

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Pengertian Manajemen Obat

Manajemen adalah suatu proses yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan melalui pemanfaatan sumber daya dan sumber-sumber lainnya secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan tertentu (Athoillah,2010).

Manajemen Obat adalah pokok manajerial Rumah Sakit terutama dalam hal pengelolaan obat yang ada dirumah sakit yang bertujuan mencegah stock out dan stagnan stok. Bila hal ini terjadi akan berakibat ketidak efisienan dan menjadi buruk secara medis maupun ekonomis. Karena mutu pelayanan obat yan baik akan meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit secara keseluruhan.

Manajemen Obat yang tertuang dalam standar Akreditasi Rumah sakit (KARS) versi 2012 Versi Pertama tahun 2011, pada bab Manajemen dan Penggunaan Obat (MPO) merupakan salah satu kelompok standar yang berfokus pada pasien. Standar ini mengatur berbagai sistem yang saling berkoordinasi dengan dan multi disiplin ilmu terutama dalam hal menyeleksi, mengadakan, menyimpan, memproses dan menyalurkan, serta mencatat pemasukan dan pengeluaran, menyiapkan dan memantau

obat. Praktisi kesehatan memiliki peran yang penting dalam manajemen obat dengan prinsip adalah menjaga keselamatan pasien. (KARS, 2011)

Manajemen Obat menjadi tanggung jawab bersama antara praktisi farmasi, praktisi klinis dan para manajer. Bentuk struktur organisasi dan stafing yang ada sangat mempengaruhi pembagian tanggung jawab, jika di saat apoteker tidak ada di tempat maka pengelolaan bisa dilakukan oleh unit klinis sesuai dengan kebijakan rumah sakit. Pada sentral farmasi yang besar dengan manajemen obat yang optimal maka wajib mