timur.
2. Bagaimana pengaruh karakteristik individu (pendidikan, pengetahuan dan lama kerja) dan motivasi (tanggung jawab dan pengakuan orang lain) secara simultan terhadap kinerja petugas pengelola obat (perencanaan, pengadaan, distribusi dan penggunaan) di Puskesmas Kabupaten Sumba Timur.

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan perumusan masalah, maka yang menjadi tujuan penelitian adalah :

1. Untuk menganalisis pengaruh karakteristik individu (pendidikan, pengetahuan dan lama kerja) dan motivasi (tanggung jawab dan pengakuan orang lain) secara parsial terhadap kinerja petugas pengelola obat (perencanaan, pengadaan, distribusi dan penggunaan) di Puskesmas Kabupaten Sumba Timur.

2. Untuk menganalisis pengaruh karakteristik individu (pendidikan, pengetahuan dan lama kerja) dan motivasi (tanggung jawab dan pengakuan orang lain) secara simultan terhadap kinerja petugas pengelola obat (perencanaan, pengadaan, distribusi dan penggunaan) di Puskesmas Kabupaten Sumba Timur.

D. Manfaat Penelitian

1. Sebagai bahan masukan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Timur dalam upaya meningkatkan pengadaan obat di unit pelayanan kesehatan dasar Puskesmas.
2. Sebagai bahan masukan bagi petugas pengelola obat di Puskesmas dalam melakukan pengelolaan obat yang baik sesuai dengan kebutuhan.
3. Sebagai sarana dan wahana bagi peneliti dalam mengembangkan pengetahuan tentang kebijakan dalam pengelolaan obat di sarana pelayanan kesehatan dasar.
4. Untuk memberikan rekomendasi kebijakan kepada Pemerintah Daerah Kabupaten Sumba Timur agar merekrut dan menempatkan petugas pengelola obat di Puskesmas dengan latar belakang pendidikan Farmasi sesuai dengan keahlian dan ketrampilannya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Penelitian Terdahulu

Menurut hasil penelitian Suwita (2001) tentang pengaruh variabel kemampuan dan memotivasi kerja terhadap petugas farmasi dalam pengelolaan obat dan Lembar Permintaan dan Laporan Penerimaan Obat (LPLPO) Puskesmas di Kabupaten Padang Pariaman Provinsi Sumatera Barat, menyimpulkan bahwa sebesar 76% petugas mempunyai kinerja baik dan 24% kurang. Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja petugas pengelola obat antara lain adalah pengetahuan, pendidikan dan supervisi.

Penelitian Hasanbasri, dkk (2006), tentang mutu pelayanan farmasi di puskesmas Kota Padang menyimpulkan bahwa mutu pelayanan farmasi di puskesmas Kota Padang belum baik yaitu tidak diberikannya informasi saat penyerahan obat kepada pasien, adanya pengurangan jumlah obat sesuai resep yang diberikan kepada pasien, kurang lengkapnya label yang dicantumkan pada kemasan obat pasien, informasi yang diberikan oleh petugas tentang obat tidak lengkap.

Dari kedua penelitian sebelumnya diatas yang menjadi perbedaan dalam penelitian ini adalah memasukkan variabel karakteristik individu dan motivasi sebagai variabel bebas (independen) yang diduga akan berpengaruh terhadap kinerja pengelola obat di Puskesmas.

B. Kajian Teoritik

1. Karakteristik Individu

Karakteristik Individu adalah ciri tertentu dari individu untuk dibedakan antara satu dengan yang lainnya, baik dalam hal sikap maupun perilaku. Dapat dikatakan juga bahwa faktor individu merupakan sesuatu yang terlihat pada diri individu yang membedakannya dengan individu lainnya, baik itu dilihat dari faktor demografi maupun faktor psikologi. Robbins (1996:78) mengemukakan bahwa: beberapa faktor individu terdiri dari demografi yang meliputi usia, jenis kelamin, status perkawinan, banyaknya tanggung jawab, pengalaman dan masa kerja, jumlah keluarga, kedudukan dalam hal tingkat pendidikan dan status pekerjaan. Sedangkan dari sisi psikologi, meliputi minat dan hubungan antar karyawan sikap dan sifat, tanggung jawab dan keahlian.

a. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu jenjang pendidikan formal yang ditempuh seseorang sampai mendapatkan sertifikat kelulusan/ ijazah, baik itu pendidikan dasar, menengah maupun pendidikan tinggi. Pendidikan sebagai suatu proses atau kegiatan untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan individu atau masyarakat. Ini berarti bahwa pendidikan adalah suatu usaha pembentukan watak yaitu nilai dan sikap disertai dengan kemampuan dalam bentuk kecerdasan, pengetahuan dan keterampilan.

Pendidikan mempunyai peranan penting dalam pembentukan sikap dan perilaku seseorang. Sikap dari perilaku seseorang, semakin tinggi tingkat pendidikan maka transformasi pengetahuan, teknologi dan budaya yang sifatnya pembaharuan akan mudah dan cepat diterima. Pendidikan

sebagai suatu proses atau kegiatan untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan individu atau masyarakat. Ini berarti bahwa pendidikan adalah suatu pembentukan watak yaitu sikap disertai kemampuan dalam bentuk kecerdasan, pengetahuan dan keterampilan. Tingkat pendidikan juga sangat menentukan daya nalar seseorang yang lebih baik sehingga memungkinkan untuk menyerap informasi-informasi juga dapat berfikir secara rasional dalam menanggapi informasi atau setiap masalah yang dihadapi.

Peran farmasi (AA) di Puskesmas dapat memberikan manfaat yang sangat besar terhadap pengelolaan dan penggunaan obat di Puskesmas. Hasil penelitian Sriana A, dkk (2002), menunjukkan ada hubungan tingkat pendidikan dengan kemampuan pengelolaan obat. Tingkat pendidikan pengelola obat yang berpendidikan farmasi (AA) lebih tinggi dari pada yang latar pendidikannya non farmasi dalam pengelolaan obat di Puskesmas dan Puskesmas Pembantu.

b. Pengetahuan

Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui mengenai hal sesuatu, pengetahuan merupakan hasil dari tahu. Dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap sesuatu objek tertentu, penginderaan melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman dan rasa raba. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Namun perlu ditekankan bahwa seseorang yang berpendidikan rendah

tidak berarti mutlak berpengaruh rendah pula.

Pengetahuan/kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*over behaviour*). Sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yakni: *awarness* (kesadaran) dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui lebih dahulu terhadap stimulus (objek), *interest*, dimana orang mulai tertarik pada stimulus, *evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya dan *trial*, dimana seseorang telah mencoba berperilaku baru (adaption), dimana seseorang telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya dengan stimulus.

Hasil penelitian Sriana A, dkk (2002), menunjukkan tingkat pengetahuan tentang kebutuhan obat pada petugas pengelola obat berhubungan dengan kemampuan dalam pengelolaan pengadaan obat di Puskesmas. Notoatmodjo (2002), mengemukakan bahwa penilaian pengetahuan dapat dikategorisasi menjadi 3 yaitu sebagai berikut :

1. Tinggi, apabila $> 75\%$ responden memberikan jawaban yang benar terhadap pertanyaan yang diajukan, atau dengan kata lain bahwa apabila jumlah jawaban responden yang benar diatas 75% maka dikategorikan memiliki pengetahuan tinggi.
2. Sedang, apabila 40% - 75% responden memberikan jawaban yang benar atas pertanyaan yang diajukan, atau dengan kata lain bahwa apabila jumlah jawaban responden yang benar antara 40% - 75% maka dikategorikan memiliki pengetahuan sedang.

3. Rendah, apabila 40% responden memberikan jawaban yang benar terhadap pernyataan yang diajukan atau dengan kata lain bahwa apabila jumlah jawaban responden yang benar dibawah 40%, maka dikategorikan memiliki pengetahuan rendah.

c. Lama Kerja

Lama kerja merupakan pengalaman individu yang menentukan pertumbuhan dalam pekerjaan dan jabatan seperti yang diungkapkan oleh Andi Mappiare bahwa pertumbuhan jabatan dalam pekerjaan dapat dialami oleh seseorang hanya apabila dijalani proses belajar dan berpengalaman dan diharapkan orang yang bersangkutan memiliki sikap kerja yang bertambah maju kearah positif. Memiliki kecakapan (pengetahuan kerja) yang bertambah baik serta memiliki keterampilan kerja yang bertambah dalam kualitas dan kuantitas.

Pengelola obat yang sudah lama bertugas diharapkan semakin baik perannya dalam pelaksanaan tugas, bila tidak didukung dengan pembinaan, pelatihan pengelolaan obat akan terjadi sebaliknya penurunan kinerja dalam penyelenggaraan kesehatan. Karena itu diupayakan pengelola obat dapat bertahan, tidak terlalu sering diganti dengan memberi dukungan baik moril maupun materil dari semua pihak. Untuk membantu pengelola obat yang pengalamannya masih kurang adalah dengan adanya pembinaan dari petugas secara rutin. Penelitian Sriana A, dkk (2002), menunjukkan makin lama seorang petugas pengelola obat bertugas di suatu unit pelayanan kesehatan seperti Puskesmas, maka semakin tinggi pengertian dan pemahamannya

mengenai pengelolaan obat.

Keterkaitan faktor individu (pendidikan, pengetahuan, dan lama kerja) dengan kinerja petugas pengelola obat di Puskesmas dapat dirumuskan dalam suatu skema sebagai berikut:

a. Pendidikan

Tingkat pendidikan tenaga petugas pengelola obat Puskesmas adalah petugas yang mempunyai latar belakang pendidikan farmasi, seperti Sekolah Menengah Farmasi (SMF). Penelitian Sriana, Herman dan Mun'im (2002), bahwa di Provinsi Jawa Timur dan Provinsi Sumatera Barat sebesar 91,5% berpendidikan SMF, sehingga dalam mengikuti pelatihan tentang pengelolaan obat, mampu memahami materi dengan baik.

b. Pengetahuan

Tingkat pengetahuan petugas dalam pengelolaan obat sangat menentukan kualitas pelayanan obat yang dilakukan kepada pasien. Hasil penelitian Sriana, dkk (2002), menunjukkan peningkatan pengetahuan tenaga petugas pengelola obat yang berpendidikan farmasi lebih tinggi dari pada yang bukan berpendidikan farmasi di Provinsi Jawa Timur dan Provinsi Sumatera Barat.

c. Lama Kerja

Lama kerja petugas pengelola obat mempengaruhi kemampuan petugas dalam kegiatan pengelolaan obat. Hasil penelitian Sriana, dkk (2002), menunjukkan tenaga petugas pengelola obat di Provinsi Jawa Timur dan Provinsi Sumatera Barat sebesar 48,1% lama kerja 6-10 tahun dan 24,1% lama kerja 11-15 tahun.

**Kinerja
Pengelola
Obat**

- Perencanaan
- Pengadaan
- Distribusi
- Penggunaan

Gambar 2.1 Keterkaitan Karakteristik Individu dengan Kinerja Pengelola Obat

2. Faktor Motivasi

Hasibuan (2013), motivasi berasal dari kata Latin “*movere*” yang berarti dorongan atau menggerakkan. Motivasi adalah suatu perangsang keinginan dan daya penggerak kemampuan bekerja seseorang. Dijelaskan perbedaan antara keinginan dan kebutuhan, yaitu keinginan dari setiap orang berbeda karena dipengaruhi oleh selera, latar belakang dan lingkungannya sedangkan kebutuhan semua orang adalah sama. Sebagai contoh semua orang butuh makan tapi jenis makanan yang diinginkan tidak selalu sama tergantung pada selera masing-masing individu, sehingga dapat menyulitkan manajer untuk memberikan alat motivasi yang tepat bagi setiap individu bawahannya. Motivasi (*motivation*) dalam manajemen hanya ditujukan kepada sumber daya manusia umumnya dan bawahan khususnya. Motivasi mempersoalkan bagaimana caranya mengarahkan daya dan potensi bawahan agar mau bekerjasama secara produktif berhasil mencapai dan mewujudkan tujuan yang telah ditentukan. Sperling dalam Mangkunegara (2002), mengemukakan bahwa motivasi sebagai suatu kecenderungan untuk beraktivitas, mulai dari dorongan dalam diri (*drive*) dan diakhiri dengan penyesuaian diri dan terbentuk dari sikap seorang pegawai dalam menghadapi situasi kerja yang menggerakkan diri pegawai yang terarah untuk mencapai tujuan organisasi.

Gibson *et.al* (1996), menyatakan bahwa motivasi atau dorongan kepada karyawan untuk bersedia bekerjasama demi tercapainya tujuan bersama atau tujuan perusahaan ini terdapat dua macam yaitu: (a) motivasi finansial yaitu dorongan yang dilakukan dengan memberikan imbalan finansial kepada karyawan. Imbalan tersebut sering disebut insentif; dan (b) motivasi non

finansial yaitu dorongan yang diwujudkan tidak dalam bentuk finansial akan tetapi berupa hal-hal seperti pujian, penghargaan, pendekatan manusiawi dan lain sebagainya. Menurut Nawawi (2003), kata motivasi (*motivation*) kata dasarnya adalah motif (*motive*) yang berarti dorongan, sebab atau alasan seseorang melakukan sesuatu. Dengan demikian motivasi berarti suatu kondisi yang mendorong atau menjadikan seseorang melakukan suatu perbuatan/kegiatan, yang berlangsung secara sadar yang menimbulkan sikap perilaku, semangat dan gairah kerja untuk melaksanakan suatu pekerjaan dengan maksud untuk memenuhi kebutuhan dan kepuasan serta keseimbangan. Sedangkan menurut Sedarmayanti (2001), motivasi dapat diartikan sebagai daya pendorong (*driving force*) yang menyebabkan orang berbuat sesuatu atau diperbuat karena takut akan sesuatu. Misalnya ingin naik pangkat atau naik gaji, maka perbuatannya akan menunjang pencapaian keinginan tersebut.

Berdasarkan pendapat para ahli diatas dapat disimpulkan bahwa motivasi adalah suatu kekuatan yang dapat memberikan rangsangan atau dorongan serta semangat kerja kepada pegawai sehingga dapat mengubah perilaku pribadi orang tersebut dan menggambarkan tujuan untuk meningkatkan produktivitas kerja. Motif merupakan suatu dorongan kebutuhan dari dalam diri petugas yang perlu dipenuhi agar petugas tersebut dapat menyesuaikan diri terhadap lingkungannya, sedangkan motivasi adalah kondisi yang menggerakkan petugas agar mampu mencapai tujuan dari motifnya.

Teori tentang motivasi yang dikemukakan di atas sebagai berikut :

a. Teori Hirarki Kebutuhan dari Abraham Maslow

Hal yang tidak dapat dipungkiri bahwa mayoritas manusia bekerja adalah disebabkan adanya kebutuhan yang relatif tidak terpenuhi yang disebabkan adanya faktor keterbatasan manusia itu sendiri, untuk memenuhi kebutuhannya itu manusia bekerjasama dengan orang lain dengan memasuki suatu organisasi. Hal ini yang menjadi dasar bagi Maslow dengan mengemukakan teori hirarki kebutuhan sebagai salah satu sebab timbulnya motivasi pegawai. Maslow mengemukakan bahwa manusia termotivasi untuk memenuhi kebutuhan yang ada didalam hidupnya, diantaranya:

- 1) Kebutuhan fisiologi, yaitu pakaian, perumahan, makanan, seks (disebut kebutuhan paling dasar).
- 2) Kebutuhan keamanan, keselamatan, perlindungan, jaminan pensiun, asuransi kecelakaan, dan asuransi kesehatan.
- 3) Kebutuhan sosial, kasih sayang, rasa memiliki, diterima dengan baik, persahabatan.
- 4) Kebutuhan penghargaan, status, titel, simbol-simbol, promosi.
- 5) Kebutuhan aktualisasi diri, menggunakan kemampuan, *skill*, dan potensi.

Pada dasarnya manusia tidak pernah puas pada tingkat kebutuhan manapun, tetapi untuk memunculkan kebutuhan yang lebih tinggi perlu memenuhi tingkat kebutuhan yang lebih rendah terlebih dahulu. Dalam usaha untuk memenuhi segala kebutuhannya tersebut seseorang akan

berperilaku yang dipengaruhi atau ditentukan oleh pemenuhan kebutuhannya (Mangkunegara, 2002).

b. Teori Dua Faktor dari Herzberg.

Teori dua faktor dikembangkan oleh Frederick Herzberg yang merupakan pengembangan dari teori hirarki kebutuhan menurut Maslow. Teori Herzberg memberikan dua kontribusi penting bagi pimpinan organisasi dalam memotivasi karyawan. Pertama, teori ini lebih eksplisit dari teori hirarki kebutuhan Maslow, khususnya mengenai hubungan antara kebutuhan dalam performa pekerjaan. Kedua, kerangka ini membangkitkan model aplikasi, pemerikayaan pekerjaan (Leidecker dan Hall dalam Timpe, 2002).

Berdasarkan hasil penelitian terhadap akuntan dan ahli teknik Amerika Serikat dari berbagai Industri, Herzberg mengembangkan teori motivasi dua faktor. Menurut teori ini ada dua faktor yang mempengaruhi kondisi pekerjaan seseorang, yaitu faktor pemuas (*motivation factor*) yang disebut juga dengan *satisfier* atau *intrinsic motivation* dan faktor kesehatan (*hygienes*) yang juga disebut *disatisfier* atau *ekstrinsic motivation*. Teori Herzberg ini melihat ada dua faktor yang mendorong karyawan termotivasi yaitu faktor intrinsik, merupakan daya dorong yang timbul dari dalam diri masing-masing orang dan faktor ekstrinsik, yaitu daya dorong yang datang dari luar diri seseorang, terutama dari organisasi tempatnya bekerja.

Jadi petugas yang terdorong secara intrinsik akan menyenangi pekerjaan yang memungkinkannya menggunakan kreativitas dan

inovasinya, bekerja dengan tingkat otonomi yang tinggi dan tidak perlu diawasi dengan ketat. Kepuasan disini terutama tidak dikaitkan dengan perolehan hal-hal yang bersifat materi. Sebaliknya, mereka yang lebih terdorong oleh faktor-faktor ekstrinsik cenderung melihat kepada apa yang diberikan oleh organisasi kepada mereka dan kinerjanya diarahkan kepada perolehan hal-hal yang diinginkannya dari organisasi (Siagian, 2014).

Dari teori Herzberg tersebut, uang/gaji tidak dimasukkan sebagai faktor motivasi dan ini mendapat kritikan dari para ahli. Pekerjaan kerah biru sering kali dilakukan oleh mereka bukan karena faktor intrinsik yang mereka peroleh dari pekerjaan itu, tetapi karena pekerjaan itu dapat memenuhi kebutuhan dasar mereka.

Faktor-faktor motivasi dua faktor Herzberg dalam Hasibuan (2013), yang disebut faktor intrinsik meliputi :

a. Tanggung jawab (*Responsibility*).

Setiap orang ingin diikuti sertakan dan ingin diakui sebagai orang yang berpotensi, dan pengakuan ini akan menimbulkan rasa percaya diri dan siap memikul tanggung jawab yang lebih besar.

b. Prestasi yang diraih (*Achievement*)

Setiap orang menginginkan keberhasilan dalam setiap kegiatan. Pencapaian prestasi dalam melakukan suatu pekerjaan akan menggerakkan yang bersangkutan untuk melakukan tugas-tugas berikutnya.

c. Pengakuan orang lain (*Recognition*)

Pengakuan terhadap prestasi merupakan alat motivasi yang cukup ampuh, bahkan bisa melebihi kepuasan yang bersumber dari kompensasi.

d. Pekerjaan itu sendiri (*The work it self*)

Pekerjaan itu sendiri merupakan faktor motivasi bagi pegawai untuk berforma tinggi. Pekerjaan atau tugas yang memberikan perasaan telah mencapai sesuatu, tugas itu cukup menarik, tugas yang memberikan tantangan bagi pegawai, merupakan faktor motivasi, karena keberadaannya sangat menentukan bagi motivasi untuk berforma tinggi.

e. Kemungkinan Pengembangan (*The possibility of growth*)

Karyawan hendaknya diberi kesempatan untuk meningkatkan kemampuannya misalnya melalui pelatihan-pelatihan, kursus dan juga melanjutkan jenjang pendidikannya. Hal ini memberikan kesempatan kepada karyawan untuk tumbuh dan berkembang sesuai dengan rencana kariernya yang akan mendorongnya lebih giat dalam bekerja.

f. Kemajuan (*Advancement*)

Peluang untuk maju merupakan pengembangan potensi diri seorang pegawai dalam melakukan pekerjaan, karena setiap pegawai menginginkan adanya promosi kejenjang yang lebih tinggi, mendapatkan peluang untuk meningkatkan pengalaman dalam bekerja. Peluang bagi pengembangan potensi diri akan menjadi motivasi yang kuat bagi pegawai untuk bekerja lebih baik.

Sedangkan yang berhubungan dengan faktor ketidakpuasan dalam bekerja menurut Herzberg dalam Luthans (2003), dihubungkan oleh faktor ekstrinsik antara lain:

a. Gaji

Tidak ada satu organisasi pun yang dapat memberikan kekuatan baru kepada tenaga kerjanya atau meningkatkan produktivitas, jika tidak memiliki sistem kompensasi yang realitis dan gaji bila digunakan dengan benar akan memotivasi pegawai.

b. Keamanan dan keselamatan kerja

Kebutuhan akan keamanan dapat diperoleh melalui kelangsungan kerja.

c. Kondisi kerja

Dengan kondisi kerja yang nyaman, aman dan tenang serta didukung oleh peralatan yang memadai, karyawan akan merasa betah dan produktif dalam bekerja sehari-hari.

d. Hubungan kerja

Untuk dapat melaksanakan pekerjaan dengan baik, haruslah didukung oleh suasana atau hubungan kerja yang harmonis antara sesama pegawai maupun atasan dan bawahan.

e. Prosedur perusahaan

Keadilan dan kebijaksanaan dalam menghadapi pekerja, serta pemberian evaluasi dan informasi secara tepat kepada pekerja juga merupakan pengaruh terhadap motivasi pekerja.

f. Status

Merupakan posisi atau peringkat yang ditentukan secara sosial yang diberikan kepada kelompok atau anggota kelompok dari orang lain. Status pekerja mempengaruhi motivasinya dalam bekerja. Status pekerja yang diperoleh dari pekerjaannya antara lain di tunjukkan oleh klasifikasi jabatan, hak-hak istimewa yang diberikan serta peralatan dan lokasi kerja yang dapat menunjukkan statusnya.

Penelitian oleh Schwab, De Vitt dan Cuming tahun 1971 telah membuktikan bahwa faktor ekstrinsik pun dapat berpengaruh dalam memotivasi performa tinggi. (Grensing dalam Timpe, 2002).

a. Teori ERG (*Existence, Relatedness, Growth*) dari Alderfer

Menurut teori ERG dari Clayton Alderfer, ada 3 (tiga) kebutuhan pokok manusia yaitu:

- 1) *Existence* (eksistensi); Kebutuhan akan pemberian persyaratan keberadaan materil dasar (kebutuhan psikologis dan keamanan).
- 2) *Relatednes* (keterhubungan); Hasrat yang dimiliki untuk memelihara hubungan antar pribadi (kebutuhan sosial dan penghargaan).
- 3) *Growth* (pertumbuhan); Hasrat kebutuhan intrinsik untuk perkembangan pribadi (kebutuhan aktualisasi diri).

b. Teori Kebutuhan dari Mc.Clelland

Teori kebutuhan dikemukakan oleh David Mc.Clelland. Teori ini berfokus pada tiga kebutuhan. Hal-hal yang memotivasi seseorang menurut Mc.Clelland dalam Hasibuan (2013), adalah:

1) Kebutuhan akan prestasi (*Need for achievement*).

Kebutuhan akan prestasi merupakan daya penggerak yang memotivasi semangat bekerja seseorang untuk mengembangkan kreativitas dan mengarahkan semua kemampuan serta energy yang dimilikinya guna mencapai prestasi kerja yang maksimal. Seseorang menyadari bahwa hanya dengan mencapai prestasi kerja yang tinggi akan memperoleh pendapatan yang besar yang akhirnya bisa memenuhi kebutuhan-kebutuhannya.

2) Kebutuhan akan kekuasaan (*Need for power*)

Kebutuhan akan kekuasaan merupakan daya penggerak yang memotivasi semangat kerja seseorang. Merangsang dan memotivasi gairah kerja seseorang serta mengerahkan semua kemampuannya demi mencapai kekuasaan atau kedudukan yang terbaik. Seseorang dengan kebutuhan akan kekuasaan tinggi akan bersemangat bekerja apabila bisa mengendalikan orang yang ada disekitarnya.

3) Kebutuhan akan afiliasi (*Need for affiliation*)

Kebutuhan akan afiliasi menjadi daya penggerak yang memotivasi semangat bekerja seseorang. Karena kebutuhan akan afiliasi akan merangsang gairah bekerja seseorang yang menginginkan kebutuhan akan perasaan diterima oleh orang lain, perasaan dihormati, perasaan maju dan tidak gagal, dan perasaan ikut serta.

c. Teori Harapan (*Expectancy Theory*)

Pencetus pertama dari teori harapan ini adalah Victor H. Vroom dan merupakan teori motivasi yang relatif baru. Teori ini berpendapat bahwa orang-orang atau petugas akan termotivasi untuk bekerja atau melakukan hal-hal tertentu jika mereka yakin bahwa dari prestasinya itu mereka akan mendapatkan imbalan besar. Seseorang mungkin melihat jika bekerja dengan giat kemungkinan adanya suatu imbalan, misalnya kenaikan gaji, kenaikan pangkat dan inilah yang menjadi perangsang seseorang dalam bekerja dengan giat.

d. Teori Pembentukan Perilaku (*Operant conditioning*)

Teori ini berasumsi bahwa perilaku pegawai dapat dibentuk dan diarahkan kearah aktivitas pencapaian tujuan. Teori pembentukan perilaku sering disebut dengan istilah-istilah lain seperti: *behavioral modification*, *positivere inforcement* dan *skinerian conditioning*. Pendekatan pembentukan perilaku ini didasarkan atas pengaruh hukum (*law of effect*), yaitu perilaku yang diikuti konsekuensi pemuasan sering diulang sedangkan perilaku konsekuensi hukuman tidak diulang. Perilaku pegawai dimasa yang akan datang dapat diperkirakan dan dipelajari, berdasarkan pengalaman dimasa lalu.

Menurut teori pembentukan perilaku, perilaku pegawai dipengaruhi kejadian-kejadian atau situasi masa lalu. Apabila konsekuensi perilaku tersebut positif, maka pegawai akan memberikan tanggapan yang sama terhadap situasi lama, tetapi apabila konsekuensi itu tidak

menyenangkan, maka pegawai cenderung mengubah perilakunya untuk menghindari dari konsekuensi tersebut.

e. Teori Keadilan (*Equity theory*)

Teori motivasi ini didasarkan pada asumsi bahwa pegawai akan termotivasi untuk meningkatkan produktivitas kerjanya, apabila ia diperlakukan secara adil dalam pekerjaannya. Keadilan adalah suatu keadilan yang muncul dalam pikiran seseorang, jika ia merasa bahwa rasio antara usaha dan imbalan adalah seimbang dengan rasio seseorang yang dibandingkan (Davis, 2004).

Ketidakadilan akan ditanggapi dengan bermacam-macam perilaku yang menyimpang dari aktivitas pencapaian tujuan seperti; menurunkan prestasi, mogok, malas dan sebagainya. Inti dari teori ini adalah pegawai membandingkan usaha mereka terhadap imbalan yang diterima pegawai lainnya dalam situasi kerja yang relatif sama. Selain itu juga membandingkan imbalan dengan pengorbanan yang diberikan. Apabila mereka telah mendapatkan keadilan dalam bekerja, maka mereka termotivasi untuk meningkatkan produktivitas kerjanya.

Berdasarkan pembahasan tentang berbagai teori motivasi dan kebutuhan-kebutuhan yang mendorong manusia melakukan tingkah laku dan pekerjaan, maka dapat disimpulkan bahwa motivasi adalah keseluruhan daya penggerak atau tenaga pendorong baik yang berasal dari dalam maupun dari luar diri yang menimbulkan adanya keinginan untuk melakukan suatu kegiatan atau aktivitas dalam menjalankan tugas untuk mencapai tujuan.

Menurut Herzberg faktor ekstrinsik tidak akan mendorong minat para pegawai untuk berforma baik, akan tetapi jika faktor-faktor ini dianggap tidak memuaskan dalam berbagai hal seperti gaji tidak memadai, kondisi kerja tidak menyenangkan, faktor-faktor itu dapat menjadi sumber ketidakpuasan potensial. Sedangkan faktor intrinsik merupakan faktor yang mendorong semangat guna mencapai kinerja yang lebih tinggi. Jadi pemuasan terhadap kebutuhan tingkat tinggi (faktor motivasi) lebih memungkinkan seseorang untuk berforma tinggi dari pada pemuasan kebutuhan lebih rendah (Leidecker dan Hall dalam Timpe, 2002).

Variabel motivasi yang meliputi tanggung jawab dan pengakuan orang lain memberikan indikasi adanya pengaruh signifikan terhadap peningkatan kinerja, meskipun disadari masih ada variabel-variabel lain yang lebih substansional dan lebih signifikan berpengaruh terhadap kinerja pegawai.

1. Tanggung jawab

Jayakusuma (2002:63), memberikan definisi tanggung jawab adalah bagaimana pegawai bekerja berdasarkan wewenang yang diberikan untuk diminta pertanggung jawaban berdasarkan ukuran prestasi kerja yang efisien, efektif dan produktif dalam memicu stimulasi kerja yang tepat dan terpadu.

Manusia pada dasarnya harus bertanggung jawab dalam melakukan dan melaksanakan tugas pokok yang diemban kepadanya sehingga tanggung jawab harus dianggap sebagai pengembangan penciptaan peluang kerja untuk melaksanakan segala perintah atasan dalam melakukan penyelesaian tugas pokok. Tanggung jawab berperan penting dalam meningkatkan

kinerja pegawai, dimana dengan memberikan tugas atau pekerjaan kepada pegawai maka akan termotivasi dan memiliki rasa tanggung jawab untuk mempertanggungjawabkan hasil pekerjaan. Pertanggungjawaban yang dimaksud adalah tanggung jawab pegawai yang diberikan wewenang untuk melaksanakan tugas pokok, baik terhadap dirinya maupun pekerjaannya, walaupun disadari bahwa tanggung jawab mempunyai resiko yang harus dilaksanakan.

2. Pengakuan dari orang lain

Pengakuan bermakna sebagai kebutuhan harga diri, kemampuan setiap individu menerima dirinya sendiri untuk merasa puas. Disamping setiap individu merasakan perlunya pengakuan untuk menerima pengakuan dari orang lain artinya seseorang memerlukan pengakuan atau diterima atau dikenal orang lain. Tidak jarang seseorang merasa membutuhkan suatu pengakuan kalau dirinya mempunyai suatu kelebihan tertentu yang dapat diandalkan, bahkan tidak jarang seorang pegawai merasa membutuhkan pengakuan atas hasil kerjanya selama ini.

Motivasi

- a. Tanggung jawab

- b. Pengakuan Orang Lain

Kinerja

- a. Perencanaan
- b. Pengadaan
- c. Pendistribusian
- d. Penggunaan

Gambar 2.2 Keterkaitan Motivasi dengan Kinerja Pengelola Obat

3. Kinerja

- a. Pengertian Kinerja

Kinerja merupakan pencapaian yang optimal sesuai dengan potensi yang dimiliki seorang karyawan merupakan hal yang selalu menjadi perhatian para pemimpin organisasi. Menurut Robinson (2002), kinerja merupakan ukuran hasil kerja yang mana hal ini menggambarkan sejauh mana aktivitas seseorang dalam melaksanakan tugas dan berusaha dalam mencapai tujuan yang ditetapkan.

Menurut Triffin dan MacCormick (1979), kinerja individu berhubungan dengan *individual variable* dan *situasional variable*. Perbedaan individu akan menghasilkan kinerja yang berbeda pula. *Individual variable* adalah variabel yang berasal dari dalam diri individu yang bersangkutan, misalnya kemampuan, kepentingan, dan kebutuhan-kebutuhan tertentu. Sedangkan *situasional variable* adalah variabel yang bersumber dari situasi pekerjaan yang lebih luas

(lingkungan organisasi), misalnya pelaksanaan supervisi, karakteristik pekerjaan, hubungan dengan sekerja dan pemberian imbalan.

Menurut Bastian (2001:329), kinerja organisasi sebagai gambaran mengenai tingkat pencapaian pelaksanaan tugas dalam suatu organisasi dalam upaya mewujudkan sasaran, tujuan, misi dan visi tersebut.

Sementara kinerja menurut Mangkunegara (2002), adalah hasil kerja secara kuantitas dan kualitas yang dicapai oleh seorang pegawai dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya. Baik tidaknya karyawan dalam menjalankan tugas yang diberikan perusahaan dapat diketahui dengan melakukan penilaian terhadap kinerja karyawannya. Penilaian kinerja merupakan alat yang sangat berpengaruh untuk mengevaluasi kerja karyawan bahkan dapat memotivasi dan mengembangkan karyawan.

b. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kinerja

Mangkunegara (2002), mengemukakan bahwa faktor yang mempengaruhi kinerja adalah faktor kemampuan (ability) dan faktor motivasi (motivation).

1) Faktor Kemampuan (ability)

Karyawan yang memiliki pengetahuan yang memadai untuk jabatannya dan terampil dalam mengerjakan pekerjaan sehari-hari, maka ia lebih mudah untuk mencapai kinerja yang diharapkan.

2) Faktor Motivasi (motivation)

Motivasi terbentuk dari sikap karyawan dalam menghadapi situasi kerja. Motivasi merupakan kondisi yang terarah untuk mencapai tujuan kerja organisasi.

Pimpinan organisasi sangat menyadari adanya perbedaan kinerja antara satu karyawan dengan karyawan lainnya yang berada dibawah pengawasannya. Secara garis besar, perbedaan kinerja ini disebabkan oleh dua faktor, yaitu faktor individu dan faktor situasi kerja. Menurut Gibson *et.al.*(1996), ada tiga perangkat variabel yang mempengaruhi kinerja seseorang, yaitu:

1) Variabel Individual, terdiri dari:

a) Kemampuan dan Keterampilan

Kondisi mental dan fisik seseorang dalam menjalankan suatu aktivitas atau pekerjaan.

b) Latar belakang

Kondisi dimasa lalu yang mempengaruhi karakteristik dan sikap mental seseorang, biasanya dipengaruhi oleh faktor keturunan serta pengalaman dimasa lalu.

c) Demografis

Kondisi kependudukan yang berlaku pada individu atau karyawan, dimana lingkungan sekitarnya akan membentuk pola tingkah laku individu tersebut berdasarkan adat atau norma sosial yang berlaku.

2) Variabel Organisasional, terdiri dari :

a) Sumber Daya

Sekumpulan potensi atau kemampuan organisasi yang dapat diukur dan dinilai, seperti sumber daya alam, sumber daya manusia.

b) Kepemimpinan

Suatu seni mengkoordinasi yang dilakukan oleh pimpinan dalam memotivasi pihak lain untuk meraih tujuan yang diinginkan oleh organisasi.

c) Imbalan

Balas jasa yang diterima oleh pegawai atau usaha yang dilakukan di dalam proses aktivitas organisasi dalam jangka waktu tertentu secara intrinsik maupun ekstrinsik.

d) Stuktur

Hubungan wewenang dan tanggung jawab antar individu di dalam organisasi, dengan karakteristik tertentu dan kebutuhan organisasi.

e) Desain Pekerjaan

Job Description yang diberikan kepada pegawai, apakah pegawai dapat melakukan pekerjaan sesuai dengan *job description*.

3) Variabel Psikologis, terdiri dari:

a) Persepsi

Suatu proses kognitif yang digunakan oleh seseorang untuk menafsirkan dan memahami dunia sekitarnya.

b) Sikap

Kesiapsiagaan mental yang dipelajari dan diorganisir melalui pengalaman dan mempunyai pengaruh tertentu atas cara tanggap seseorang terhadap orang lain.

c) Kepribadian

Pola perilaku dan proses mental yang unik, mencirikan seseorang.

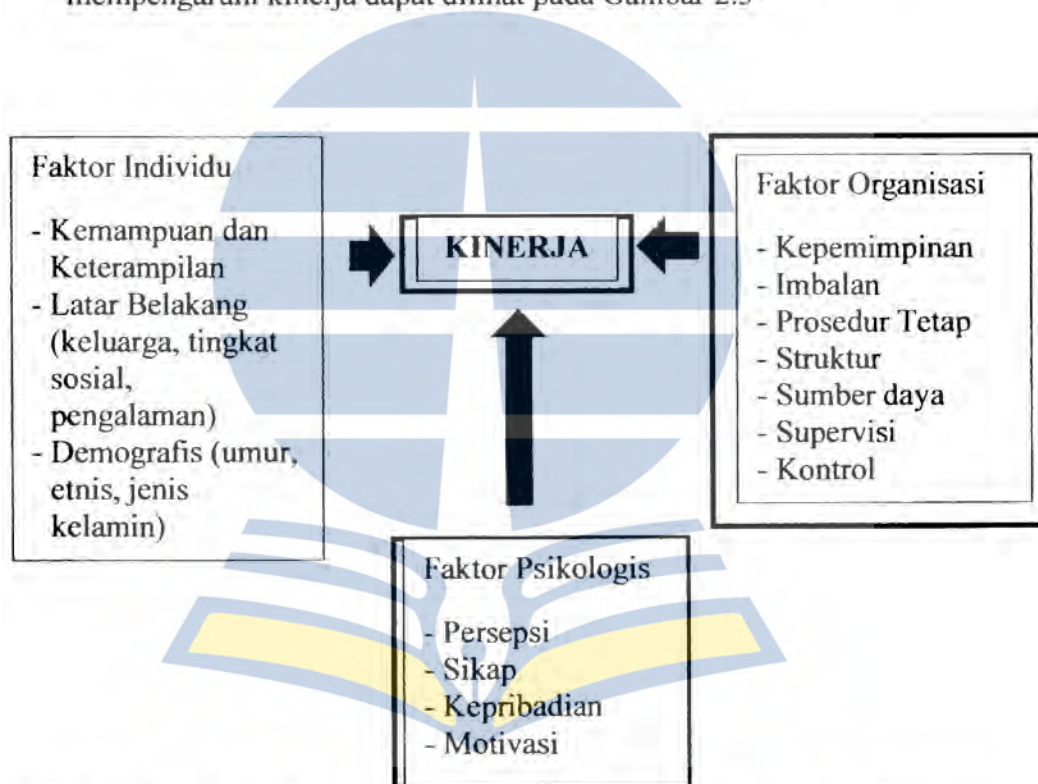
d) Belajar

Proses yang dijalani seseorang dari tahap tidak tahu menjadi tahu dan memahami akan sesuatu terutama yang berhubungan dengan organisasi dan pekerjaan.

Menurut Davis (1996), faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja adalah faktor kemampuan (*ability*) dan faktor motivasi (*motivation*). Secara psikologis, kemampuan karyawan terdiri dari kemampuan potensi (IQ) dan kemampuan *reality* (*knowledge+skill*). Artinya, pegawai yang memiliki IQ diatas rata-rata dengan pendidikan yang memadai untuk jabatannya dan ketrampilan dalam mengerjakan pekerjaan, maka ia akan lebih mudah mencapai kinerja yang diharapkan. Sedangkan Robbin (2002), menambahkan dimensi baru yang menentukan kinerja seseorang, yaitu kesempatan. Menurutnya, meskipun seseorang bersedia (motivasi) dan mampu (kemampuan). Mungkin ada rintangan yang menjadi kendala kinerja seseorang, yaitu kesempatan yang ada, mungkin berupa lingkungan kerja tidak mendukung, peralatan, pasokan bahan, rekan kerja yang tidak mendukung prosedur yang tidak jelas dan sebagainya.

Mengacu kepada pendapat Gibson (1987) yang telah diuraikan pada latar belakang, bahwa yang mempengaruhi kinerja antara lain karakteristik individu dan motivasi. Maka dalam konteks pengelolaan obat di Puskesmas, karakteristik individu yang diamati adalah pendidikan, pengetahuan dan lama kerja, sedangkan faktor motivasi adalah tanggung jawab dan pengakuan orang lain.

Secara skematis teori Gibson (1987) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja dapat dilihat pada Gambar 2.3



Gambar 2.3 Diagram skematis teori perilaku dan kinerja menurut Gibson

c. Penilaian Kinerja

Menurut Simamora (2004), penilaian kinerja (*performance appraisal*) adalah proses organisasi mengevaluasi pelaksanaan kerja individu. Penilaian kinerja memberikan mekanisme penting bagi manajemen untuk digunakan dalam menjelaskan tujuan-tujuan dan standar kinerja individu di waktu berikutnya. Sedangkan menurut Rivai (2005), penilaian kinerja merupakan kajian sistematis tentang kondisi kerja karyawan yang dilaksanakan secara formal yang dikaitkan dengan standar kerja yang telah ditentukan perusahaan. Penilaian kinerja merupakan proses yang dilakukan perusahaan dalam mengevaluasi kinerja pekerjaan seseorang, meliputi dimensi kinerja karyawan dan akuntabilitas.

Rivai (2005), mengemukakan pada dasarnya ada 2 (dua) model penilaian kinerja :

1) Penilaian Kinerja Berorientasi Masa Lalu

a) Skala Peringkat (*RatingScale*)

Metode ini merupakan metode yang paling tua yang digunakan dalam penilaian prestasi, dimana para penilai diharuskan melakukan suatu penilaian yang berhubungan dengan hasil kerja karyawan dalam skala-skala tertentu, mulai dari yang paling rendah sampai yang paling tinggi.

b) Daftar Pertanyaan (*Checklist*)

Metode ini menggunakan formulir isian yang menjelaskan beraneka macam tingkat perilaku bagi suatu pekerjaan tertentu.

Penilai hanya perlu kata atau pertanyaan yang menggambarkan karakteristik dan hasil kerja karyawan. Keuntungan dari *check list* adalah biaya yang murah, pengurusannya mudah, penilai hanya membutuhkan pelatihan yang sederhana dan distandarisasi.

c) Metode dengan Pilihan Terarah

Metode ini dirancang untuk meningkatkan objektivitas dan mengurangi subjektivitas dalam penilaian. Salah satu sasaran dasar pendekatan pilihan ini adalah untuk mengurangi dan menyingkirkan kemungkinan berat sebelah penilaian dengan memaksa suatu pilihan antara pernyataan-pernyataan deskriptif yang kelihatannya mempunyai nilai yang sama.

d) Metode Peristiwa Kritis (*Critical Incident Method*)

Metode ini bermanfaat untuk memberi karyawan umpan balik yang terkait langsung dengan pekerjaannya.

e) Metode Catatan Prestasi

Metode ini berkaitan erat dengan metode peristiwa kritis, yaitu catatan penyempurnaan, yang banyak digunakan terutama oleh para profesional, misalnya penampilan, kemampuan berbicara, peran kepemimpinan dan aktivitas lain yang berhubungan dengan pekerjaan.

f) Skala Peringkat dikaitkan dengan Tingkah Laku (*Behaviorally Anchored Rating Scale=BARS*)

Penggunaan metode ini menuntut diambilnya 3 (tiga) langkah, yaitu:

- (1) Menentukan skala peringkat penilaian prestasi kerja
- (2) Menentukan kategori prestasi kerja dengan skala peringkat
- (3) Uraian prestasi kerja sedemikian rupa sehingga kecenderungan perilaku karyawan yang dinilai dengan jelas.

g) Metode Peninjauan Lapangan (*Field Review Method*)

Disini penilai turun kelapangan bersama-sama dengan ahli dari SDM. Spesialis SDM mendapat informasi dari atasan langsung perihal karyawannya, lalu mengevaluasi berdasarkan informasi tersebut.

h) Tes dan Observasi Prestasi Kerja (*Performance Test and Observation*).

Karyawan dinilai, diuji kemampuannya, baik melalui ujian tertulis yang menyangkut berbagai hal seperti tingkat pengetahuan tentang prosedur dan mekanisme kerja yang telah ditetapkan dan harus ditaati atau melalui ujian parktik yang langsung diamati oleh penilai.

- i) Pendekatan Evaluasi Komparatif (*Comparative Evaluation Approach*). Metode ini mengutamakan perbandingan prestasi kerja seseorang dengan karyawan lain yang menyelenggarakan kegiatan sejenis.

2) Penilaian Kinerja Berorientasi Masa Depan

a) Penilaian Diri Sendiri (*Self Appraisal*)

Penilaian diri sendiri adalah penilaian yang dilakukan oleh karyawan sendiri dengan harapan karyawan tersebut dapat lebih mengenal kekuatan-kekuatan dan kelemahan dirinya sehingga mampu mengidentifikasi aspek-aspek perilaku kerja yang perlu diperbaiki pada masa yang akan datang.

b) Manajemen Berdasarkan Sasaran (*Management by Objective*)

Merupakan suatu bentuk penilaian dimana karyawan dan penyelia bersama-sama menetapkan tujuan-tujuan atau sasaran-sasaran pelaksanaan kerja karyawan secara individu di waktu yang akan datang.

c) Penilaian dengan Psikolog

Penilaian ini lazimnya dengan teknik terdiri atas wawancara, tes psikologi, diskusi-diskusi dengan penyelia-penyelia.

Sedangkan Werther dan Davis (1996), menyatakan agar penilaian kinerja yang dilakukan dapat lebih dipercaya dan obyektif, perlu dirumuskan batasan atau faktor-faktor penilaian kinerja atau prestasi kerja sebagai berikut:

- a) *Performance*, keberhasilan atau pencapaian tugas dalam jabatan.
- b) *Competency*, kemahiran atau penguasaan pekerjaan sesuai dengan tuntutan jabatan.
- c) *Job behavior*, kesediaan untuk menampilkan perilaku atau mentalitas yang mendukung peningkatan prestasi kerja.

d) *Potency*, kemampuan pribadi yang dapat dikembangkan

d. Tujuan Penilaian Kinerja

Menurut Simamora (2004), tujuan penilaian kinerja digolongkan kedalam tujuan evaluasi dan tujuan pengembangan.

1) Tujuan Evaluasi.

Melalui pendekatan evaluatif, dilakukan penilaian kinerja masa lalu seorang karyawan. Evaluasi yang digunakan untuk menilai kinerja adalah *rating* deskriptif. Hasil evaluasi digunakan sebagai data dalam mengambil keputusan-keputusan mengenai promosi dan kompensasi sebagai penghargaan atas peningkatan kinerja karyawan.

2) Tujuan Pengembangan.

Pendekatan pengembangan diharapkan dapat meningkatkan kinerja karyawan di masa yang akan datang. Aspek pengembangan dari penilaian kinerja mendorong perbaikan karyawan dalam menjalankan pekerjaannya.

e. Manfaat Penilaian Kinerja

Manfaat penilaian kinerja yang dikemukakan oleh Mulyadi (1997), yaitu:

- 1) Mengelola operasi organisasi secara efektif dan efisien melalui pemotivasian karyawan secara maksimum.
- 2) Membantu pengambilan keputusan yang bersangkutan dengan karyawan, seperti promosi, transfer dan pemberhentian.

- 3) Mengidentifikasi kebutuhan pelatihan dan pengembang karyawan dan menyediakan kriteria seleksi dan evaluasi program pelatihan karyawan.
 - 4) Menyediakan umpan balik bagi karyawan mengenai bagaimana atasan mereka menilai kinerja mereka.
 - 5) Menyediakan suatu dasar distribusi penghargaan.
- f. Penilaian Kinerja di Puskesmas

Kinerja Puskesmas sebagai unit pelayanan kesehatan masyarakat didasarkan pada fungsi Puskesmas sebagai pusat pelayanan strata pertama, yaitu bertanggung jawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat.

Upaya kesehatan yang dilaksanakan di Puskesmas yang menjadi indikator kinerjanya dikelompokkan menjadi dua yakni:

- 1) Upaya kesehatan wajib, adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional dan global serta mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat, upaya kesehatan wajib terdiri dari:
 - a) Upaya promosi kesehatan
 - b) Upaya kesehatan lingkungan
 - c) Upaya kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana
 - d) Upaya perbaikan gizi masyarakat
 - e) Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular
 - f) Upaya pengobatan

- 2) Upaya kesehatan pengembangan, adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat serta yang disesuaikan dengan kemampuan Puskesmas. Upaya kesehatan pengembangan dipilih dari daftar upaya kesehatan pokok Puskesmas yang telah ada yakni:
- a) Upaya kesehatan sekolah
 - b) Upaya kesehatan olahraga
 - c) Upaya perawatan kesehatan masyarakat
 - d) Upaya kesehatan kerja
 - e) Upaya kesehatan gigi dan mulut
 - f) Upaya kesehatan jiwa
 - g) Upaya kesehatan mata
 - h) Upaya kesehatan usia lanjut
 - i) Upaya pembinaan pengobatan tradisional (Depkes RI, 2004)
- g. Penilaian Kinerja Petugas di Puskesmas

Petugas kesehatan di Puskesmas mempunyai tugas pokok dan fungsi yang berbeda sesuai dengan program kesehatan yang dilakukannya, dengan demikian penilaian kinerja Puskesmas didasarkan pada kualitas pelaksanaan tugas dan fungsinya dalam program kesehatan yang telah ditetapkan. Pedoman pelaksanaan kegiatan setiap program Puskesmas diuraikan tentang tata kerja, ruang lingkup kegiatan serta target yang harus dicapai pada waktu tertentu. Kinerja yang baik dari petugas dan organisasi secara keseluruhan menjadikan keluaran jasa pelayanan

yang berkualitas dan diharapkan dapat memberi kepuasan pengguna jasa pelayanan kesehatan.

Program kegiatan pelayanan kesehatan yang ada di Puskesmas meliputi: program kesehatan ibu dan anak (KIA), program imunisasi, program pemberantasan penyakit menular seperti TB Paru, Campak, Diare, program pengobatan, program kesehatan lingkungan, program surveylans epidemiologi, serta program-program lain yang disesuaikan dengan kemampuan dan kebutuhan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas. Dari program kegiatan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Puskesmas, program yang paling menonjol dilakukan adalah pengobatan. Ini merupakan kenyataan yang kita lihat saat ini, dimana program pengobatan menjadi program Puskesmas yang paling gencar, paling terlihat dan paling dilihat dan dipahami oleh masyarakat.

h. Komponen Kinerja di Puskesmas

Pengukuran kinerja Puskesmas berdasarkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan yang dikeluarkan Depkes RI (2003). Dalam Standar Pelayanan Minimal tersebut dijelaskan pencapaian program yang harus dicapai masing-masing program Puskesmas, meliputi cakupan pencapaian program imunisasi wajib bayi, anak dan wanita usia subur, cakupan penimbangan bayi dan balita, cakupan pemeriksaan jentik nyamuk, cakupan pemeriksaan kehamilan, cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, cakupan rujukan

kesehatan, serta beberapa standar lain yang menunjukkan kinerja pelayanan di Puskesmas.

Target pencapaian program yang ditetapkan dalam SPM merupakan rujukan dalam menetapkan target pencapaian program masing-masing Puskesmas, artinya setiap Kabupaten/Kota dapat menetapkan target pencapaian program tersendiri untuk Puskesmas yang berada di wilayah kerjanya, disesuaikan dengan kemampuan masing-masing Puskesmas.

i. Faktor-faktor yang mempengaruhi Kinerja Petugas

Kinerja petugas dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik yang berasal dari individu pekerja itu sendiri maupun dari organisasi tempat dia bekerja. Dalam hal ini difokuskan kepada kinerja pengelola obat di Puskesmas.

Peran unit pelayanan obat di Puskesmas dalam kelancaran pelayanan kesehatan sangat penting, karena unit pelayanan obat juga merupakan unit kerja yang memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Jika masalah perbekalan obat tidak dikelola dengan baik maka akan dapat menurunkan kualitas atau mengganggu kelancaran pelayanan terhadap pasien. Hal yang masih menjadi masalah di bidang pelayanan obat, dan alat kesehatan adalah menyangkut pengelolaan obat (Depkes, 2004).

Menurut Direktur Jendral Pelayanan Farmasi dan Alat Kesehatan (2004), masalah pelayanan obat dalam menunjang pelayanan kesehatan adalah menyangkut tentang ketersediaan obat dalam jenis yang lengkap, jumlah cukup, terjamin khasiatnya, terjamin

keamanannya, terjamin mutunya, serta mudah diakses adalah merupakan amanah dari Kebijakan Obat Nasional (KONAS), serta merupakan prasyarat dalam pelayanan kesehatan yang prima.

Untuk memberikan/melaksanakan pelayanan obat yang berorientasi pada penerapan hasil pengobatan yang optimal dan prima bagi pasien, maka diperlukan jaminan ketersediaan barang dan dana yang cukup sehingga pelayanan kepada pasien berjalan lancar. Kelancaran pelayanan kepada pasien di unit pelayanan obat ditentukan oleh kelancaran komponen-komponen yang terlibat ataupun yang membawa pengaruh terhadap pelayanan tersebut, salah satunya adalah sumber daya manusia yang mengelola obat Puskesmas.

Hal ini berarti operasional pelayanan yang telah disusun harus dilakukan proses pengendalian persediaan obat-obatan yang tujuannya agar tidak terjadi gangguan dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Sistem pengendalian obat-obatan yang bertujuan untuk meningkatkan kelancaran pelayanan bukanlah suatu hal yang mudah untuk dilakukan, sering didapati masalah-masalah dalam sistem pengendalian persediaan obat-obatan yang mempengaruhi kelancaran itu sendiri.

Menurut Griffin (2002), yang mencakup sumber daya organisasi adalah sumber daya organisasi, sumber daya manusia, sumber daya informasi, sumber daya fisik, sumber daya keuangan, dan sumber daya alam.

Sumber daya cenderung diartikan dengan substansi tertentu yang mempunyai peranan besar yaitu hanya untuk sumber daya alam. Dalam perkembangan selanjutnya para ahli mulai melihat pada kekuatan lain yang juga perlu dikaji dan merupakan sesuatu yang penting yaitu kekuatan dari manusia. Dari hal tersebut di atas, maka para ahli cenderung membedakan antara sumber daya alam dan sumber daya manusia. Sumber daya alam sudah sangatlah jelas, yaitu segala sesuatu yang berhubungan dengan bahan baku dan yang dapat dihasilkan dari alam potensi yang dimiliki oleh manusia (Griffin, 2002).

C. Kerangka Berpikir

Berdasarkan skema pada Gambar 2.3 dapat dijelaskan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja pengelola obat yang mempunyai latar belakang pendidikan yang sesuai, pengetahuan yang memadai, dan pengalaman (lama kerja) yang cukup dibidang pengelolaan obat serta adanya tanggung jawab dan pengakuan orang lain akan menentukan ketersediaan obat di Puskesmas.

Adanya permasalahan seperti diatas, seperti ketersediaan dan pendistribusian obat yang masih kurang di beberapa Puskesmas Kabupaten Sumba Timur, terkait dengan sistem pengelolaan obat di Puskesmas, obat yang tersedia belum sesuai dengan kebutuhan. Kiranya perlu dilakukan telaah lebih lanjut untuk mengetahui pengaruh karakteristik individu dan motivasi terhadap kinerja petugas pengelola obat di Puskesmas Kabupaten Sumba Timur, dengan melihat variabel-variabel yang diuraikan pada kerangka konsep penelitian.



Gambar 2.4. Kerangka Konsep Penelitian

D. Pokok Bahasan

1. Sistematika Penulisan

Penelitian dengan judul Pengaruh Karateristik Individu dan Motivasi Terhadap Kinerja Pengelola Obat Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur, dengan sistematika penulisan sebagai berikut :

BAB I PENDAHULUAN

- A. Latar Belakang Masalah
- B. Perumusan Masalah
- C. Tujuan Penelitian
- D. Manfaat Penelitian

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

- A. Penelitian Terdahulu
- B. Kajian Teoritik
- C. Kerangka Berpikir

D. Pokok Bahasan

E. Hipotesis

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

B. Populasi dan Sampel

C. Prosedur Pengumpulan Data

D. Unit Analisis

E. Metode Analisis Data

BAB IV TEMUAN DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Objek Penelitian

B. Hasil

C. Pembahasan

D. Deskripsi Hasil Penelitian

E. Keterbatasan Penelitian

BAB V SIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

B. Saran

DAFTAR PUSTAKA

2. Definisi Konsep Operasional

Untuk menghindari kesalahan dalam mengartikan variabel-variabel yang dianalisis dan atau untuk membatasi permasalahan dalam penelitian ini, maka perlu dijelaskan definisi konsep operasional dari masing-masing variabel.

a. Pendidikan petugas pengelola obat Puskesmas

Pendidikan adalah tingkat pendidikan formal yang pernah ditempuh petugas pengelola obat sampai tamat. Yang dibedakan antara pendidikan farmasi dan non farmasi.

b. Pengetahuan petugas pengelola obat Puskesmas

Pengukuran variabel pengetahuan petugas pengelola obat mengenai pelaksanaan kegiatan pengelolaan obat, yaitu perencanaan, pengadaan, distribusi dan penggunaan.

c. Lama Kerja petugas pengelola obat Puskesmas

Lama Kerja adalah masa kerja petugas pengelola obat di puskesmas dengan mengambil data nilai tengah sampai 10 tahun, sehingga diperoleh nilai tengah (median) 5 tahun. Berdasarkan data dari 44 petugas pengelola obat Puskesmas, yang dihitung dari pertama kali responden menjadi petugas pengelola obat sampai penelitian. Pengukuran lama kerja mengacu kepada rentang data lama kerja sebagai pengelola obat di Puskesmas diketahui masa kerja antara 1 tahun.

d. Tanggung jawab (*Responsibility*) petugas pengelola obat Puskesmas

Rasa keterpanggilan dan tuntutan dalam diri seorang petugas pengelola obat dalam menjalankan fungsinya melakukan pengelolaan obat (kegiatan perencanaan, pengadaan, pendistribusian dan penggunaan).

e. Pengakuan orang lain (*Recognition*) petugas pengelola obat Puskesmas

Pengakuan rekan kerja atau atasan terhadap keberadaan pengelola obat di puskesmas yang merupakan bagian dari sistem pelaksanaan pelayanan kesehatan.

E. Hipotesis

Untuk mengetahui apakah terdapat pengaruh antar karakteristik individu dan motivasi baik secara bersama-sama maupun parsial terhadap kinerja pengelola obat Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur sebagaimana yang telah ditetapkan dalam perumusan masalah, maka dapat dikemukakan hipotesis penelitian sebagai berikut:

1. Diduga terdapat pengaruh secara parsial karakteristik individu (pendidikan, pengetahuan dan lama kerja) dan motivasi (tanggung jawab dan pengakuan orang lain) terhadap kinerja pengelola obat (perencanaan, pengadaan, distribusi dan penggunaan) Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur.
2. Diduga terdapat pengaruh secara simultan karakteristik individu (pendidikan, pengetahuan dan lama kerja) dan motivasi (tanggung jawab dan pengakuan orang lain) terhadap kinerja pengelola obat (perencanaan, pengadaan, distribusi dan penggunaan) Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian merupakan suatu kegiatan yang bertujuan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan yang bersifat alamiah, melalui prosedur yang telah ditetapkan. Penelitian hendaknya dilakukan dengan cermat dan teliti, agar hasil yang diperoleh tepat dalam penelitian kegiatan-kegiatan yang dilakukan dengan seksama dalam menentukan jenis, sumber data, cara mengumpulkan data, tujuan penelitian dan teknik analisa data.

B. Populasi dan Sampel

Populasi adalah sejumlah keseluruhan dari unit analisa yang ciri-cirinya diduga dan dikenai generalisasi sedangkan sampel adalah bagian populasi yang diselidiki sebagai sumber data yang sebenarnya dalam suatu penelitian (Nawawi, 1997). Menurut Arikunto (1998), apabila obyeknya kurang dari 100 maka lebih baik diambil semuanya sebagai sampel, maka penelitian ini merupakan penelitian populasi sehubungan dengan itu maka yang dijadikan subyek penelitian adalah pengelola obat pada 22 (dua puluh dua) Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur, setiap Puskesmas mempunyai 2 orang pengelola obat, dengan demikian jumlah keseluruhan petugas pengelola obat adalah sebanyak 44 orang. Seluruh populasi ditetapkan sebagai sampel atau responden (total sampling).

C. Prosedur Pengumpulan Data

Untuk memperoleh data primer dan data sekunder maka teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini meliputi :

1. Survey

Teknik pengumpulan data survey dengan menggunakan alat kuesioner yang disusun dalam bentuk pertanyaan berdasarkan indikator-indikator dari variabel penelitian yang harus direspon oleh responden. Teknik ini dipilih semata-mata karena responden atau subyek adalah orang yang mengetahui dirinya sendiri, apa yang dinyatakan oleh subyek kepada peneliti adalah benar dan dapat dipercaya, dan interpretasi subyek tentang pertanyaan-pertanyaan yang diajukan kepada subyek adalah sama dengan apa yang dimaksud oleh peneliti. Studi dokumentasi yaitu melakukan penelitian dokumen terhadap beberapa literatur yang berhubungan dengan permasalahan dalam penelitian.

2. Wawancara

Wawancara adalah teknik pengumpulan data dengan mengajukan pertanyaan langsung oleh pewawancara kepada responden dalam hal ini petugas pengelola obat Puskesmas dan jawaban-jawaban responden dicatat atau direkam.

3. Dokumentasi

Teknik dokumentasi dilakukan dengan cara mempelajari dan menelaah laporan-laporan maupun dokumen-dokumen resmi dari seluruh Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur dan Instalasi Farmasi Kabupaten pada Dinas Kesehatan

D. Metode Analisis Data

1. Instrumen Penelitian

Untuk mengukur sikap pendapat responden dalam penelitian ini digunakan kuesioner untuk mengungkap variabel-variabel yang mempengaruhi kinerja pengelola obat Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur. Penggunaan Skala Likert dimana responden menyatakan tingkat setuju atau tidak setuju mengenai berbagai pernyataan tentang perilaku obyek orang atau kejadian. Skala Likert ini digunakan untuk mengukur sikap, pendapat atau persepsi orang atau kelompok orang terhadap fenomena sosial.

1. Sangat Setuju (SS) = diberi skor 5
2. Setuju (S) = diberi skor 4
3. Netral (N) = diberi skor 3
4. Tidak Setuju (TS) = diberi skor 2
5. Sangat Tidak Setuju (STS) = diberi skor 1

Variabel dalam penelitian ini adalah yang menjadi obyek pengamatan penelitian atau merupakan faktor-faktor yang berperan dalam penelitian atau gejala-gejala yang diteliti, dalam hal pengetahuan, tanggung jawab dan pengakuan dari orang lain terhadap kinerja pengelola obat Puskesmas di Kabuapten Sumba Timur

2. Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

a. Uji Validitas

Uji validitas adalah uji kualitas terhadap instrument yang dipakai untuk mengukur variabel penelitian perlu dilakukan sebelum

melakukan analisis terhadap pokok masalah. Validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat keadaan atau kesahhan suatu alat ukur (Riduwan, 2005: 109). Untuk menguji validitas alat ukur, dengan menggunakan rumus *Person Product Moment Corelation Coefisien* (r), menggunakan data SPSS v.21 dengan ketentuan : a) $df = n-2$ sehingga $df = 42$ b) Bila r hitung $> r$ tabel maka dinyatakan valid dan c) Bila r hitung $< r$ tabel maka dinyatakan tidak valid.

b. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas ini terjadi jika alat ukur telah dinyatakan valid, selanjutnya reliabilitas alat ukur tersebut diuji. Reliabilitas menunjukkan pada suatu pengertian bahwa suatu instrumen cukup dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data yang tidak bersifat tendensius atau mengarahkan respon untuk memilih jawaban-jawaban tertentu. (Sudarmanto, 2005:89). Dalam penelitian ini teknik untuk menghitung indeks reliabilitas yaitu menggunakan metode *Cronbach's Alpha*, yaitu menganalisis reliabilitas alat ukur dari satu kali pengukuran, dengan ketentuan : a) Jika nilai r Alpha $> r$ tabel maka dinyatakan *reliabel* dan b) Jika nilai r alpha $< r$ tabel maka dinyatakan tidak *reliabel*, nilai $df = 42$ maka nilai r tabel 0,297.

c. Analisis Deskriptif

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah berbentuk kuesioner atau daftar pertanyaan, dimana keseluruhan jawaban terhadap kuesioner menggunakan skala Likert yang diklasifikasikan dalam 5 (lima) kategori dan diberi skor antara 1 (satu) sampai dengan

5 (lima), (Singarimbun dan Effendi, 1998: 78).

Penggunaan klasifikasi skala Likert dimaksudkan sebagai berikut :

1. Sangat Setuju (SS) = diberi skor 5
2. Setuju (S) = diberi skor 4
3. Netral (N) = diberi skor 3
4. Tidak Setuju (TS) = diberi skor 2
5. Sangat Tidak Setuju (STS) = diberi skor 1

Gambaran data hasil penelitian dapat digunakan untuk memperkaya pembahasan, melalui gambaran data tanggapan responden terhadap setiap indikator variabel yang sedang diteliti.

3. Uji Regresi Linier Berganda

Untuk menjawab hipotesis yang telah dirumuskan, maka dilakukan uji regresi, koefisien determinan dan uji hipotesis.

a. Uji Asumsi Klasik

Uji Asumsi Klasik terhadap model regresi yang dilakukan agar dapat diketahui apakah model regresi tersebut merupakan model regresi yang baik atau tidak (Ghozali, 2005). Dalam penelitian ini uji asumsi klasik yang digunakan adalah uji autokorelasi, uji multikolonieritas, uji heteroskedastisitas dan uji normalitas.

1) Uji Autokorelasi

Uji autokorelasi bertujuan menguji apakah dalam model regresi linear ada korelasi antar kesalahan pengganggu pada periode t dengan kesalahan pengganggu pada periode $t-1$ (sebelumnya). Jika terjadi korelasi, maka dinamakan ada problem autokorelasi,

Autokorelasi muncul karena observasi yang berurutan sepanjang waktu berkaitan satu sama lainnya. Masalah ini timbul karena residual (kesalahan pengganggu) tidak bebas dari satu observasi ke observasi lainnya. Hal ini sering ditemukan pada data runtut waktu (*time series*). Untuk menguji adanya autokorelasi dipergunakan Uji Durbin-Watson (DW test) batas atas dan batas bawah, maka dapat disimpulkan tidak terjadi autokorelasi.

Ho : tidak ada autokorelasi ($r = 0$)

HA : ada autokorelasi ($r \neq 0$)

2) Uji Multikolonieritas

Uji Multikolonieritas dilakukan untuk menguji apakah pada model regresi ditemukan adanya korelasi antar variabel bebas, model regresi yang baik seharusnya tidak terjadi korelasi diantara variabel independen. Pengujian ada tidaknya gejala multikolonieritas dilakukan dengan memperhatikan nilai matrik korelasi yang dihasilkan pada saat pengolahan data serta nilai VIF (*Variance Inflation Factor*) dan toleransinya. Apabila nilai matrik korelasi tidak ada yang lebih besar dari 0,5 maka dapat dikatakan data yang akan dianalisis bebas dari multikolonieritas. Kemudian apabila nilai VIF berada dibawah 10 dan nilai toleransi mendekati 1, maka diambil kesimpulan bahwa model regresi tersebut tidak terdapat multikolonieritas (Santoso, 2000).

3) Uji Heteroskedastisitas

Uji heteroskedastisitas dilakukan untuk menguji apakah dalam

sebuah model regresi terjadi ketidaksamaan variasi residual dari satu pengamatan ke pengamatan yang lain klop, maka disebut Heteroskedastisitas (Ghozali, 2005). Salah satu cara untuk mendeteksi Heteroskedastisitas adalah dengan melihat grafik Scatter Plot antara nilai prediksi variabel dari nilai residualnya, jika titik-titik membentuk pola tertentu yang teratur seperti gelombang besar melebar, kemudian menyempit maka telah terjadi heteroskedastisitas. Jika titik-titik menyebar diatas dan dibawah angka 0 pada sumbu y tanpa membentuk pola tertentu, maka tidak terjadi heteroskedastisitas.

4) Uji Normalitas Regresi

Tujuan uji normalitas adalah untuk menguji apakah dalam sebuah model regresi, variabel terikat dan variabel bebas atau keduanya mempunyai distribusi normal ataukah tidak. Model regresi yang baik adalah distribusi data normal atau mendekati normal. Deteksi normalitas dilakukan dengan melihat grafik normal probability Plot (Ghozali, 2005). Pengujian normalitas distribusi data populasi dilakukan dengan menggunakan statistic Kohnogov-Smirnov. Alat uji ini bisa disebut dengan uji K-S yang tersedia dalam program SPSS dengan menggunakan fungsi Explore.

Dasar pengambilan keputusannya adalah sebagai berikut:

- a) Jika data menyebar disekitar garis diagonal dan mengikuti arah garis diagonal maka model regresi memenuhi asumsi normalitas.
- b) Jika data menyebar jauh dari garis diagonal dan atau mengikuti

arah garis diagonal maka model regresi tidak memenuhi asumsi normalitas.

5) Uji Regresi Linear Berganda

Analisis regresi linear berganda adalah hubungan secara linear anatar dua atau lebih variabel independen (X_1, X_2, \dots, X_n) dengan variabel dependen (Y).

Analisis ini untuk mengetahui arah hubungan antar variabel independen dengan variabel dependen apakah masing-masing variabel independen berhubungan positif atau negative dan untuk memprediksi nilai dari variabel dependen apabila nilai variabel independen mengalami kenaikan atau penurunan. Data yang digunakan biasanya berskala interval atau rasio.

Persamaan regresi linear berganda sebagai berikut:

$$Y = a + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_nX_n$$

Keterangan:

Y = variabel terikat

a = nilai konstanta

b_1, b_2 = nilai koefisien regresi

X_1, X_2 = variabel bebas

Dimana:

Y = kinerja

a = nilai konstanta

b_1, b_2 = nilai koefisien regresi

X_1 = koefisien untuk karakteristik individu

X_2 = koefisien untuk faktor motivasi

6) Koefisien Determinan

Koefisien determinasi pada *regresi linear* sering diartikan sebagai seberapa besar kemampuan semua variabel bebas dalam menjelaskan varians dari variabel terikatnya. Secara sederhana koefisien determinasi dihitung dengan mengkuadratkan Koefisien Korelasi (R^2).

4. Uji Hipotesis

a. Uji - t

Uji t dikenal dengan uji parsial, yaitu untuk menguji bagaimana pengaruh masing-masing variabel bebasnya secara sendiri-sendiri terhadap variabel terikatnya. Uji ini dapat dilakukan dengan membandingkan t_{hitung} dengan t_{tabel} atau dengan melihat kolom signifikansi pada masing-masing t_{hitung} . proses uji t.

Pengambilan keputusan dilakukan dengan membandingkan T_{hitung} dan T_{Tabel} dengan ketentuan:

H_0 diterima atau H_1 ditolak, jika $T_{hitung} < T_{tabel}$

H_0 diterima atau H_1 ditolak, jika $T_{hitung} > T_{tabel}$

b. Uji - F

Uji F dikenal dengan uji serentak atau uji Model/Uji Anova, yaitu uji untuk melihat bagaimanakah pengaruh semua variabel bebasnya secara bersama-sama terhadap variabel terikatnya. Atau untuk menguji apakah model regresi yang kita buat baik/signifikan atau tidak baik/non signifikan.

Kriteria pengujian hipotesis untuk uji secara bersama-sama adalah:

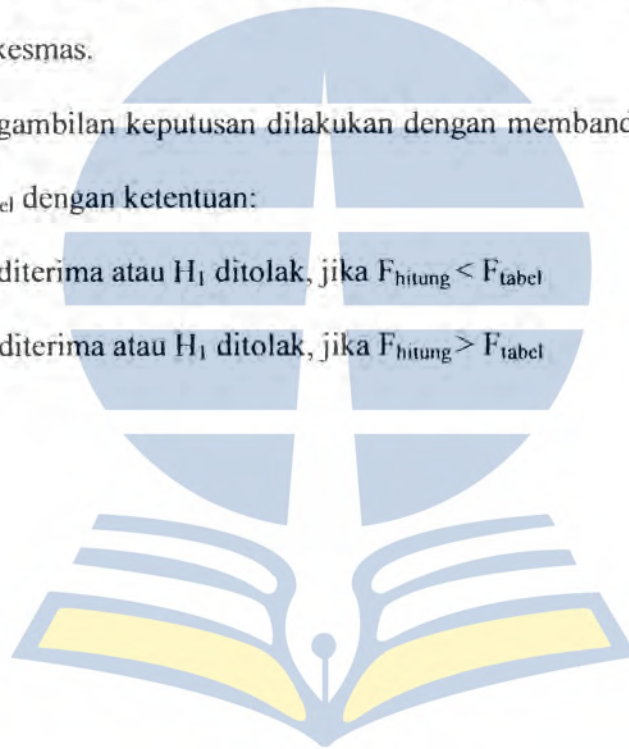
$H_0 : b_1 b_2 = 0$, variabel karakteristik individu (pendidikan, pengetahuan, lama kerja) dan motivasi (tanggung jawab dan pengakuan orang lain) secara bersama-sama tidak berpengaruh terhadap kinerja pengelola obat puskesmas.

$H_0 : b_1 b_2 \neq 0$, variabel karakteristik individu (pendidikan, pengetahuan, lama kerja) dan motivasi (tanggung jawab dan pengakuan orang lain) secara bersama-sama berpengaruh terhadap kinerja pengelola obat puskesmas.

Pengambilan keputusan dilakukan dengan membandingkan F_{hitung} dan F_{tabel} dengan ketentuan:

H_0 diterima atau H_1 ditolak, jika $F_{hitung} < F_{tabel}$

H_0 diterima atau H_1 ditolak, jika $F_{hitung} > F_{tabel}$



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Lokasi Penelitian

1. Gambaran Umum Kabupaten Sumba Timur

Kabupaten Sumba Timur secara geografi terletak pada koordinat $119^{\circ} 45^{\circ}$ - $120^{\circ} - 52^{\circ}$ Bujur Timur (BT) dan $9^{\circ} 16^{\circ} - 10^{\circ} - 20^{\circ}$ Lintang Selatan (LS). Secara definitif Kabupaten Sumba Timur menjadi Daerah Tingkat II Berdasarkan Undang-undang Nomor 64 Tahun 1958 dan Lembaran Negara nomor 1649 dengan batas administrasi, sebagai berikut:

- Utara : Berbatasan dengan selat Sumba
- Selatan : Berbatasan dengan samudra Hindia
- Timur : Berbatasan dengan laut Sabu
- Barat : Berbatasan dengan Kabupaten Sumba Tengah

Kabupaten Sumba Timur merupakan daerah yang memiliki dataran terluas di Nusa Tenggara Timur dengan Luas wilayah daratan 700.500 Ha (7.000,5 km²), yang tersebar pada 1 (satu) Pulau Utama (Pulau Sumba) dan 3 (tiga) Pulau Kecil yaitu Pulau Prai Salura, Pulau Mangkudu dan Pulau Nuha. Kurang lebih 40% pulau Sumba merupakan daerah berbukitan terjal terutama di daerah bagian selatan. Kecamatan dengan luas paling besar adalah kecamatan Haharu dengan luas 601,5 km² atau mencapai 8,59% dari luas wilayah Kabupaten Sumba Timur, sedangkan luas wilayah terkecil adalah kecamatan Kampera yang hanya memiliki luas 52,0 km² atau 0,74% dari luas wilayah Kabupaten Sumba Timur. Wilayah administrasi Pemerintah

Kabupaten Sumba Timur terdiri dari 22 Kecamatan dan 156 desa/kelurahan. (BPS Kab. Sumba Timur: Sumba Timur Dalam Angka 2013).

Jumlah penduduk Kabupaten Sumba Timur pada tahun 2012 sebesar 237.956 jiwa. Diasumsikan penduduk yang akan dilayani akan terus meningkat sebesar 2,11% pertahun sesuai dengan proyeksi pertumbuhan penduduk yang dipaparkan oleh Badan Pusat Statistik Kabupaten Sumba Timur. Dengan demikian pada akhir tahun 2019 jumlah penduduk diproyeksikan akan berjumlah 274.814 jiwa, meningkat 15.49% dari jumlah penduduk ditahun 2012. Tingkat kepadatan penduduk Kabupaten Sumba Timur tahun 2012 adalah 34 jiwa/km².

Jumlah penduduk berdasarkan data tahun 2012 sebanyak 237.956 jiwa (52.154 KK). Jumlah penduduk laki-laki sebanyak 122.485 jiwa dan perempuan 115.471 jiwa. Tingkat pendidikan di Kabupaten Sumba Timur umumnya SMU atau sederajat yaitu sebanyak 1.577 orang, sedangkan yang tamat universitas sebanyak 981 orang.

Sarana pelayanan kesehatan yang tersedia di wilayah Kabupaten Sumba Timur terdiri dari sarana pelayanan kesehatan dasar yang ditujukan sebagai tempat pemberian pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan. Jumlah sarana pelayanan kesehatan dasar di Kabupaten Sumba Timur terdiri dari Puskesmas 22 unit, Puskesmas Pembantu sebanyak 74 unit, Polindes 113 unit, Poskesdes 8 unit dan penunjang pelayanan kesehatan kepada masyarakat terdapat 529 unit posyandu.

Komposisi tenaga kesehatan berdasarkan tingkat pendidikan di Puskesmas dan Puskesmas Pembantu di Kabupaten Sumba Timur yang paling banyak adalah tenaga Perawat, yaitu sebanyak 391 orang. Secara rinci dapat dilihat pada Tabel 4.1.

Tabel 4.1
Jenis dan Jumlah Tenaga Kesehatan di Kabupaten Sumba Timur
 Lokasi dan Sebaran SDM Kesehatan di Kabupaten Sumba Timur Tahun 2013

No	Unit Kerja	TENAGA KESEHATAN													TENAGA NON KESEHATAN	TOTAL
		S2	DRSP	dr	drg	Perawat	Bidan	Apoteker	Teknis Kefarmasia Perawat	Gigi	SKM	Sanitarian	Tenaga Gizi	Analisis Kesehatan		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	Dinkes Kab. Sumba Timur	2	0	2	0	4	2	1	0	1	14	9	1	0	23	59
2	LEWA	0	0	2	0	16	8	0	1	0	0	1	0	0	2	30
3	NGGOA	0	0	0	1	14	4	0	0	0	1	0	0	0	0	20
4	LEWA TIDAHU	0	0	0	0	4	4	0	0	0	1	1	0	0	0	10
5	KOMBAPARI	0	0	0	0	7	6	0	0	1	1	1	0	0	1	17
6	MALAHAR	0	0	0	0	15	3	0	0	1	1	0	0	0	0	20
7	LAILUNGGI	0	0	0	0	11	3	0	0	0	0	0	0	0	0	14
8	KANANGGAR	0	0	1	0	9	3	0	0	1	0	1	0	0	1	16
9	NGGONGI	0	0	0	0	14	2	0	0	0	0	1	0	0	1	18
10	TANARARA	0	0	0	0	11	4	0	0	1	0	0	0	0	1	17
11	KATAKA	0	0	0	0	17	2	0	0	0	1	0	0	0	1	21
12	MAHU	0	0	0	0	7	2	0	0	0	0	0	0	0	0	9
13	NGADU NGALA	0	0	0	0	5	1	0	0	0	0	1	0	0	0	7
14	MANGILI	0	0	1	0	14	4	0	1	1	2	1	0	0	1	25
15	BAING	0	0	0	0	13	3	0	0	1	0	1	0	0	1	19
16	TANARAING	0	0	1	0	11	5	0	0	1	1	0	0	0	0	19
17	MELOLO	0	0	2	1	18	18	0	1	1	1	1	0	0	1	44
18	KAWANGU	0	0	2	1	13	16	0	1	3	1	1	0	0	0	38
19	KAMBATA MAPANGBUHANG	0	0	0	0	8	2	0	0	0	1	0	0	0	0	11
20	WAINGAPU	0	0	1	1	16	16	1	1	1	0	1	0	1	2	41
21	KAMBANIRU	0	0	1	1	25	14	0	1	1	1	1	0	0	4	49
22	RAMBANGARU	0	0	1	1	15	5	0	0	0	1	0	1	0	1	25
23	KANATANG	0	0	1	1	6	6	0	1	1	2	1	0	0	0	19
24	RS Kristen	0	0	2	0	16	2	1	1	0	0	0	0	0	0	22
25	RSUD Umbu Rara Meha	0	2	8	2	89	0	3	8	2	0	1	3	4	0	122
26	Gudang Farmasi	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	5
27	RSU Imanuel	0	0	3	0	13	1	0	1	0	0	0	0	0	0	18
Total		2	2	28	9	391	136	7	21		29	23	5	5	40	715

Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten Sumba Timur, 2013

2. Pengelolaan Obat

a. Pengertian Obat

Obat adalah bahan atau paduan bahan-bahan yang digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan dan kontrasepsi termasuk produk biologi.

Obat merupakan komponen yang penting dalam upaya pelayanan kesehatan baik di Pusat Pelayanan Kesehatan primer maupun ditingkat pelayanan kesehatan yang lebih tinggi. Keberadaan obat merupakan kondisi pokok yang harus terjaga ketersediaannya. Penyediaan obat sesuai dengan tujuan pembangunan kesehatan yaitu menjamin tersedianya obat dengan mutu terjamin dan tersedia merata dan teratur sehingga mudah diperoleh pada tempat dan waktu yang tepat.

b. Proses Pengelolaan Obat di Puskesmas

Hal yang masih menjadi masalah dibidang pelayanan kefarmasian, obat, sediaan farmasi dan alat kesehatan adalah menyangkut ketersediaan, keamanan manfaat, serta mutu dengan jumlah dan jenis yang cukup serta terjangkau dan mudah diakses oleh masyarakat (Depkes, 2004).

Untuk memberikan /melaksanakan pelayanan kefarmasian yang berorientasi pada penerapan hasil pengobatan yang optimal bagi pasien maka diperlukan jaminan ketersediaan barang dan dana yang cukup sehingga pelayanan kepada pasien berjalan lancar. Kelancaran pelayanan kepada pasien di instalasi farmasi rumah sakit ditentukan oleh kelancaran komponen-komponen yang terlibat ataupun yang membawa pengaruh

terhadap pelayanan tersebut, salah satunya adalah jaminan kelancaran obat-obatan (persediaan obat).

Hal ini berarti operasional pelayanan yang telah disusun harus dilakukan proses pengendalian persediaan obat-obatan yang tujuannya agar tidak terjadi gangguan dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Sistem pengendalian obat-obatan yang bertujuan untuk meningkatkan kelancaran pelayanan bukanlah suatu hal yang mudah untuk dilakukan, sering didapat masalah-masalah dalam sistem pengendalian persediaan obat-obatan yang mempengaruhi kelancaran pelayanan itu sendiri. Menurut Handoko (2003) yang dimaksud persediaan adalah suatu istilah umum yang menunjukkan segala sesuatu sumberdaya-sumberdaya organisasi yang disimpan dalam antisipasi terhadap pemenuhan permintaan-permintaan akan sumber daya internal atau eksternal. Persediaan ini memungkinkan organisasi dapat memenuhi permintaan langganan tanpa tergantung dari suplier.

Proses pengelolaan obat terdiri dari beberapa tahap, yaitu tahap perencanaan, tahap pengadaan, tahap penyimpanan, tahap distribusi dan tahap penggunaan (Quick *etal.*, 1997). Pengadaan obat adalah salah satu aspek penting dan menentukan dalam pengelolaan obat. Tujuan pengadaan obat adalah tersedianya obat dengan jenis dan jumlah yang cukup sesuai dengan kebutuhan dengan mutu yang terjamin serta dapat diperoleh pada saat yang diperlukan.

Pengelolaan obat adalah suatu urutan kegiatan yang mencakup perencanaan, pengadaan, penyimpanan, pendistribusian dan pencatatan/pelaporan obat (Ditjen POM, 2000).

- 1) Perencanaan obat di Kabupaten dilakukan oleh tim perencana obat terpadu kabupaten yang dibentuk dengan keputusan Bupati atau pejabat yang mewakilinya. Perencanaan obat dapat di hitung menggunakan metode konsumsi obat dan metode morbiditas (Ditjen POM, 2000).
- 2) Pengadaan obat dilakukan setelah tim perencanaan obat terpadu Kabupaten melakukan penghitungan biaya kebutuhan obat dalam rupiah yang disesuaikan dengan dana yang tersedia. Salah satu hal yang penting dalam pengadaan obat adalah kesesuaian jumlah dan jenis obat antara yang direncanakan dan yang diadakan, untuk mencegah kekurangan atau kelebihan obat (Ditjen POM, 2000).
- 3) Penyimpanan obat setiap obat yang disimpan dilengkapi dengan kartu stok untuk mencatat setiap mutasi obat. Penyimpanan obat harus sedemikian rupa sehingga memudahkan distribusi obat secara FIFO (*first in first out*), yaitu sisa stok tahun lalu digunakan lebih dahulu dari pada pengadaan baru untuk mencegah terjadinya obat rusak atau obat daluwarsa (Ditjen POM, 2000).
- 4) Pendistribusian obat dari GFK ke puskesmas dilakukan secara bijaksana agar obat yang tersedia di kabupaten dapat tersebar merata memenuhi kebutuhan puskesmas (Ditjen POM, 2000).
- 5) Pencatatan/Pelaporan obat merupakan fungsi pengendalian dan evaluasi administratif obat mulai dari perencanaan, pengadaan, penyimpanan, sampai pendistribusian obat. Pencatatan perencanaan kebutuhan jumlah dan jenis obat digunakan untuk mengevaluasi kesesuaian dengan

pengadaan obat. Pencatatan penggunaan total semua jenis obat pada pasien puskesmas, sisa stok obat, dan pola penyakit dapat digunakan untuk perencanaan kebutuhan obat tahun mendatang (Ditjen POM, 2000).

c. Kerasionalan Obat

Kerasionalan obat merupakan faktor yang sangat penting dalam perencanaan kebutuhan obat. Penggunaan obat yang irasional (tidak rasional) dapat berpengaruh negatif terhadap mutu pelayanan, dampak ekonomi dan efek samping pengguna obat. Dengan kata lain keirasionalan penggunaan obat akan berefek perencanaan kebutuhan obat tidak efektif dan tidak efisien (Depkes RI, 1996).

Pengelolaan obat merupakan serangkaian kegiatan yang menyangkut aspek perencanaan, pengadaan, pendistribusian dan penggunaan serta pelayanan obat dengan memanfaatkan sumber-sumber yang tersedia seperti tenaga, dana dan perangkat lunak (metode dan tata laksana) dalam upaya mencapai tujuan yang ditetapkan diberbagai tingkat unit kerja. Pengelolaan obat bertujuan untuk terlaksananya optimasi penggunaan obat melalui peningkatan efektifitas dan efisiensi pengelolaan obat dan penggunaan obat secara tepat dan rasional (Depkes RI, 1994).

Menurut hasil konferensi WHO di Nairobi 1985, yang dikemukakan oleh Thabrany Hasbullah, definisi penggunaan obat rasional adalah kebutuhan obat sesuai dengan kepentingan kedokteran dan klinik, sesuai dengan dosis individu, jangka waktu pemberian cukup, harga murah dan dapat dijangkau oleh masyarakat luas. Definisi ini didasarkan pada rasional obat menurut

acuan *biomedical context*. Tetapi ketentuan ini belum di patuhi oleh pasien dan *provider* (Budiarto dkk, 2003).

Menurut Badan Kesehatan Dunia (WHO) dalam Depkes RI (1996), penggunaan obat dikatakan rasional jika memenuhi kriteria antara lain:

Sesuai dengan indikasi penyakit,

- 1) Tersedia setiap saat dengan harga yang terjangkau,
- 2) Diberikan dengan dosis yang tepat,
- 3) Cara pemberian dengan interval waktu pemberian yang tepat,
- 4) Lama pemberian tepat,
- 5) Obat yang diberikan harus efektif, dengan mutu terjamin dan aman.

Menurut Depkes RI (1996), dengan demikian secara garis besar, penggunaan obat dikatakan rasional bila memenuhi persyaratan antara lain:

- 1) Ketepatan diagnosis,
- 2) Ketepatan indikasi pemakaian obat,
- 3) Ketepatan pemilihan obat,
- 4) Ketepatan dosis, cara dan lama pemberian,
- 5) Ketepatan penilaian terhadap kondisi pasien,
- 6) Ketepatan pemberian informasi,
- 7) Ketepatan dalam tindak lanjut.

d. Tugas Pokok dan Fungsi (TUPOKSI) Pengelola Obat Puskesmas

Sesuai dengan pedoman pengelolaan obat publik dan perbekalan di puskesmas (Depkes RI, 2004), bahwa Tugas dan Fungsi (TUPOKSI) pengelola obat di puskesmas meliputi tahap kegiatan perencanaan,

pengadaan, pendistribusian dan penggunaan, dengan uraian tugas masing-masing tahap kegiatan sebagai berikut:

1) Perencanaan merupakan suatu proses kegiatan seleksi obat untuk menentukan jumlah obat sesuai kebutuhan puskesmas.

Tugas pengelola obat dalam kegiatan perencanaan ini adalah:

- a) menyusun data obat yang masih tersedia (stok),
- b) menghitung kebutuhan obat puskesmas.

2) Pengadaan merupakan proses kegiatan penyediaan obat puskesmas sesuai kebutuhan. Tugas pengelola obat dalam kegiatan pengadaan ini adalah:

- a) pengadaan rutin sesuai jadwal dari Dinas Kesehatan,
- b) pengadaan obat khusus bila terjadi kebutuhan meningkat, menghindari kekosongan, penanganan Kejadian Luar Biasa (KLB),
- c) setiap pengadaan obat petugas harus melakukan pengecekan (jumlah, kemasan dan jenis obat) disesuaikan dengan dokumen pengadaan obat,
- d) melakukan penyimpanan obat sesuai dengan memperhatikan: kondisi persyaratan gudang, pengaturan penyimpanan obat, kondisi penyimpanan (kelembaban, sinar matahari, temperatur/panas, kerusakan fisik, kontaminasi bakteri, pengotoran).
- e) memperhatikan tata cara penyimpanan obat,
- f) pengamatan mutu obat

3) Distribusi merupakan kegiatan pengeluaran dan penyerahan obat secara merata dan teratur untuk memenuhi sub-sub unit pelayanan puskesmas.

Tugas pengelola obat dalam tahap distribusi adalah:

- a) menentukan frekuensi distribusi,
- b) menentukan jumlah dan jenis obat yang diberikan,
- c) melaksanakan penyerahan obat,
- d) melakukan pengendalian obat untuk menghindari kelebihan dan kekosongan obat di unit pelayanan.

4) Penggunaan adalah proses kegiatan yang meliputi penerimaan resep dokter sampai penyerahan obat ke pada pasien. Tugas pengelola obat pada tahap penggunaan ini adalah:

- a) penetapan ruang pelayanan obat,
- b) penyiapan obat,
- c) penyerahan obat,
- d) memberikan informasi obat,
- e) memperhatikan etika pelayanan,
- f) membuat daftar perlengkapan peracikan obat.

Tupoksi berdasarkan pengelolaan obat publik dan perbekalan di puskesmas (Depkes, 2003) merupakan pedoman umum untuk seluruh unit pelayanan (puskesmas dan puskesmas pembantu) diseluruh Indonesia, namun dalam pelaksanaannya dilapangan, setiap puskesmas dapat membuat tupoksi tersendiri dengan tetap berpedoman kepada pedoman umum yang telah ditetapkan.

Di puskesmas dan puskesmas pembantu dalam wilayah Kabupaten Sumba Timur ditetapkan tupoksi pengelola obat sebagai berikut:

- 1) petugas menerima obat dari Gudang Farmasi sesuai amprahan/slip penerimaan obat,
- 2) petugas menyimpan obat sesuai dengan bentuk sediaan, abjad nama obat dengan memperhatikan waktu kadaluarsa (bila ada)
- 3) petugas mencatat perjenis obat dalam kartu stok obat,
- 4) petugas mendistribusikan obat ke unit pelayanan sesuai dengan permintaan,
- 5) petugas mencatat obat yang di distribusikan ke unit pelayanan ke dalam buku register harian,
- 6) petugas membuat Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat (LPLPO) setiap akhir bulan.

3. Puskesmas

a. Pengertian Puskesmas

Pengertian puskesmas adalah merupakan kesatuan organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat. Upaya tersebut diselenggarakan dengan menitikberatkan pada pelayanan untuk masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan

mutu pelayanan kepada perorangan (Depkes RI, 2004). Maksud dari pelayanan yang menyeluruh adalah pelayanan kesehatan meliputi Promotif (peningkatan kesehatan), Preventif (pencegahan penyakit), Kuratif (penyembuhan penyakit) maupun Rehabilitatif (pemulihan penyakit) dan ditujukan untuk semua golongan, umur dan jenis kelamin. Pengertian terpadu atau integrasi menurut WHO, bila dilihat dari aspek fungsional, integrasi adalah suatu upaya untuk menyatukan berbagai fungsi dan struktur administratif yang berdiri sendiri sedemikian rupa sehingga menjadi satu kesatuan.

b. Fungsi Puskesmas

Puskesmas diharapkan dapat bertindak sebagai motivator, fasilitator dan turut serta memantau terselenggaranya proses pembangunan di wilayah kerjanya agar berdampak positif terhadap kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. Hasil yang diharapkan dalam menjalankan fungsi ini antara lain adalah terselenggaranya pembangunan diluar bidang kesehatan yang mendukung terciptanya lingkungan dan perilaku sehat. Sebagai pusat pembangunan berwawasan kesehatan puskesmas harus secara proaktif menjalin kemitraan dengan bidang pembangunan (sektor) lain ditingkat kecamatan melalui pertemuan-pertemuan koordinasi membahas situasi dan upaya peningkatan kesehatan lingkungan dan perilaku hidup sehat masyarakat. Sebagai pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya, puskesmas merupakan sarana pelayanan kesehatan pemerintah yang wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara bermutu, terjangkau, adil dan merata. Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan

adalah pelayanan kesehatan dasar yang sangat dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat dan sangat strategis dalam upaya peningkatan status kesehatan masyarakat umum.

Upaya pelayanan yang diselenggarakan meliputi:

- 1) Pelayanan kesehatan masyarakat yang lebih mengutamakan pelayanan promotif dan preventif, dengan kelompok masyarakat serta sebagian besar di selenggarakan bersama masyarakat yang bertempat tinggal diwilayah kerja puskesmas.
- 2) Pelayanan medik dasar yang lebih mengutamakan pelayanan, kuratif dan rehabilitatif dengan pendekatan individu dan keluarga pada umumnya melalui upaya rawat jalan dan rujukan.

Pada kondisi tertentu dan bila memungkinkan dapat di pertimbangkan puskesmas memberikan pelayanan rawat inap sebagai rujukan antara sebelum rujukan ke rumah sakit. Upaya-upaya tersebut di selenggarakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan serta berorientasi kepada kepuasan masyarakat. (Depkes RI, 2004).

c. Program Puskesmas

- 1) Program Kesehatan Dasar

Program kesehatan dasar puskesmas adalah program yang ditetapkan berdasarkan kebutuhan sebagian besar masyarakat Indonesia serta mempunyai kemampuan dalam mengatasi permasalahan kesehatan nasional dan internasional yang berkaitan dengan kesakitan, kecacatan dan kematian.

Program kesehatan dasar tersebut adalah :

- a) promosi kesehatan,
- b) kesehatan lingkungan,
- c) kesehatan Ibu dan Anak, termasuk keluarga berencana,
- d) perbaikan gizi,
- e) pemberantasan penyakit menular, dan
- f) pengobatan.

Rincian masing-masing kegiatan dari program kesehatan dasar diserahkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bersama dengan puskesmas sesuai dengan masalah kesempatan dan mengacu pada Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang telah ditetapkan serta sesuai dengan kemampuan dan potensial setempat.

2) Program Kesehatan Pengembangan

Program pengembangan hendaknya merupakan program yang sesuai dengan permasalahan kesehatan masyarakat setempat dan sesuai tuntutan masyarakat sebagai program inovatif dengan mempertimbangkan kemampuan sumber daya yang tersedia dan dukungan dari masyarakat. Program kesehatan pengembangan tersebut antara lain program kesehatan kerja masyarakat, program kesehatan gigi, program kesehatan manula, program kesehatan olahraga, pengembangan puskesmas dengan rawat inap, puskesmas dengan tempat bersalin, puskesmas dengan pengobatan tradisional dan lain-lain.

B. Temuan

Responden dalam penelitian ini adalah 44 orang petugas pengelola obat Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur. Dalam penelitian lapangan penulis membuat daftar kuesioner yang disebarakan sebanyak 44 eksampler kepada 44 orang petugas pengelola obat Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur. Dalam membuat daftar kuesioner ini penulis tekankan pada judul penelitian yang telah ditetapkan yang dibagi berdasarkan pada variabel yang diteliti yaitu Karakteristik Individu sebagai variabel bebas (X_1), Motivasi sebagai variabel bebas (X_2), sedangkan Kinerja sebagai variabel terikat (Y).

Dalam melakukan analisa data mengenai responden dimana penulis menggunakan beberapa pernyataan yang langsung menyangkut dengan penelitian ini, adapun pernyataan tersebut ditujukan kepada seluruh petugas pengelola obat Puskesmas yang menjadi sampel penelitian ini. Dalam menganalisa data dilakukan dengan prosedur sebagai berikut:

1. Mengumpulkan kuesioner tentang pengaruh karakteristik individu, motivasi dan kinerja.
2. Menghitung frekuensi setiap jawaban kuesioner tentang pengaruh karakteristik individu, motivasi dan kinerja kemudian kuesioner tersebut dimasukkan ke dalam kriteria penilaian yaitu:

- Jawaban Sangat Setuju (SS) = diberi skor 5
- Jawaban (S) = diberi skor 4
- Netral (N) = diberi skor 3
- Tidak Setuju (TS) = diberi skor 2
- Sangat Tidak Setuju (STS) = diberi skor 1

3. Analisis Deskriptif
4. Melakukan pengujian validitas dan reliabilitas instrument hipotesis
5. Melakukan uji asumsi klasik yang terdiri dari uji autokorelasi, uji multikolonieritas, uji heteroskedastisitas dan uji normalitas
6. Melakukan analisa data dengan menggunakan regresi linear berganda
7. Melakukan uji hipotesis dengan menggunakan uji-t dan uji-f

Dalam membuat data mengenai responden ini, dimana pernyataannya berhubungan langsung dengan pendidikan, pengetahuan, lama kerja, tanggung jawab dan pengakuan dari orang lain kemudian disebarakan kepada 44 responden. Adapun data mengenai identitas responden dalam penelitian ini dapat dilihat dan ditampilkan melalui penjelasan dibawah ini:

1. Karakteristik Individu

Pada penelitian ini karakteristik individu yang diamati adalah pendidikan, pengetahuan tentang pengelolaan obat dan lama kerja. Jumlah dan persentase responden berdasarkan identitas dapat dilihat pada uraian berikut.

a. Pendidikan

Pendidikan responden dalam penelitian ini dibagi dalam dua kategorik yaitu berpendidikan Farmasi dan non Farmasi. Hasil penelitian tentang distribusi frekuensi pendidkan responden dapat dilihat pada tabel 4.2 berikut:

Tabel 4.2
Distribusi Responden berdasarkan Pendidikan Petugas Pengelola Obat Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur

No	Pendidikan	Jumlah	Persen
1	Farmasi	8	18.2
2	Non Farmasi	36	81.8
	Jumlah	44	100.0

Berdasarkan tabel 4.2 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden mempunyai latar belakang pendidikan non Farmasi yaitu sebanyak 36 orang (81,8%), selebihnya dengan latar belakang pendidikan Farmasi, yaitu 8 orang (18,2%)

b. Pengetahuan tentang pengelolaan obat

Pengukuran pengetahuan pengelola obat dalam penelitian ini dilihat dari pengetahuan tentang perencanaan obat, pengadaan obat, distribusi obat, penggunaan obat serta pencatatan dan pelaporan obat yang dilakukan dalam proses pengelolaan obat. Hasil penelitian tentang distribusi frekuensi pengetahuan tentang pengelolaan obat dapat dilihat pada Tabel 4.3 berikut:

Tabel 4.3

Distribusi Responden Berdasarkan Uraian Pengetahuan Petugas Pengelola Obat tentang Pengelolaan Obat Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur

No	Pengetahuan tentang Pengelolaan Obat	Jumlah	Persen
Tentang Perencanaan Obat			
1	Tidak Tahu	17	38.6
2	Tahu	27	61.4
Jumlah		44	100.0
Tentang Pengadaan Obat			
1	Tidak Tahu	12	27.3
2	Tahu	32	72.7
Jumlah		44	100.0
Tentang Distribusi Obat			
1	Tidak Tahu	16	36.4
2	Tahu	28	63.6
Jumlah		44	100.0
Tentang Penggunaan Obat			
1	Tidak Tahu	26	59.1
2	Tahu	18	40.9
Jumlah		44	100.0
Tentang Pencatatan dan Pelaporan Obat			
1	Tidak Tahu	23	52.3
2	Tahu	21	47.7
Jumlah		44	100.0

Berdasarkan Tabel 4.3 dapat dilihat penjelasan tentang pengetahuan Pengelolaan Obat sebagai berikut:

1) Pengetahuan tentang Perencanaan Obat

Pengetahuan responden tentang perencanaan obat dilihat dari pengetahuan dalam mengumpulkan data yang dibutuhkan untuk perhitungan kebutuhan obat, melakukan perhitungan kebutuhan obat, serta menyusun daftar stok obat. Berdasarkan pengetahuan responden tentang perencanaan obat ditemukan sebagian besar menyatakan Tahu, yaitu 27 orang (61,4%).

2) Pengetahuan tentang Pengadaan Obat

Pengetahuan responden tentang pengadaan obat meliputi kegiatan: melakukan amprahan obat dari Gudang Farmasi Kabupaten, membuat slip penerimaan obat serta menyesuaikan dengan jumlah dan jenis obat yang diterima dan memeriksa obat yang diterima sesuai dengan slip penerimaan. Berdasarkan pengetahuan responden tentang pengadaan obat ditemukan sebagian besar menyatakan Tahu, yaitu 32 orang (72,2%).

3) Pengetahuan tentang Distribusi Obat

Pengetahuan responden tentang distribusi obat meliputi kegiatan: mendistribusikan obat ke unit pelayanan, distribusi obat ke unit pelayanan sesuai dengan permintaan, serta mencatat obat yang didistribusikan ke unit pelayanan ke dalam buku register harian. Berdasarkan pengetahuan responden tentang distribusi obat ditemukan sebagian besar menyatakan Tahu, yaitu 28 orang (63,6%).

4) Pengetahuan tentang Penggunaan Obat

Pengetahuan responden tentang penggunaan obat meliputi kegiatan: menetapkan ruang pelayanan obat dan membuat daftar perlengkapan peracikan obat, menyiapkan obat dan menyerahkan obat, memberikan informasi obat dengan memperhatikan etika pelayanan obat. Berdasarkan pengetahuan responden tentang penggunaan obat ditemukan sebagian besar menyatakan Tidak Tahu, yaitu 26 orang (59,1%).

5) Pengetahuan tentang Pencatatan dan Pelaporan Obat

Pengetahuan responden tentang pencatatan dan pelaporan obat meliputi kegiatan: mencatat obat yang didistribusikan ke unit pelayanan obat, mengisi buku register harian berdasarkan obat yang digunakan, membuat Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat (LPLPO) setiap akhir bulan. Berdasarkan pengetahuan responden tentang pencatatan dan pelaporan obat ditemukan sebagian besar menyatakan Tidak Tahu, yaitu 23 orang (52,3%).

6) Pengetahuan tentang Pengelolaan Obat

Pengetahuan tentang pengelolaan obat di puskesmas secara keseluruhan meliputi perencanaan obat, pengadaan obat, distribusi obat serta pencatatan pelaporan obat. Berdasarkan pengetahuan tentang pengelolaan obat sebagian besar pada kategori tidak tahu, yaitu 30 orang (68,2%) secara rinci dapat dilihat pada Tabel 4.4

Tabel 4.4
Distribusi Kategori Pengetahuan Pengelolaan Obat Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur

No	Pengetahuan Pengelolaan Obat	Jumlah	Persen
1	Tidak Baik	30	68.2
2	Baik	14	31.8
Jumlah		44	100.0

Dilihat tabel 4.4 Distribusi kategori pengetahuan pengelolaan obat di Puskesmas, berdasarkan pencapaian tingkat Pengetahuan tentang Pengelolaan Obat dapat diasumsikan belum seperti yang diharapkan apabila dilihat dari jumlah petugas sebanyak 44 orang, hanya 14 orang diantaranya yang berpengetahuan baik, sedangkan 30 orang masih berpengetahuan tidak baik.

c. Lama Kerja Petugas Pengelola Obat

Lama kerja responden dalam penelitian ini dibagi dalam dua kategori yaitu < 5 tahun dan > 5 tahun. Hasil penelitian tentang distribusi lama kerja responden dapat dilihat pada tabel 4.5 sebagai berikut: menunjukkan sebagian besar responden yang mempunyai lama kerja ≥ 5 tahun sebanyak 11 orang (25%) selebihnya dengan masa kerja < 5 tahun sebanyak 33 orang (75%).

Tabel 4.5
Distribusi Responden Berdasarkan Lama Kerja di Puskesmas Kabupaten Sumba Timur

No	Lama Kerja	Jumlah	Persen
1	< 5 tahun	33	75
2	≥ 5 tahun	11	25
Jumlah		44	100.0

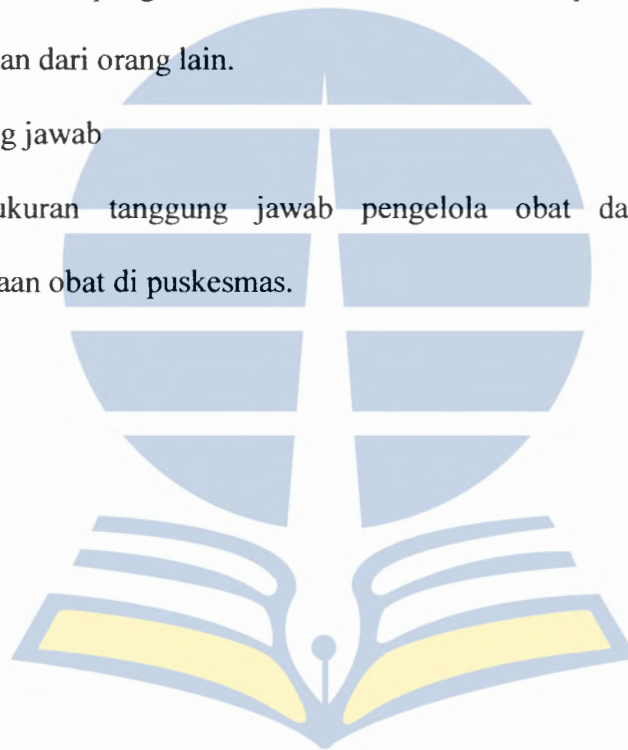
Berdasarkan tabel 4.5 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden mempunyai latar belakang lama kerja < 5 tahun sebanyak 33 orang (75%) responden selebihnya dengan lama kerja > 5 tahun sebanyak 11 orang (25%). Lama kerja seorang tenaga pengelola obat di puskesmas mempengaruhi kinerjanya. Hal ini terkait dengan pengalaman petugas tersebut dalam melaksanakan pekerjaan.

2. Motivasi

Aspek Motivasi pengelolaan obat di Puskesmas, meliputi tanggung jawab, dan pengakuan dari orang lain.

a. Tanggung jawab

Pengukuran tanggung jawab pengelola obat dalam melakukan pengelolaan obat di puskesmas.



Tabel 4.6

Distribusi Responden Berdasarkan Uraian Tanggung Jawab

No	Tanggung jawab	Jumlah	Persen
1	Saya bertanggung jawab untuk merencanakan kebutuhan obat di puskesmas		
	a. Sangat setuju	8	18.2
	b. Setuju	19	43.2
	c. Netral	15	34
	d. Tidak setuju	1	2.3
	e. Sangat tidak setuju	1	2.3
	Jumlah	44	100.0
2	Saya bertanggung jawab terhadap pengadaan obat sesuai kebutuhan		
	a. Sangat setuju	16	36.4
	b. Setuju	19	43.2
	c. Netral	6	13.6
	d. Tidak setuju	2	4.5
	e. Sangat tidak setuju	1	2.3
	Jumlah	44	100.0
3	Saya bertanggung jawab dalam distribusi obat keseluruhan unit pelayanan (pustu)		
	a. Sangat setuju	15	34.1
	b. Setuju	21	47.7
	c. Netral	5	11.4
	d. Tidak setuju	2	4.5
	e. Sangat tidak setuju	1	2.3
	Jumlah	44	100.0
4	Saya bertanggung jawab terhadap pengawasan obat secara rasional di puskesmas		
	a. Sangat setuju	14	31.8
	b. Setuju	16	36.4
	c. Kadang-kadang	7	15.9
	d. Tidak setuju	3	6.8
	e. Sangat tidak setuju	4	9.1
	Jumlah	44	100.0
5	Saya bertanggung jawab menyusun laporan tentang pengelolaan obat		
	a. Sangat setuju	13	29.5
	b. Setuju	21	47.7
	c. Netral	5	11.4
	d. Tidak setuju	2	4.5
	e. Sangat tidak setuju	3	6.8
	Jumlah	44	100.0

Berdasarkan Tabel 4.6 diatas dapat dilihat penjelasan tentang Tanggung jawab pengelola obat puskesmas terhadap pengelolaan obat di puskesmas sebagai berikut:

1) Tanggung jawab untuk merencanakan kebutuhan obat di puskesmas

Berdasarkan tanggung jawab dalam melakukan perencanaan kebutuhan obat di puskesmas ditemukan sebagian besar menyatakan Setuju, yaitu 19 orang (43,2%).

2) Tanggung jawab terhadap pengadaan obat di puskesmas

Berdasarkan tanggung jawab dalam pengadaan obat di puskesmas ditemukan sebagian besar menyatakan Setuju, yaitu 19 orang (43,2%).

3) Tanggung jawab dalam distribusi obat keseluruh unit pelayanan

Berdasarkan tanggung jawab dalam distribusi obat di puskesmas ditemukan sebagian besar menyatakan Setuju, yaitu 21 orang (47,7%).

4) Tanggung jawab terhadap pengawasan obat secara rasional di puskesmas

Berdasarkan tanggung jawab dalam pengawasan obat di puskesmas ditemukan sebagian besar menyatakan Setuju, yaitu 16 orang (36,4%).

5) Tanggung jawab menyusun laporan tentang pengelolaan obat puskesmas

Berdasarkan tanggung jawab dalam menyusun laporan tentang pengelolaan obat puskesmas ditemukan sebagian besar menyatakan Setuju, yaitu 21 orang (47,7%).

6) Distribusi Responden berdasarkan Tanggung Jawab

Aspek tanggung jawab secara keseluruhan terhadap pengelola obat dilihat dari perencanaan, pengadaan, distribusi, pengawasan dan pelaporan obat. Berdasarkan tanggung jawab dalam pengelolaan obat ditemukan sebagian besar Setuju, yaitu 18 orang (40,9%).

Tabel 4.7

Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Tanggung Jawab dalam pengelolaan obat

No	Tanggung jawab pengelola obat dalam Pengelolaan Obat Puskesmas	Jumlah	Persen
1	Sangat Setuju	16	36.4
2	Setuju	18	40.9
3	Netral	5	11.3
4	Tidak Setuju	4	9.1
5	Sangat Tidak Setuju	1	2.3
Jumlah		44	100.0

b. Pengakuan dari orang lain

Pengukuran potensi sebagai pengelola obat dalam melakukan pengelolaan obat di puskesmas.

Tabel 4.8

Distribusi Responden Berdasarkan Uraian Pengakuan dari orang lain

No	Pengakuan dari orang lain	Jumlah	Persen
1	Pengakuan yang diberikan pimpinan sebagai pengelola obat memberikan semangat untuk bekerja		
	a. Sangat setuju	10	22.7
	b. Setuju	27	61.4
	c. Netral	6	13.6
	d. Sangat tidak setuju	1	2.3
	Jumlah	44	100.0
2	Pengakuan yang diberikan rekan kerja sebagai pengelola obat memberikan semangat untuk bekerja		
	a. Sangat setuju	10	22.7
	b. Setuju	25	56.8
	c. Netral	8	18.2
	d. Tidak setuju	1	2.3
	Jumlah	44	100.0
3	Melaksanakan tugas sesuai dengan tupoksi yang dibebankan puskesmas surat keputusan pengangkatan sebagai pengelola obat		
	a. Sangat setuju	12	27.3
	b. Setuju	26	59.1
	c. Netral	4	9.1
	d. Tidak setuju	1	2.3
	e. Sangat tidak setuju	1	2.3
	Jumlah	44	100.0
4	Pasien menghargai saya sebagai petugas pengelola obat		
	a. Sangat setuju	12	27.3
	b. Setuju	19	43.2
	c. Netral	12	27.3
	d. Tidak setuju	1	2.3
	Jumlah	44	100.0

Berdasarkan Tabel 4.8. diatas dapat dilihat penjelasan tentang pengakuan orang lain sebagai pengelola obat puskesmas terhadap pengelolaan obat di puskesmas sebagai berikut:

1) Pengakuan yang diberikan pimpinan

Berdasarkan pengakuan atasan memberikan semangat untuk bekerja sebagai petugas pengelola obat di puskesmas ditemukan sebagian besar menyatakan Setuju, yaitu 27 orang (61,4%)

2) Pengakuan yang diberikan rekan kerja

Berdasarkan pengakuan rekan kerja memberikan semangat untuk bekerja sebagai petugas pengelola obat di puskesmas ditemukan sebagian besar menyatakan Setuju, yaitu 25 orang (56,8%).

3) Melaksanakan tugas sesuai dengan tupoksi

Berdasarkan pelaksanaan tugas sesuai tupoksi yang dibebankan puskesmas sebagai pengelola obat di puskesmas ditemukan sebagian besar menyatakan Setuju, yaitu 26 orang (59,1%).

4) Penghargaan dari pasien

Berdasarkan penghargaan dari pasien kepada saya sebagai petugas pengelola obat mempengaruhi semangat saya dalam bekerja sebagai pengelola obat di puskesmas ditemukan sebagian besar menyatakan Setuju, yaitu 19 orang (43,2%).

5) Distribusi Responden berdasarkan Pengakuan orang lain

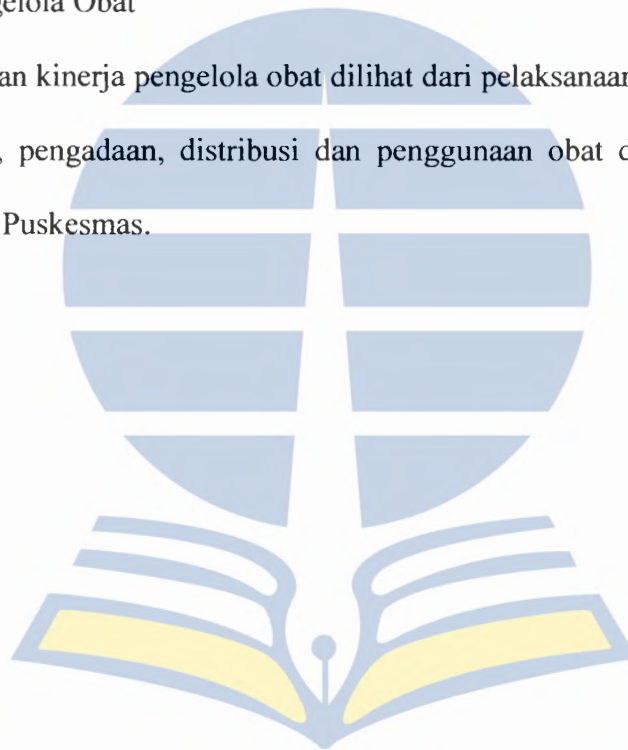
Aspek Pengakuan orang lain secara keseluruhan terhadap pengelola obat dilihat dari pengakuan yang diberikan pimpinan, pengakuan yang diberikan rekan kerja, melaksanakan tugas sesuai tupoksi dan penghargaan dari pasien. Berdasarkan pengakuan orang lain dalam pengelolaan obat ditemukan sebagian besar Setuju, yaitu 27 orang (61,3%).

Tabel 4.9
Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Pengakuan dari orang lain dalam pengelolaan obat

No	Pengakuan orang lain sebagai pengelola obat Puskesmas	Jumlah	Persen
1	Sangat Setuju	12	27.3
2	Setuju	27	61.3
3	Netral	4	9.1
4	Sangat Tidak Setuju	1	2.3
Jumlah		44	100.0

3. Kinerja Pengelola Obat

Pengukuran kinerja pengelola obat dilihat dari pelaksanaan kegiatan dalam perencanaan, pengadaan, distribusi dan penggunaan obat dalam pelayanan kesehatan di Puskesmas.



Tabel 4.10
Distribusi Responden Berdasarkan Uraian Kinerja Pengelola Obat

No	Kinerja Pengelola Obat	Jumlah	Persen
Perencanaan			
1	Sangat sering dilakukan	10	22.7
2	Sering dilakukan	19	43.2
3	Netral	8	18.2
4	Hampir tidak pernah dilakukan	2	4.5
5	Tidak pernah dilakukan	5	11.4
Jumlah		44	100.0
Pengadaan			
1	Sangat sering dilakukan	6	13.6
2	Sering dilakukan	27	61.4
3	Netral	3	6.8
4	Hampir tidak pernah dilakukan	2	4.5
5	Tidak pernah dilakukan	6	13.6
Jumlah		44	100.0
Distribusi			
1	Sangat sering dilakukan	9	20.5
2	Sering dilakukan	22	50
3	Netral	5	11.3
4	Hampir tidak pernah dilakukan	4	9.1
5	Tidak pernah dilakukan	4	9.1
Jumlah		44	100.0
Penggunaan			
1	Sangat sering dilakukan	15	34.1
2	Sering dilakukan	17	38.6
3	Netral	12	27.3
Jumlah		44	100.0

Berdasarkan Tabel 4.10 diatas dapat dilihat penjelasan kinerja pengelola obat sebagai berikut:

a. Perencanaan

Kinerja pengelola obat dalam hal perencanaan dilihat dari penyusunan daftar stok obat dan melakukan perhitungan kebutuhan obat. Berdasarkan kinerja pengelola obat dalam perencanaan ditemukan sebagian besar menyatakan Sering dilakukan, yaitu 19 orang (43,2%).

b. Pengadaan

Kinerja pengelola obat dalam hal pengadaan dilihat dari melakukan pengadaan obat rutin, melakukan pengadaan obat khusus bila terjadi kebutuhan meningkat, menghindari kekosongan, penanganan Kejadian Luar Biasa (KLB), melakukan pengecekan (jumlah, kemasan, jenis dan jumlah obat) disesuaikan dengan dokumen pengadaan obat, melakukan penyimpanan obat sesuai dengan memperhatikan: kondisi persyaratan gudang, pengaturan penyimpanan obat, kondisi penyimpanan (kelembaban, sinar matahari, temperatur/panas, kerusakan fisik, kontaminasi bakteri, pengotoran), memperhatikan tata cara penyimpanan obat, serta melakukan pengamatan mutu obat. Berdasarkan kinerja pengelola obat dalam hal pengadaan ditemukan sebagian besar menyatakan Sering dilakukan, yaitu 27 orang (61,4%).

c. Distribusi

Kinerja pengelola obat dalam hal distribusi dilihat dari menentukan frekuensi distribusi obat, menentukan jumlah dan jenis obat yang diberikan, melaksanakan penyerahan obat, serta melakukan pengendalian obat untuk menghindari kelebihan dan kekosongan obat di unit pelayanan. Berdasarkan kinerja pengelola obat dalam hal distribusi ditemukan sebagian besar menyatakan Sering dilakukan, yaitu 22 orang (50%).

d. Penggunaan

Kinerja pengelola obat dalam hal pengadaan dilihat dari melakukan penetapan ruang pelayanan obat, melakukan penyiapan obat yang akan digunakan, melakukan penyerahan obat yang akan digunakan,

memberikan informasi tentang obat yang digunakan, memperhatikan etika pelayanan dalam penggunaan obat, serta membuat daftar perlengkapan peracikan obat. Berdasarkan kinerja pengelola obat dalam hal penggunaan ditemukan sebagian besar menyatakan Sering dilakukan, yaitu 17 orang (38,6%).

e. Distribusi Responden berdasarkan Kinerja

Aspek Kinerja dalam pengelolaan obat secara keseluruhan meliputi: perencanaan, pengadaan, distribusi dan penggunaan obat dalam pelayanan kesehatan di Puskesmas, ditemukan sebagian besar Sangat sering dilakukan, yaitu 22 orang (50%).

Tabel 4.11
Distribusi Responden Berdasarkan Kinerja

No	Kinerja Pengelola Obat Puskesmas	Jumlah	Persen
1	Sangat sering dilakukan	22	50
2	Sering dilakukan	12	27.3
3	Netral	5	11.4
4	Hampir tidak pernah dilakukan	2	4.5
5	Tidak pernah dilakukan	3	6.8
Jumlah		44	100.0

C. Pembahasan

1. Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

a. Uji Validitas

Pengujian instrument menggunakan uji validitas dimaksudkan untuk menunjukkan sejauhmana tingkat ketepatan penggunaan alat ukur tersebut terhadap variabel yang ingin diukur (Singarimbun dan Efendi, 1989).

Pengujian validitas instrument menggunakan perhitungan korelasi antara

masing-masing item pernyataan dengan skor total yang dikenal menggunakan rumus korelasi *product moment*. Pengambilan keputusan validitas instrument dilakukan dengan membandingkan nilai r_{hitung} dengan nilai r_{tabel} untuk *degree of freedom* (df) = $n-2$ dalam hal ini n adalah jumlah sampel. Jika nilai $r_{hitung} > r_{tabel}$ dan bernilai positif maka butir atau pernyataan atau indicator dinyatakan valid dan begitu pula sebaliknya (Ghozali, 2005).

Dasar pengambilan keputusan dalam uji validitas adalah:

- 1) Jika nilai $r_{hitung} > r_{tabel}$ pada nilai signifikansi 5%, maka item angket dinyatakan valid.
- 2) Jika nilai $r_{hitung} < r_{tabel}$ pada nilai signifikansi 5%, maka item angket dinyatakan tidak valid.

Uji validitas menggunakan rumus korelasi person item dengan alat bantu program SPSS versi 21. Adapun hasil uji validitas:

Tabel 4.12

Hasil Uji Validitas dengan Korelasi Pearson Item Pernyataan untuk variabel Pengetahuan (X_1), sebagai berikut:

Item	Pearson Correlation	r-tabel	Keterangan
ph1	,899**	0,297	Valid
ph2	,762**		Valid
ph3	,736**		Valid
ph4	,740**		Valid
ph5	,807**		Valid

Variabel pengetahuan (X_1) memiliki $r_{hitung} > r_{tabel}$ (0,297) dapat disimpulkan sebagai item pernyataan yang valid dan dapat digunakan untuk pengolahan lebih lanjut.

Tabel 4.13

Hasil Uji Validitas dengan Korelasi Pearson Item Pernyataan untuk variabel Tanggung Jawab (X_2), sebagai berikut:

Item	Pearson Correlation	r-tabel	Keterangan
tj1	,751**	0,297	Valid
tj2	,735**		Valid
tj3	,729**		Valid
tj4	,770**		Valid
tj5	,760**		Valid

Variabel tanggung jawab (X_2) memiliki $r_{hitung} > r_{tabel}$ (0,297) dapat disimpulkan sebagai item pernyataan yang valid dan dapat digunakan untuk pengolahan lebih lanjut.

Tabel 4.14

Hasil Uji Validitas dengan Korelasi Pearson Item Pernyataan untuk variabel Pengakuan dari orang lain (X_3), sebagai berikut:

Item	Pearson Correlation	r-tabel	Keterangan
po1	,855**	0,297	Valid
po2	,817**		Valid
po3	,915**		Valid
po4	,808**		Valid

Variabel pengakuan dari orang lain (X_3) memiliki $r_{hitung} > r_{tabel}$ (0,297) dapat disimpulkan sebagai item pernyataan yang valid dan dapat digunakan untuk pengolahan lebih lanjut.

Uji Validitas dengan Korelasi Pearson Item Pernyataan untuk variabel Kinerja pengelola obat (Y), dapat dilihat pada tabel dibawah ini:



Tabel 4.15 Hasil Uji Validitas Variabel Y

Item	Pearson Correlation	r-tabel	Keterangan
ki1	,895**	0,297	Valid
ki2	,776**		Valid
ki3	,828**		Valid
ki4	,725**		Valid
ki5	,853**		Valid
ki6	,798**		Valid
ki7	,707**		Valid
ki8	,684**		Valid
ki9	,809**		Valid
ki10	,820**		Valid
ki11	,788**		Valid
ki12	,784**		Valid
ki13	,684**		Valid
ki14	,652**		Valid
ki15	,620**		Valid
ki16	,682**		Valid
ki17	,737**		Valid
ki18	,798**		Valid
ki19	,753**		Valid
ki20	,668**		Valid
ki21	,577**		Valid
ki22	,648**		Valid
ki23	,744**		Valid
ki24	,606**		Valid

Variabel Kinerja (Y) memiliki nilai $r_{hitung} > r_{tabel}$ (0,297) dapat disimpulkan sebagai item pernyataan yang valid dan dapat digunakan untuk pengolahan lebih lanjut.

Hasil perhitungan uji validitas menunjukkan bahwa semua nilai r_{hitung} lebih besar dari nilai r_{tabel} pada nilai signifikansi 5%. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa semua item dalam angket penelitian ini invalid sehingga dapat digunakan sebagai instrument penelitian.

b. Uji Reliabilitas

Pengujian reliabilitas instrument juga dilakukan untuk mengetahui sejauhmana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dihandalkan. Pengujian tingkat reliabilitas instrument menggunakan *Cronbach's Alpha* sebagaimana dikemukakan oleh Umar (2002). Uji konsistensi internal (uji reliabilitas) dilakukan dengan menghitung koefisien (*Cronbach*) alpha dari masing-masing instrument dalam suatu variabel. Instrument yang dipakai dalam variabel tersebut dikatakan handal (reliabel) bila memiliki koefisien *Cronbach Alpha* lebih dari 0,60 (Imam Ghozali, 2001).

Uji reliabilitas menggunakan rumus korelasi person item dengan alat bantu program SPSS versi 21. Adapun hasil uji reliabilitas:

Tabel 4.16 Hasil Uji Reliabilitas

Variabel	Cronbach's Alpha	Keterangan
Pengetahuan (X_1)	,848	Reliabel
Tanggung jawab (X_2)	,803	Reliabel
Pengakuan dari orang lain (X_3)	,870	Reliabel
Kinerja pengelola obat (Y)	,963	Reliabel

Hasil uji reliabilitas diperoleh nilai *Alpha* semua variabel lebih besar dari nilai 0,60. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa semua angket dalam penelitian ini reliable atau konsisten, sehingga dapat digunakan sebagai instrumen penelitian.

2. Uji Asumsi Klasik

Analisis regresi adalah suatu alat yang digunakan untuk membuat pendugaan atau peramalan atas variabel terikat berdasarkan nilai-nilai dari variabel bebas. Alat analisis Regresi ini dapat digunakan untuk membuat peramalan jika memenuhi beberapa asumsi yang dikenal dengan uji Asumsi Klasik yang terdiri dari uji autokorelasi, uji multikolonieritas, uji heteroskedastisitas dan uji normalitas.

a. Hasil Uji Autokorelasi

Bertujuan untuk menguji apakah dalam model ada korelasi antara kesalahan pengganggu pada periode t dengan kesalahan pengganggu periode sebelumnya. Adapun kriteria pengujiannya adalah sebagai berikut:

- Jika nilai Durbin Watson (dw) berada antara 0 dan dl ($0 < dw < dl$), maka dapat dinyatakan bahwa terjadi autokorelasi positif.

- Jika nilai d_w berada di antara d_l dan d_u ($d_l < d_w < d_u$), atau berada di anatar nilai $4-d_u$ dan $4-d_l$ ($4-d_u < d_w < 4-d_l$), tidak dapat dinyatakan adanya autokorelasi.
- Jika nilai d_w berada di antara d_u dan $4-d_u$ ($d_u < d_w < 4-d_u$), maka dapat dinyatakan bahwa tidak terjadi autokorelasi.

Uji autokorelasi dalam penelitian ini dilakukan dengan alat bantu program SPSS versi 21 diperoleh nilai d_w sebesar 2,181, nilai ini akan kita bandingkan dengan nilai tabel *durbin-watson* untuk nilai $N = 44$ dengan signifikansi 5%, maka diperoleh hasil uji autokorelasi seperti pada tabel dibawah ini.

Tabel 4.17 Hasil Uji Autokorelasi

d	d_l	D_u	$4-d_l$	$4-d_u$	Keterangan
2,181	1,326	1,719	2,674	2,281	Tidak ada autokorelasi

Pada penelitian ini, nilai $d_l = 1,326$; $d_u = 1,719$; $4-d_u = 2,281$; dan $4-d_l = 2,674$. Jika nilai d_w dibandingkan dengan nilai-nilai tersebut, maka dapat dilihat bahwa d_w berada di antara nilai d_u dan $4-d_u$ ($d_u (1,719) < d_w (2,181) < 4-d_u (2,281)$). Ini berarti model regresi yang dibangun tidak terjadi autokorelasi.

b. Hasil Uji Multikolonieritas

Bertujuan untuk menguji apakah model regresi yang ditemukan adanya korelasi antar variabel bebas (independen). Model regresi yang baik seharusnya tidak terjadi korelasi diantara variabel bebas.

Dasar pengambilan keputusan dalam uji multikolinieritas dilakukan dengan:

- 1) Melihat nilai Tolerance
 - a) Tidak terjadi multikolonieritas, jika nilai tolerance lebih besar dari 0,10
 - b) Terjadi multikolonieritas, jika nilai tolerance lebih kecil atau sama dengan 0,10
- 2) Melihat nilai VIF (*Variance Inflation Factor*)
 - a) Tidak terjadi multikolonieritas, jika nilai VIF lebih kecil dari 10,00
 - b) Terjadi multikolinieritas, jika nilai VIF lebih besar atau sama dengan 10,00

Uji multikolonieritas dalam penelitian ini dilakukan dengan alat bantu program SPSS versi 21. Adapun ringkasan hasil uji multikolinieritas sebagaimana data pada tabel berikut ini.

Tabel 4.18 Hasil Uji Multikolonieritas

Variabel	Tolerance	VIF	Keterangan
X ₁	,977	1,024	Tidak terjadi multikolinieritas
X ₂	,649	1,540	Tidak terjadi multikolinieritas
X ₃	,656	1,524	Tidak terjadi multikolinieritas

Hasil regresi menunjukkan bahwa nilai Tolerance masing-masing variabel $> 0,1$ atau nilai VIF < 10 . Ini berarti model regresi yang dibangun tidak terjadi gejala multikolonieritas, sehingga variabel independen tersebut dapat dinyatakan lolos uji multikolonieritas.

c. Hasil Uji Normalitas

Uji Normalitas bertujuan untuk menguji apakah dalam model regresi, variabel pengganggu atau residual memiliki distribusi normal atau tidak.

Dasar pengambilan keputusan dalam uji normalitas adalah:

- 1) Jika nilai Asymp residual sig > α (0,05), maka dapat dinyatakan model regresi memiliki residual yang berdistribusi normal.
- 2) Jika nilai Asymp residual sig < α (0,05), maka dapat dinyatakan model regresi memiliki residual yang tidak berdistribusi normal.

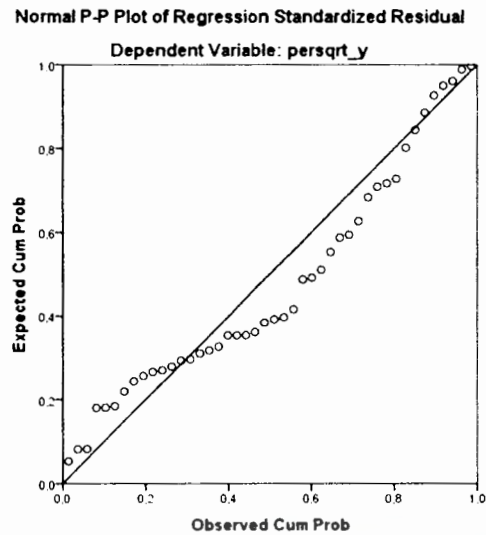
Tabel 4.19 One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Unstandardized Residual
N		44
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	,0000000
	Std. Deviation	,00211637
Most Extreme Differences	Absolute	,156
	Positive	,156
	Negative	-,100
Kolmogorov-Smirnov Z		1,035
Asymp. Sig. (2-tailed)		,234

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Berdasarkan uji normalitas menggunakan uji statistik One-Sample Kolmogorov-Smirnov test dengan 1-Sample K-S Test menunjukkan nilai asymp sig sebesar $0,234 > \alpha$ (0,05), artinya data residual model regresi yang dibangun berdistribusi normal dengan kata lain model regresi penelitian ini lolos uji normalitas.



Gambar 4.2 Uji Normalitas

Pada gambar 4.2 terlihat bahwa grafik normalitas polanya menunjukkan penyebaran titik-titik disekitar garis diagonal, mengikuti arah garis diagonal mengindikasikan model regresi memnuhi asumsi model normalitas.

d. Hasil Uji Heterokedastisitas

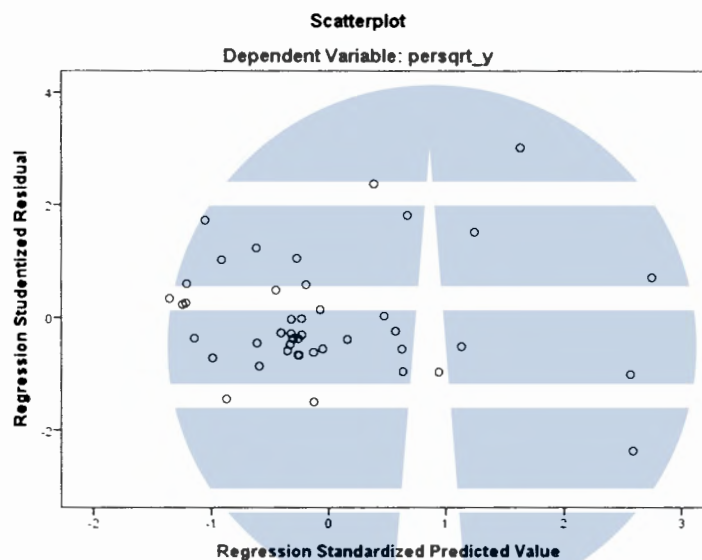
Bertujuan untuk menguji apakah dalam model regresi terjadi ketidaksamaan *variance* dari *residual* satu pengamatan ke pengamatan yang lain. Jika *variance* dari *residual* satu pengamatan ke pengamatan lain tetap maka disebut homoskedastisitas dan jika berbeda maka disebut heteroskedastisitas. Dasar pengambilan keputusan dalam uji heteroskedastisitas adalah:

- 1) Tidak terjadi heteroskedastisitas, jika nilai signifikansi lebih besar dari 0,05.
- 2) Terjadi heteroskedastisitas, jika nilai signifikansi lebih kecil dari 0,05.

Pada penelitian ini cara pendeteksian ada tidaknya heteroskedastisitas dilakukan dengan dua cara, yaitu:

1) Uji visual dengan mengamati grafik scatterplot.

Suatu model dinyatakan bebas heteroskedastisitas jika titik-titik yang terbentuk tersebar secara acak baik di atas dan di bawah garis 0 pada sumbu Y.



Gambar 4.1 Scatterplot Uji Heteroskedastisitas

Grafik scatterplot di atas memperlihatkan bahwa titik-titik yang terbentuk menyebar secara acak di atas dan di bawah garis 0 pada sumbu Y. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terjadi masalah heteroskedastisitas.

2) Uji statistik menggunakan uji Glejser

Uji ini dilakukan dengan meregresikan variabel-variabel independen terhadap nilai unstandardized absolut residual regresi. Jika nilai

signifikan $> \alpha (0,05)$, maka dapat dinyatakan bahwa model regresi yang dibangun bebas dari masalah heteroskedastisitas (tidak terdapat heteroskedastisitas)

Tabel 4.20 Hasil Uji Heteroskedastisitas

Variabel	Sig	Keterangan
X ₁	0,337	Tidak terjadi heteroskedastisitas
X ₂	0,860	Tidak terjadi heteroskedastisitas
X ₃	0,50	Tidak terjadi heteroskedastisitas

Hasil uji glejser menunjukkan bahwa nilai signifikansi $> \alpha (0,05)$, yang berarti tidak ada signifikansi. Jadi tidak terjadi heteroskedastisitas, dengan kata lain model regresi penelitian ini lolos uji heteroskedastisitas.

3. Pengujian Hipotesis

Pengujian hipotesis dimaksudkan untuk membuktikan hipotesis yang telah dibangun sebelumnya, yaitu menerangkan ada atau tidaknya pengaruh yang signifikan antara variabel bebas dengan variabel terikat, dimana dalam penelitian ini, yaitu apakah ada pengaruh positif dan signifikan antara variabel X secara bersama-sama maupun secara parsial terhadap Kinerja Pengelola Obat Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur (Y).

a. Analisis Regresi Berganda

Analisis regresi bertujuan untuk membuat peramalan atau pendugaan atas koefisien-koefisien regresi yang dihasilkan. Oleh karena itu koefisien-

koefisien regresi yang dihasilkan harus diinterpretasikan. Hasil analisis Regresi ditampilkan pada tabel berikut ini :

Tabel 4.21 Analisis Regresi Linear Berganda

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
(Constant)	-,010	,007		-1,521	,136					
1 x1_transform	,001	,000	,236	8,919	,000	,087	,819	,233	,977	1,024
persqrt_x2	,051	,018	,093	2,857	,007	,587	,416	,075	,649	1,540
persqrt_x3	,281	,010	,949	29,396	,000	,947	,978	,769	,656	1,524

a. Dependent Variable: persqrt_y

Berdasarkan uji asumsi klasik tersebut diatas, ternyata model regresi yang digunakan pada penelitian ini telah lolos uji klasik. Dengan demikian, persamaan regresi linear bergandanya hasil regresi antara karakteristik individu (pengetahuan) dan motivasi (tanggung jawab, dan pengakuan orang lain) adalah sebagai berikut:

$$Y = a + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3$$

Atau

$$Y = -0,010 + 0,001X_1 + 0,051X_2 + 0,281X_3$$

Berdasarkan persamaan tersebut dan hasil analisis sebelumnya, maka dapat dilakukan interpretasi sebagai berikut:

1. Konstanta (a) = -0,010

Nilai konstanta ini -0,01 (nilainya negatif) artinya jika seluruh variabel independen konstan (sama dengan 0), maka kinerja akan menurun sebesar 0,01 satuan.

2. $b_1 = 0,001$

Variabel X_1 (pengetahuan) memiliki koefisien regresi sebesar 0,001, artinya jika ada peningkatan 1 satuan pengetahuan (X_1), maka akan meningkatkan kinerja pengelola obat sebesar 0,001 satuan. Koefisien variabel ini memiliki arah positif, sehingga dapat dinyatakan bahwa variabel X_1 (pengetahuan) berpengaruh positif dan signifikan terhadap variabel y (kinerja pengelola obat).

3. $b_2 = 0,051$

Variabel X_2 memiliki koefisien regresi sebesar 0,051, artinya jika ada peningkatan 1 satuan tanggung jawab (X_2), akan meningkatkan kinerja pengelola obat (y) sebesar 0,051 satuan. Koefisien variabel ini memiliki arah positif, sehingga dapat dinyatakan bahwa variabel X_2 (tanggung jawab) berpengaruh positif dan signifikan terhadap variabel y (kinerja pengelola obat).

4. $B_3 = 0,281$

Variabel X_3 (pengakuan dari orang lain) memiliki koefisien regresi sebesar 0,281 artinya jika ada peningkatan 1 satuan pengakuan dari orang lain (X_3), akan meningkatkan kinerja pengelola obat (y) sebesar 0,281

satuan. Koefisien variabel ini memiliki arah positif, sehingga dapat dinyatakan bahwa variabel X_3 (pengakuan dari orang lain) berpengaruh positif dan signifikan terhadap variabel y (kinerja pengelola obat). Kinerja Pengelola Obat Puskesmas Kabupaten Sumba Timur akan meningkat apabila pengakuan orang lain meningkat, dengan asumsi faktor-faktor lain tidak boleh berubah (konstan).

b. Koefisien Determinasi (R^2)

Koefisien determinasi tujuannya untuk mengukur seberapa jauh kemampuan model menerangkan variasi variabel dependen. Nilai koefisien determinasi adalah antara nol dan satu. Berdasarkan analisis data menggunakan alat bantu program SPSS versi 21 diperoleh nilai koefisien determinasi (*Adjust R²*) untuk model penelitian ini adalah 0,971. Arti dari koefisien ini adalah sumbangan relatif yang diberikan oleh kombinasi variabel X_1 , X_2 dan X_3 terhadap Y adalah sebesar 97,1% artinya persamaan tersebut menjelaskan bahwa variabel pengetahuan, tanggung jawab dan pengakuan dari orang lain memiliki kemampuan menjelaskan pengaruh terhadap kinerja pengelola obat Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur sebesar 97,1% sedangkan sisanya 2,9% dipengaruhi oleh variabel lain yang tidak diteliti seperti kepemimpinan, imbalan, prosedur tetap, sumber daya, supervisi, control, persepsi, kepribadian, sikap dan lain sebagainya

c. Pengujian Hipotesis Secara Parsial (Uji t)

Untuk menguji pengaruh secara parsial, maka perlu dilakukan uji statistic secara parsial (uji t) untuk masing-masing variabel bebas yang terdiri atas: pengetahuan (X_1), tanggung jawab (X_2) dan pengakuan dari orang lain (X_3)

terhadap variabel terikat (Y) yaitu kinerja pengelola obat Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur, sebagai berikut :

Tabel 4.22 Hasil Uji t

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t
	B	Std. Error	Beta	
(Constant)	-,010	,007		-1,521
x1_transform	,001	,000	,236	8,919
persqrt_x2	,051	,018	,093	2,857
persqrt_x3	,281	,010	,949	29,396

1) Pengujian terhadap Pengetahuan

Berdasarkan hasil analisis regresi linear berganda, terlihat bahwa besarnya nilai t-hitung untuk pengetahuan adalah 8,919, sedangkan besarnya t-tabel 2,018. Ini berarti t-hitung lebih besar dari t-tabel sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima. Hal ini menunjukkan bahwa secara parsial pengetahuan berpengaruh secara signifikan terhadap kinerja pengelola obat Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur. Dengan demikian, hipotesis 1 penelitian ini yang mengatakan bahwa “pengetahuan berpengaruh positif dan signifikan, secara parsial terhadap kinerja pengelola obat Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur” terbukti kebenarannya.

2) Pengujian terhadap Tanggung Jawab

Berdasarkan hasil analisis regresi linear berganda, terlihat bahwa besarnya nilai t-hitung untuk tanggung jawab adalah 2,857, sedangkan

besarnya t -tabel 2,018. Ini berarti t -hitung lebih besar dari t -tabel sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima. Hal ini menunjukkan bahwa secara parsial tanggung jawab berpengaruh secara signifikan terhadap kinerja pengelola obat Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur. Dengan demikian, hipotesis 2 penelitian ini yang mengatakan bahwa “tanggung jawab berpengaruh positif dan signifikan, secara parsial terhadap kinerja pengelola obat Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur” terbukti kebenarannya.

3) Pengujian terhadap Pengakuan dari orang lain

Berdasarkan hasil analisis regresi linear berganda, terlihat bahwa besarnya nilai t -hitung untuk tanggung jawab adalah 29,396, sedangkan besarnya t -tabel 2,018. Ini berarti t -hitung lebih besar dari t -tabel sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima. Hal ini menunjukkan bahwa secara parsial Pengakuan dari orang lain berpengaruh secara signifikan terhadap kinerja pengelola obat Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur. Dengan demikian, hipotesis 2 penelitian ini yang mengatakan bahwa “Pengakuan dari orang lain berpengaruh positif dan signifikan, secara parsial terhadap kinerja pengelola obat Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur” terbukti kebenarannya.

d. Pengujian Hipotesis Secara Bersama-sama (Uji F)

Uji statistik F (Anova) pada dasarnya menunjukkan apakah semua variabel independen atau bebas yang dimasukkan dalam model mempunyai pengaruh secara bersama-sama terhadap variabel dependen atau terikat.

Tabel 4.23 Rangkuman Analisis Regresi
ANOVA^a

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	,007	3	,002	355,624	,000 ^b
1 Residual	,000	39	,000		
Total	,007	43			

Berdasarkan analisis data menggunakan alat bantu SPSS versi 21 diperoleh nilai F_{tabel} dengan probabilitas 5%, $df_1 = 4$ dan $df_2 = 39$ menunjukkan nilai 2,612. Hasil tersebut menunjukkan nilai $F_{\text{hitung}} > F_{\text{tabel}}$ dengan nilai sig 0,000 < α (0,05), maka H_a diterima. Artinya ada pengaruh yang signifikan antara karakteristik individu (pengetahuan) dan motivasi (tanggung jawab dan pengakuan orang lain) secara simultan terhadap kinerja pengelola obat Puskesmas.

Dengan demikian hipotesis II (kedua) yang menyatakan diduga karakteristik individu dan motivasi secara simultan berpengaruh signifikan terhadap kinerja pengelola obat Puskesmas dapat diterima.

Variasi perubahan nilai variabel dependen (y) yang dapat dijelaskan oleh seluruh variabel independen (X_1, X_2, X_3) secara simultan sebesar 97,1% dan sisanya sebesar 2,9 persen dijelaskan oleh variabel lain.

Nilai koefisien regresi R^2 yang diperoleh adalah positif, yaitu 0,97 dapat diartikan bahwa semakin tinggi karakteristik individu (pengetahuan) serta motivasi (tanggung jawab dan pengakuan dari orang lain) dengan asumsi variabel bebas lainnya bersifat konstan.

D. Deskripsi Hasil Penelitian

1. Pengaruh Pendidikan terhadap Kinerja Pengelola Obat

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden mempunyai latar belakang pendidikan non farmasi yaitu sebanyak 36 orang (81,8%), selebihnya merupakan tenaga pengelola obat dengan latar belakang pendidikan farmasi, yaitu 8 orang (18,2%). Keadaan ini sebenarnya tidak ideal karena akan terjadi tugas rangkap bagi perawat atau bidan yang mengelola obat, sehingga kinerja dari seorang bidan yang seharusnya menolong persalinan akan tidak optimal, demikian juga kinerja seorang perawat yang seharusnya merawat dan memberikan penyuluhan tidak akan optimal bila dibebani dengan tugas tambahan sebagai pengelola obat. Berdasarkan tingkat pengetahuan dapat diasumsikan belum seperti yang diharapkan.

Mendukung hasil penelitian Sriana A, dkk (2002) di Provinsi Jawa Timur dan Sumatera Barat bahwa ada hubungan tingkat pendidikan dengan kemampuan pengelolaan obat. Tingkat pendidikan pengelola obat yang berpendidikan farmasi pada penelitian ini lebih sedikit dari pada yang berpendidikan non farmasi dalam pengelolaan obat Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur.

Berdasarkan hasil penelitian Purwaningsih, dkk (2003), bahwa ada beberapa cara yang dapat ditempuh pemerintah daerah dalam meningkatkan peran pengelola obat di pelayanan kesehatan yaitu dengan edukasi, manajerial dan regulasi. Cara edukasi dapat ditempuh dengan pendidikan formal atau pendidikan lanjutan, sehingga mampu menerapkan peraturan Daftar Obat

Esensial Nasional (DOEN), pengadaan dan distribusi, formularium dan keuangan.

2. Pengaruh Pengetahuan terhadap Kinerja Pengelola Obat

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan responden dominan pada kategori tidak baik. Selanjutnya dengan uji regresi berganda, variabel pengetahuan menunjukkan pengaruh yang signifikan terhadap kinerja petugas pengelola obat ($p < 0,05$). Berdasarkan pencapaian tingkat pengetahuan dapat diasumsikan belum seperti yang diharapkan, apabila dilihat dari jumlah petugas sebanyak 44 orang, hanya 14 orang diantaranya yang berpengetahuan baik, hal ini disebabkan karena petugas pengelola obat mempunyai lama kerja rata-rata hanya satu tahun sehingga berpengaruh terhadap tingkat pengetahuannya tentang pengelolaan obat yang baik.

Mengacu kepada tingkatan pengetahuan yang dikemukakan Notoatmodjo (2003), bahwa pengetahuan terdiri dari berbagai tingkatan yaitu: tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*), dan evaluasi (*evaluation*). Dapat dijelaskan bahwa tingkatan pengetahuan pengelola obat puskesmas di Sumba Timur, dimana pengetahuan pengelola obat dalam hal perencanaan, pengadaan, distribusi, penggunaan maupun dalam pencatatan dan pelaporan persentase terbesar pada kategori tidak baik dapat dikelompokkan pada tingkatan mengetahui, belum mampu memahami, mengaplikasikan, menganalisis, mensintesis maupun mengevaluasi, karena persentase pengetahuan yang baik paling tinggi hanya 31,8% (Tabel 4.4).

Menurut Britten *at,al* (2002), terdapat dua penyebab utama tingginya penggunaan obat di pelayanan kesehatan. Pertama, berkaitan dengan keterbatasan pengetahuan petugas kesehatan profesional mengenai bukti-bukti ilmiah terkini, dimana kadang-kadang peresepan obat tidak sesuai dengan diperlukan. Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur kadang-kadang hal ini juga terjadi. Berkaitan dengan hal tersebut, ada hubungan pengetahuan dengan kinerja, dan kinerja tidak mungkin akan menghasilkan pekerja yang lebih baik apabila tidak disertai dengan perubahan, pengetahuan dan perilaku karena kedua unsur tersebut merupakan masalah yang sangat penting dalam meningkatkan kerja yang lebih baik.

3. Pengaruh Lama Kerja terhadap Kinerja Pengelola Obat

Hasil penelitian menunjukkan responden yang mempunyai lama kerja > 5 tahun sebanyak 11 orang lebih kecil dari pada responden yang mempunyai lama kerja < 5 tahun sebanyak 33 orang. Petugas pengelola obat yang mempunyai latar belakang pendidikan non farmasi lama bekerja sebagai pengelola obat di puskesmas < 5 tahun, hal ini juga berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan terhadap pengelolaan obat, sedangkan pengelola obat yang mempunyai latar belakang pendidikan farmasi lama bekerja sebagai pengelola obat di puskesmas > 5 tahun sehingga yang benar-benar memahami tentang pengelolaan obat hanya petugas farmasi saja.

Mendukung penelitian Sriana A, dkk (2002) bahwa lama kerja seorang tenaga pengelola obat di puskesmas mempengaruhi kinerjanya, hal ini terkait dengan pengalaman petugas tersebut dalam melaksanakan pekerjaan. Lebih lanjut disebutkan Sriana bahwa di Provinsi Jawa Timur sebagian besar

petugas pengelola obat telah bekerja sekitar 6-10 tahun demikian juga di Provinsi Sumatera Barat umumnya petugas pengelola obat mempunyai lama kerja 11-15 tahun. Pengelola obat di puskesmas di kabupaten Sumba Timur dengan latar belakang pendidikan non farmasi mempunyai lama kerja < 5 tahun sehingga tidak ada pengalaman kerja yang baik.

4. Pengaruh Tanggung Jawab terhadap Kinerja Pengelola Obat

Menurut Siagian (1995), tanggung jawab merupakan kesanggupan seseorang menyelesaikan pekerjaan yang diserahkan kepadanya dengan sebaik-baiknya dan tepat waktu serta berani memikul resiko atas keputusan yang diambilnya. Tanggung jawab meliputi pelaksanaan tugas pekerjaan dedikasi dan keberanian mengambil resiko atau tindakan yang dilakukannya. Untuk itu dalam teori Herzberg, tanggung jawab merupakan salah satu komponen motivator (*Satisfier*) yang pada akhirnya diharapkan dapat meningkatkan kinerja seseorang.

Berdasarkan uji regresi berganda, variabel tanggung jawab menunjukkan pengaruh yang signifikan terhadap kinerja petugas pengelola obat ($p < 0,05$). Selain itu berdasarkan data deskriptif yang didapat diketahui tanggung jawab terbesar yang dilakukan oleh pengelola obat terkait dengan pekerjaan merencanakan kebutuhan obat (43,2%).

Perencanaan obat adalah suatu proses kegiatan seleksi obat dan menentukan jumlah obat dalam rangka pengadaan obat untuk puskesmas dan sub unit pelayanan puskesmas (Anonim, 1995).

Secara umum pengelolaan obat yang dilakukan oleh pengelola obat (Depkes, 2003), menjelaskan tentang Tugas dan Fungsi pengelola obat di

Puskesmas meliputi tahap kegiatan perencanaan, pengadaan, pendistribusian dan penggunaan obat.

Dari hasil penelitian tersebut, maka pemberian tanggung jawab dalam pekerjaan dapat memotivasi pegawai untuk melaksanakan tugasnya secara baik dan tanggung jawab yang diberikan harus sesuai dengan tugas dan fungsinya.

5. Pengaruh Pengakuan dari orang lain terhadap Kinerja Pengelola Obat

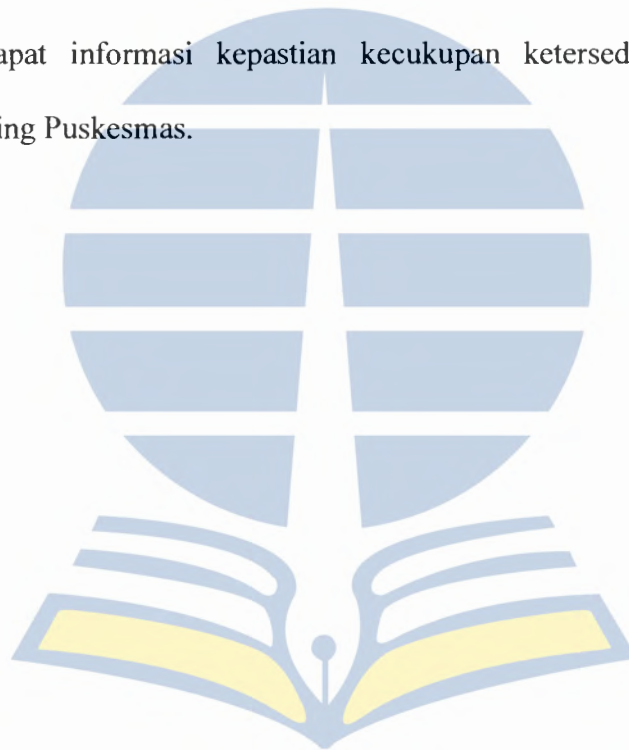
Pengakuan (*recognition*) merupakan suatu bentuk penghargaan dan menjadi salah satu kebutuhan dari kebutuhan manusia. Hal ini diperlukan karena seseorang yang telah berusaha dan bekerja dengan baik ingin mendapatkan penghargaan dari orang lain, baik dari atasan maupun sesama staf.

Berdasarkan uji regresi berganda, variabel prestasi yang diraih menunjukkan pengaruh yang signifikan terhadap kinerja petugas pengelola obat ($p < 0,05$). Dari hasil penelitian, maka pengakuan atas prestasi kerja pada pengelola obat sangat penting untuk diberikan sehingga dapat mendorong kepercayaan diri dalam bekerja dan pada akhirnya dapat meningkatkan kinerja pegawai itu sendiri.

E. Keterbatasan Penelitian

Penulis menyadari bahwa dalam penelitian ini banyak keterbatasan, antara lain:

1. Untuk mendapatkan hasil yang lebih baik perlu penelitian lebih lanjut dengan variabel berbeda dengan penelitian ini, seperti variabel motivasi ekstrinsik dan persepsi.
2. Kondisi Geografis sulit untuk ditempuh seluruh Puskesmas dan kurangnya informasi yang diperoleh untuk menjelaskan Pengaruh Karakteristik Individu dan Motivasi Terhadap Kinerja.
3. Sulit mendapat informasi kepastian kecukupan ketersediaan obat pada masing-masing Puskesmas.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan pembahasan dan hasil penelitian tentang pengaruh karakteristik individu (pendidikan, pengetahuan dan lama kerja) dan motivasi (tanggung jawab dan pengakuan dari orang lain) terhadap kinerja pengelola obat Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur, maka dapat disusun kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengetahuan mempunyai pengaruh positif dan signifikan terhadap Kinerja Pengelola Obat Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur. Hal ini terbukti dari hasil uji t yang menunjukkan adanya pengaruh signifikan dari pengetahuan, serta adanya tanda positif dari nilai koefisien regresi yang memiliki arti bahwa apabila pengetahuan meningkat maka akan meningkatkan kinerja pengelola obat.

Tanggung jawab mempunyai pengaruh positif dan signifikan terhadap Kinerja Pengelola Obat Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur. Hal ini terbukti dari hasil uji t yang menunjukkan adanya pengaruh signifikan dari tanggung jawab, serta adanya tanda positif dari nilai koefisien regresi yang memiliki arti bahwa apabila tanggung jawab meningkat maka akan meningkatkan kinerja pengelola obat.

Pengakuan dari orang lain mempunyai pengaruh positif dan signifikan terhadap Kinerja Pengelola Obat Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur. Hal ini terbukti dari hasil uji t yang menunjukkan adanya pengaruh signifikan dari pengakuan dari orang lain, serta adanya tanda positif dari nilai koefisien

regresi yang memiliki arti bahwa apabila pengakuan dari orang lain meningkat maka akan meningkatkan kinerja pengelola obat.

2. Secara simultan pendidikan, pengetahuan, lama kerja, tanggung jawab dan pengakuan orang lain berpengaruh signifikan terhadap kinerja pengelola obat puskesmas p (sig F) = 0,000 < 0,05 yang berarti semakin baik pengetahuan, tanggung jawab dan pengakuan dari orang lain yang diterima oleh petugas pengelola obat Puskesmas, semakin baik pula kinerja petugas pengelola obat di puskesmas.

B. Saran

Berdasarkan temuan pada penelitian ini, maka disarankan

1. Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Timur dalam merekrut pengelola obat dengan latar pendidikan farmasi di puskesmas
2. Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Timur meningkatkan kerjasama dalam rangka membina petugas pengelola obat puskesmas melalui pelatihan maupun pertemuan evaluasi kegiatan secara rutin.
3. Petugas pengelola obat di Puskesmas senantiasa meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang sistem pengelolaan obat di puskesmas
4. Bahan atau masukan dalam mendesain pekerjaan yang dapat mendukung dan menumbuhkan motivasi intrinsik bagi pengelola obat dalam menjalankan peran dan fungsinya.
5. Untuk pengembangan ilmu pengetahuan masih sangat diperlukan penelitian pada bidang yang sejenis, khususnya penelitian mengenai hubungan antara motivasi intrinsik terhadap kinerja pengelola obat. Selain penelitian sejenis

perlu juga dilakukan penelitian berkelanjutan dengan menggunakan berbagai faktor kondisional kemungkinan berpengaruh secara positif terhadap kinerja pengelola obat seperti motivasi ekstrinsik sikap terhadap pekerjaan, struktur organisasi, gaya kepemimpinan, ketidakpastian lingkungan dan budaya kerja.



DAFTAR PUSTAKA

- Bastian. Indra. 2001. Akuntansi Sektor Publik di Indonesia. Yogyakarta: BPFE
- Britten et, al. (2002). Influence Of Patients Expectations and Antibiotic Management Of Acute Lower Respiratory tract Illness in GP : Question Naire Study
- Budiarto Wasis., Ristrini. 2003. Studi Tentang Pembiayaan Kesehatan Oleh Pemerintah Sebelum dan Selama Otonomi Daerah Di Propinsi Kalimantan Timur. (Jurnal). Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol.06/No.02/2003: 97-109.
- Depkes RI., 1996. Pedoman Perencanaan dan Pengelolaan Obat. Jakarta
- _____, 2002 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.1412/Menkes/SK/XI/2002 Tentang Pedoman Teknis Pengadaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan untuk Pelayanan Kesehatan Dasar.
- _____, Nomor: 1426/Menkes/SK/XI/2002 tanggal 21 Nopember 2002 tentang Pedoman Pengelolaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan. Lampiran. Jakarta. 220: 1-12
- _____, 2003 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.1457/Menkes/SK/II/2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota. Jakarta.
- _____, 2004. Pedoman Pengelolaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan di Puskesmas. Dep. Kes. RI. Jakarta.
- _____, 2004. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.128/Menkes/SK/II/2004 Tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat, Pedoman Pelayanan Kesehatan Puskesmas dari Depkes RI. Jakarta.
- _____, 2006, Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 189/MENKES/SK/III/2006 Tentang Kebijakan Obat Nasional, Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
- _____, 2013. Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Timur Tahun 2013.
- _____, 2013. Subdin Yankes Kabupaten Sumba Timur, 2013.
- Davis, Keith, 2004. *Fundamental Organization Behavior*, Diterjemahkan Agus Dharma Penerbit Erlangga, Jakarta.
- Dewi, AG., 2006. Upaya Peningkatan Kinerja Perawat dalam Pengisian Berkas Rekam Medis Rawat Inap Melalui Analisis Faktor Individu dan Faktor

Sistem Manajemen : Studi Kasus di RSUD Kabupaten, (Tesis) Pascasarjana
Universitas Airlangga, Surabaya: Airlangga University Library.

Ditjen POM, 2000. Pedoman Teknis Pengelolaan Obat untuk Unit Pelayanan Kesehatan Kabupaten/Kota. Direktorat Jenderal Pengawasan Obat dan Makanan Departemen Kesehatan RI. Jakarta

Gibson Ivanicevich, dkk. (1989). Organisasi, Perilaku-Struktur-Proses, Jilid Satu, Edisi Kelima. Jakarta: Erlangga.

Ghozali, Imam. 2005. Aplikasi Analisis Multivariate dengan Program SPSS. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.

Griffin 2002. Motivasi dan Kepemimpinan.
<http://www.geocities.com/pengantarmanajemen>

Gujarati D. (1999). Ekonmatika Dasar (Edisi Bahasa Indonesia). Jakarta: Erlangga.

Handoko TH., 2003. Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia, Edisi Kedua, Cetakan Kedelapan. Badan Pengembangan Fakultas Ekonomi, Yogyakarta.

Hasanbasri M., dkk, 2007. Kebijakan Obat di Puskesmas Pelaksanaan Kebijakan Obat Generik di Apotik Kabupaten Pelalawan Propinsi Riau. Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.

Hasibuan, Malayu S. P. 2013. Manajemen Sumber Daya Manusia. Edisi Revisi, Cetakan ketujuh belas, Penerbit Bumi Aksara, Jakarta.

Ilyas, Yaslis, 2002. Kinerja, Teori, Penilaian dan Penelitian. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Jakarta.

Jayakusuma. (2002). Strategi Penetapan Ekspor seri Bisnis International. Jakarta: Pustaka Binaan Presendi.

Keban, Yermias T, 2004. Enam Dimensi Administrasi Publik: konsep, teori dan isu, Edisi Kesatu Cetakan Kesatu, Penerbit Gava Media, Yogyakarta.

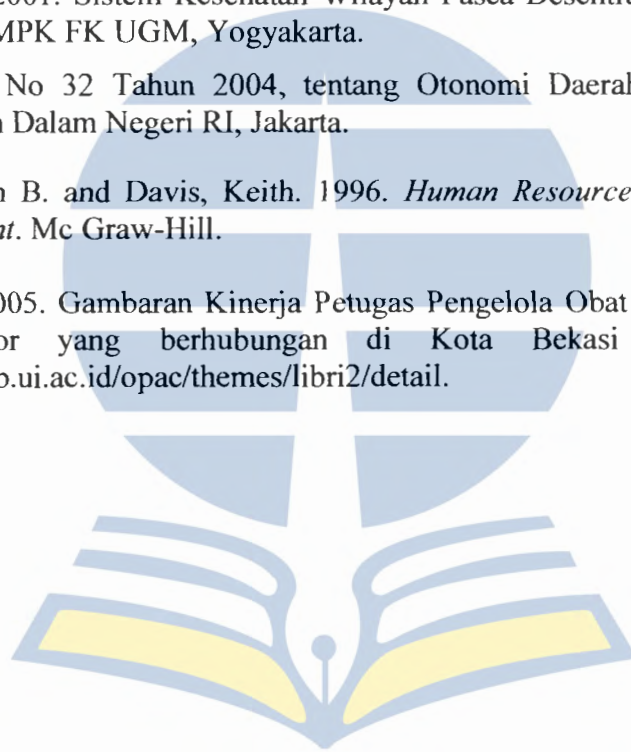
Luthans, Fred, 2003. *Organization Behavior*. Seventh Edition. McGraw-Hill, United States Of America.

Mangkunegara, A. A. Prabu, 2002. Manajemen Sumber Daya Manusia Perusahaan, Penerbit Rosda Karya, Bandung.

Morissan, 2014. Metode Penelitian Survei, cetakan ke-2, Kencana Prenamedia Group Indonesia, Jakarta.

- Mulyadi, 1997. Akuntansi Manajemen: Konsep, Manfaat dan Rekayasa. (Edisi kedua). Bagian Penerbitan Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi YKPN, Yogyakarta.
- Mursyidah, 2005. Analisis Seleksi Obat di Dinas Kesehatan Kabupaten Malang Melalui Metode *Serviced Based*. Post Graduate Airlangga University. library@unair.ac.id
- Nawawi, H. Hadari, 2003, Manajemen Sumber Daya Manusia Untuk Bisnis yang Kompetitif, Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Notoadmodjo (2005). Metodologi Penelitian Kesehatan. (Edisi Revisi). Cetakan ketiga. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Purwanto S., 2008. Analisis Manajemen Logistik Obat di Puskesmas Kabupaten Sidoarjo. Post Graduate Airlangga University. library@unair.ac.id
- Quick, J.D., et al., 1997. Managing Drug Supply. Revised And Expanded, Managemen Sciences For Health. WHO. Boston.
- Rivai V, 2005. Manajemen Sumber Daya Manusia untuk Perusahaan dari Teori ke Praktik, PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Santoso, S. 2001. Buku Latihan SPSS Statistik Non Parametrik, Penerbit PT Elex Media Komputindo, Jakarta.
- Sedarmayanti. 2001. Sumber Daya Manusia. Penerbit Bumi Aksara, Jakarta.
- Siagian, S. P. 2014. Manajemen Sumber Daya Manusia. Cetakan kedua puluh dua Penerbit Bumi Aksara, Jakarta.
- Simamora, Henry, 2004. Manajemen Sumber daya Manusia, Edisi III, STIE YPKN, Yogyakarta.
- Simanjuntak, Payaman J. 2005. Manajemen dan Evaluasi Kerja, Lembaga Penerbit FEUI, Jakarta.
- Singarimbun, M., Sofyan E., 1995. Metode Penelitian Survei, Cetakan 2, PT. Pustaka LP2ES Indonesia, Jakarta.
- Sriana A., dkk, 2002. Kemampuan Petugas Menggunakan Pedoman Evaluasi Pengelolaan dan Pembiayaan Obat. Puslitbang Farmasi dan Obat Traditional, Badan Litbang Kesehatan. Majalah Ilmu Kefarmasian, Vol. II, No. 2, Agustus 2005.
- Stephen P. Robbins. (1996). Perilaku Organisasi , Konsep, Kontroversi, Aplikasi, Alih Bahasa oleh Hadyana Pujaatmaka, Jakarta: PT. Buana Ilmu Populer.
- Sudarmanto. (2009). Kinerja dan Pengembangan Kompetensi SDM. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

- Sugiyono, 2005, *Statistika Untuk Penelitian*, Cetakan Keduabelas, Alfabeta, Bandung.
- Suwita, 2001. Pengaruh Variabel Kemampuan dan Motivasi Kerja terhadap Kinerja Petugas Farmasi dalam Pengelolaan Obat dan Laporan Pemakaian Lembar Permintaan Obat (LPLPO) Puskesmas di Kabupaten Padang Pariaman Propinsi Sumatera Barat Tahun 2001. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara, Medan.
- Taufik, 2008. *Manajemen Pengelolaan Obat di Sarana Kesehatan*, Jakarta.
- Timpe, D. A. 2002. *Motivasi Pegawai: Seri Sumber Daya Manusia*. PT. Elex Media Komputindo, Yogyakarta.
- Trisnantoro, L., 2001. *Sistem Kesehatan Wilayah Pasca Desentralisasi*, Makalah Seminar, PMPK FK UGM, Yogyakarta.
- Undang-Undang No 32 Tahun 2004, tentang Otonomi Daerah, Biro Hukum Departemen Dalam Negeri RI, Jakarta.
- Werther, William B. and Davis, Keith. 1996. *Human Resource and Personnel Management*. Mc Graw-Hill.
- Wurjati, Rida, 2005. *Gambaran Kinerja Petugas Pengelola Obat Puskesmas dan Faktor-faktor yang berhubungan di Kota Bekasi tahun 2004*. <http://digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail>.



		3. Memeriksa obat yang diterima sesuai dengan slip penerimaan		
4	Kegiatan apa saja yang bapak/ibu ketahui dalam penggunaan obat puskesmas	1. Mendistribusikan obat ke unit pelayanan		
		2. Distribusi obat ke unit pelayanan sesuai dengan permintaan		
		3. Mencatat obat yang didistribusikan ke unit pelayanan ke dalam buku register harian		
5	Kegiatan apa saja yang bapak/ibu kegiatan dalam pelaporan obat puskesmas	1. Mencatat obat yang di distribusikan ke unit pelayanan		
		2. Mengisi buku register harian berdasarkan obat yang digunakan		
		3. Membuat Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat (LPLPO)		
		Baik	tdak baik	
		Penjelasan : Baik : apabila responden, mampu menjawab seluruh pertanyaan dengan skor 16-30 tidak Baik : apabila responden, mampu menjawab sebagian pertanyaan dengan skor 1-15		



II. Motivasi

Petunjuk Pengisian :

Untuk kuesioner Motivasi dan Kinerja Pengelola Obat di Puskesmas, berilah tanda (√) pada kolom alternatif jawaban yang tersedia menurut saudara/i paling sesuai dengan kenyataan yang saudara/i rasakan.

Keterangan ;

- 5 = Sangat setuju
- 4 = Setuju
- 3 = Netral
- 2 = Tidak setuju
- 1 = Sangat tidak setuju

No	Pertanyaan	Jawaban				
		Sangat setuju 5	Setuju 4	Netral 3	Tidak setuju 2	sangat tidak setuju 1
a. Tanggung Jawab						
1	Saya bertanggung jawab untuk merencanakan kebutuhan obat di puskesmas					
2	Saya bertanggung jawab terhadap pengadaan obat sesuai kebutuhan					
3	Saya bertanggung jawab dalam distribusi obat keseluruh unit pelayanan (pustu)					
4	Saya bertanggung jawab terhadap pengawasan obat secara rasional di puskesmas					
5	Saya bertanggung jawab menyusun laporan tentang pengelolaan obat puskesmas					
b. Pengakuan orang lain						
1	Pengakuan yang diberikan pimpinan sebagai pengelola obat memberikan semangat untuk bekerja					
2	Pengakuan yang diberikan rekan kerja					

	sebagai pengelola obat memberikan semangat untuk bekerja					
3	Melaksanakan tugas sesuai dengan tupoksi yang dibebankan puskesmas surat keputusan pengangkatan sebagai pengelola obat					
4	Pasien menghargai saya sebagai petugaspengelola obat					



KUESIONER KINERJA PENGELOLA OBAT

Petunjuk Pengisian :

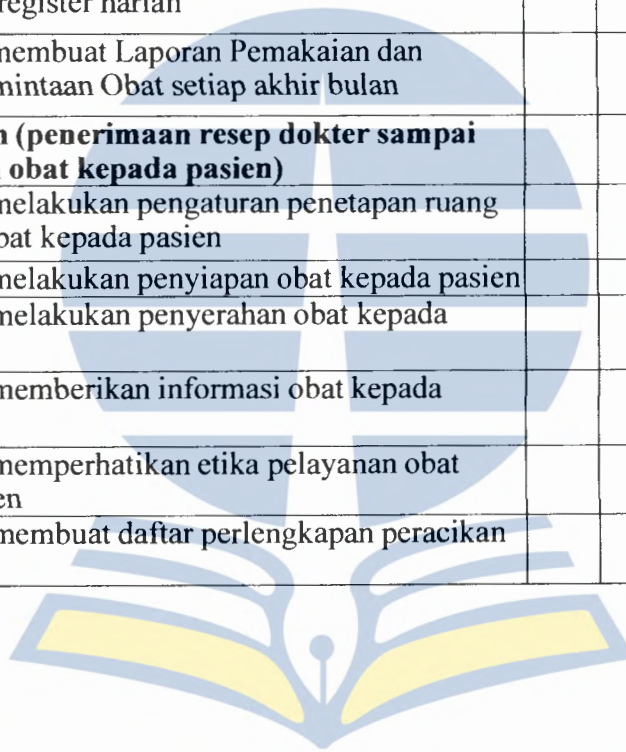
Pilihlah salah satu pernyataan yang paling sesuai dengan pendapat anda dengan cara memberi tanda (√) pada kolom alternatif jawaban yang tersedia.

Keterangan ;

- | | |
|-------------------------|-------|
| 5 = Sangat Setuju | (SS) |
| 4 = Setuju | (S) |
| 3 = Netral | (N) |
| 2 = Tidak Setuju | (TS) |
| 1 = Sangat Tidak Setuju | (STS) |

No	Daftar Pernyataan	Jawaban				
		SS	S	N	TS	STS
I	Perencanaan (kegiatan seleksi obat dan menentukan jumlah obat sesuai kebutuhan puskesmas)					
1	Saya selalu menyusun data obat yang masih tersedia (stok)					
2	Saya selalu menghitung kebutuhan jumlah obat puskesmas					
3	Saya selalu menghitung kebutuhan jenis obat puskesmas					
4	Saya selalu menghitung penggunaan total jumlah obat pada pasien puskesmas					
5	Saya selalu menghitung penggunaan total jenis obat pada pasien puskesmas					
6	Saya selalu melaksanakan perencanaan obat puskesmas sesuai dengan yang telah ditetapkan					
II	Pengadaan (kegiatan penyediaan dan penyimpanan)					
1	Dalam pengadaan obat rutin puskesmas saya selalu melakukan pemesanan sesuai dengan jadwal dari Dinas Kesehatan					
2	Saya selalu melakukan estimasi dalam pengadaan obat secara khusus bila terjadi kebutuhan meningkat, menghindari kekosongan dan bila terjadi Kejadian Luar Biasa (KLB)					
3	Saya selalu melakukan pengecekan jumlah obat sesuai dengan dokumen pemesanan					
4	Saya selalu melakukan pengecekan kemasan obat sesuai dengan dokumen pemesanan					
5	Saya selalu melakukan pengecekan jenis obat sesuai dengan dokumen pemesanan					
6	Saya selalu melakukan penyimpanan obat sesuai dengan kondisi persyaratan gudang					

III	Distribusi (kegiatan pengeluaran dan penyerahan obat)					
1	Saya selalu menentukan frekuensi distribusi pengeluaran dan penyerahan obat secara merata dan teratur untuk memenuhi sub-sub unit pelayanan					
2	Saya selalu menentukan jumlah dan jenis obat yang diberikan secara merata dan teratur untuk memenuhi sub-sub unit pelayanan					
3	Saya selalu melaksanakan penyerahan obat untuk memenuhi kebutuhan sub-sub unit pelayanan					
4	Saya selalu melakukan pengendalian obat untuk menghindari kelebihan dan kekosongan obat di unit pelayanan					
5	Saya selalu mencatat obat yang didistribusikan ke dalam buku register harian					
6	Saya selalu membuat Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat setiap akhir bulan					
IV	Penggunaan (penerimaan resep dokter sampai penyerahan obat kepada pasien)					
1	Saya selalu melakukan pengaturan penetapan ruang pelayanan obat kepada pasien					
2	Saya selalu melakukan penyiapan obat kepada pasien					
3	Saya selalu melakukan penyerahan obat kepada pasien					
4	Saya selalu memberikan informasi obat kepada pasien					
5	Saya selalu memperhatikan etika pelayanan obat kepada pasien					
6	Saya selalu membuat daftar perlengkapan peracikan obat					



Lampiran 3 : Tabel Frekuensi

A. Pendidikan

Pendidikan Responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Farmasi	8	18.2	18.2	18.2
Non Farmasi	36	81.8	81.8	100.0
Total	44	100.0	100.0	

B. Pengetahuan

Pengetahuan Perencanaan Obat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Tahu	17	38.6	38.6	38.6
Tahu	27	61.4	61.4	100.0
Total	44	100.0	100.0	

Pengetahuan Pengadaan Obat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Tahu	12	27.3	27.3	27.3
Tahu	32	72.7	72.7	100.0
Total	44	100.0	100.0	

Pengetahuan Distribusi Obat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Tahu	16	36.4	36.4	36.4
Tahu	28	63.6	63.6	100.0
Total	44	100.0	100.0	

Pengetahuan Penggunaan Obat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	26	59.1	59.1	59.1
	Tahu	88	40.9	40.9	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Pengetahuan Pencatatan dan Pelaporan Obat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	23	52.3	52.3	52.3
	Tahu	21	47.7	47.7	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Kategori Pengetahuan Pengelola Obat Puskesmas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Baik	30	68.2	68.2	68.2
	Baik	14	31.8	31.8	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

C. Lama Kerja

Lama Kerja Responden di Puskesmas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang 5 tahun	33	75	75	75
	Sama atau lebih 5 tahun	11	25	25	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

D. Motivasi

Tanggung jawab merencanakan kebutuhan obat di Puskesmas

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Sangat setuju	8	18.2	18.2
	Setuju	19	43.2	43.2
	Netral	15	34.0	34.0
	Tidak setuju	1	2.3	2.3
	Sangat Tidak Setuju	1	2.3	2.3
	Total	44	100.0	100.0

Tanggung jawab pengadaan obat sesuai kebutuhan

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Sangat setuju	16	36.4	36.4
	Setuju	19	43.2	43.2
	Netral	6	13.6	13.6
	Tidak setuju	2	4.5	4.5
	Sangat Tidak Setuju	1	2.3	2.3
	Total	44	100.0	100.0

Tanggung jawab distribusi obat keseluruhan unit pelayanan (pustu)

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Sangat setuju	15	34.1	34.1
	Setuju	21	47.7	47.7
	Netral	5	11.4	11.4
	Tidak setuju	2	4.5	4.5
	Sangat Tidak Setuju	1	2.3	2.3
	Total	44	100.0	100.0

Tanggung jawab pengawasan obat secara rasional di puskesmas

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Sangat setuju	14	31.8	31.8
	Setuju	16	36.4	36.4
	Netral	7	15.9	15.9
	Tidak setuju	3	6.8	6.8
	Sangat Tidak Setuju	4	9.1	9.1
	Total	44	100.0	100.0

Tanggung jawab menyusun laporan tentang pengelolaan obat

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Sangat setuju	13	29.5	29.5
	Setuju	21	47.7	47.7
	Netral	5	11.4	11.4
	Tidak setuju	2	4.5	4.5
	Sangat Tidak Setuju	3	6.8	6.8
	Total	44	100.0	100.0

Tanggung jawab dalam pengelolaan obat

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Sangat setuju	16	36.4	36.4
	Setuju	18	40.9	40.9
	Netral	5	11.3	11.3
	Tidak setuju	4	9.1	9.1
	Sangat Tidak Setuju	1	2.3	2.3
	Total	44	100.0	100.0

Pengakuan dari orang lain

Pengakuan dari pimpinan sebagai pengelola obat memberikan semangat untuk bekerja

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Sangat setuju	10	22.7	22.7
	Setuju	27	61.4	61.4
	Netral	6	13.6	13.6
	Sangat Tidak Setuju	1	2.3	2.3
	Total	44	100.0	100.0

Pengakuan dari rekan kerja sebagai pengelola obat memberikan semangat untuk bekerja

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Sangat setuju	10	22.7	22.7
	Setuju	25	56.8	56.8
	Netral	8	18.2	18.2
	Sangat Tidak Setuju	1	2.3	2.3
	Total	44	100.0	100.0

Melaksanakan tugas sesuai dengan tupoksi yang dibebankan puskesmas surat keputusan pengangkatan sebagai pengelola obat

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Sangat setuju	12	27.3	27.3
	Setuju	26	59.1	59.1
	Netral	4	9.1	9.1
	Tidak setuju	1	2.3	2.3
	Sangat Tidak Setuju	1	2.3	2.3
	Total	44	100.0	100.0

Pasien menghargai saya sebagai petugas pengelola obat

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Sangat setuju	12	27.3	27.3
	Setuju	19	43.2	43.2
	Netral	12	27.3	27.3
	Sangat Tidak Setuju	1	2.3	2.3
	Total	44	100.0	100.0

Kategori pengakuan dari orang lain dalam pengelolaan obat

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Sangat setuju	12	27.3	27.3
	Setuju	27	61.3	61.3
	Netral	4	9.1	9.1
	Sangat Tidak Setuju	1	2.3	2.3
	Total	44	100.0	100.0

E. Kinerja

Kategori Kinerja Pengelola Obat di Puskesmas

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Sangat setuju	22	50.0	50.0
	Setuju	12	27.3	27.3
	Netral	5	11.4	11.4
	Tidak setuju	2	4.5	4.5
	Sangat Tidak Setuju	3	6.8	6.8
	Total	44	100.0	100.0

Lampiran 4 : Hasil Uji Validitas

Correlations						
	phtot	tjtot	Prtot	Potot	kinerjatot	tot
Pearson Correlation	1	.704**	.652**	.533**	.661**	.899**
phtot Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000
N	44	44	44	44	44	44
Pearson Correlation	.704**	1	.421**	.406**	.510**	.762**
Tjtot Sig. (2-tailed)	.000		.004	.006	.000	.000
N	44	44	44	44	44	44
Pearson Correlation	.652**	.421**	1	.403**	.432**	.736**
Prto Sig. (2-tailed)	.000	.004		.007	.003	.000
N	44	44	44	44	44	44
Pearson Correlation	.533**	.406**	.403**	1	.555**	.740**
potot Sig. (2-tailed)	.000	.006	.007		.000	.000
N	44	44	44	44	44	44
Pearson Correlation	.661**	.510**	.432**	.555**	1	.807**
Kinerjatot Sig. (2-tailed)	.000	.000	.003	.000		.000
N	44	44	44	44	44	44
Pearson Correlation	.899**	.762**	.736**	.740**	.897**	1
Tot Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	
N	44	44	44	44	44	44

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

Lampiran 5 : Uji Reliabilitas

Variabel	Cronbach's Alpha	Keterangan
Pengetahuan (X1)	,848	Reliabel
Tanggung jawab (X2)	,803	Reliabel
Prestasi yang diraih (X3)	,832	Reliabel
Pengakuan dari orang lain (X4)	,870	Reliabel
Kinerja pengelola obat (Y)	,963	Reliabel

Lampiran 6 : Hasil Uji Autokorelasi

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square (Koefisien Determinasi)	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,987 ^a	,973	,971	,00222	,973	355,624	4	39	,000	2,181

a. Predictors: (Constant), persqrt_x4, persqrt_x3, x1_transform, persqrt_x2

b. Dependent Variable: persqrt_y

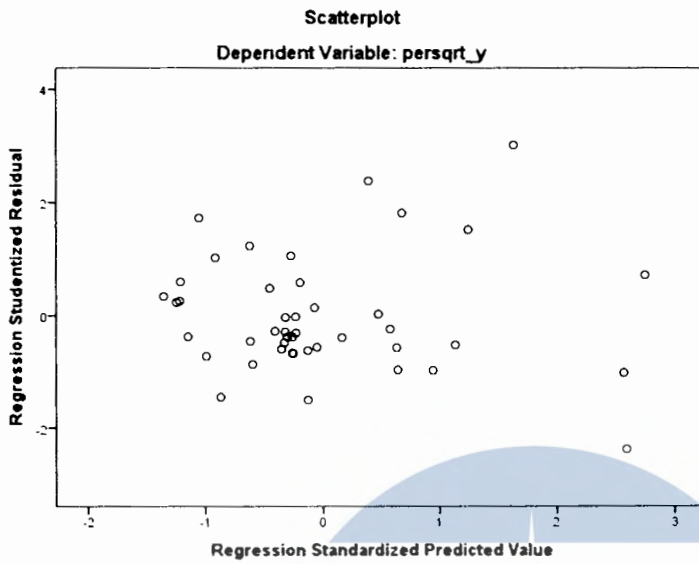
Lampiran 7 : Hasil Uji Multikolonieritas

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
(Constant)	-,010	,007		-1,521	,136					
x1_transform	,001	,000	,236	8,919	,000	,087	,819	,233	,977	1,024
1 persqrt_x2	,051	,018	,093	2,857	,007	,587	,416	,075	,649	1,540
persqrt_x3	,133	,024	,148	5,527	,000	-,006	,663	,145	,959	1,043
persqrt_x4	,281	,010	,949	29,396	,000	,947	,978	,769	,656	1,524

a. Dependent Variable: persqrt_y

Lampiran 8 : Uji Heterokedastisitas (Uji visual dengan mengamati grafik scatterplot)



Lampiran 9 : Uji Heterokedastisitas (Uji statistik menggunakan uji Glejser)

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	-,002	,004		-,573	,570
x1_transform	3,566E-005	,000	,147	,971	,337
1 persqrt_x2	-,002	,010	-,033	-,178	,860
persqrt_x3	,006	,014	,060	,390	,698
persqrt_x4	,011	,006	,372	2,020	,050

a. Dependent Variable: absres

Lampiran 10 : Hasil Uji Normalitas Regresi

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Unstandardized Residual
N		44
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	,0000000
	Std. Deviation	,00211637
	Absolute	,156
Most Extreme Differences	Positive	,156
	Negative	-,100
Kolmogorov-Smirnov Z		1,035
Asymp. Sig. (2-tailed)		,234

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Lampiran 11 : Analisis Regresi Linear Berganda

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
(Constant)	-,010	,007		-1,521	,136					
x1_transform	,001	,000	,236	8,919	,000	,087	,819	,233	,977	1,024
1 persqrt_x2	,051	,018	,093	2,857	,007	,587	,416	,075	,649	1,540
persqrt_x3	,133	,024	,148	5,527	,000	-,006	,663	,145	,959	1,043
persqrt_x4	,281	,010	,949	29,396	,000	,947	,978	,769	,656	1,524

a. Dependent Variable: persqrt_y

Lampiran 12 : Pengujian Hipotesis (Uji Koefisien Regresi Parsial (Uji t))

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t
	B	Std. Error	Beta	
(Constant)	-,010	,007		-1,521
x1_transform	,001	,000	,236	8,919
1 persqrt_x2	,051	,018	,093	2,857
persqrt_x3	,133	,024	,148	5,527
persqrt_x4	,281	,010	,949	29,396

Lampiran 13 : Uji Signifikansi Simultan (Uji F)
ANOVA^a

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	,007	4	,002	355,624	,000 ^b
1 Residual	,000	39	,000		
Total	,007	43			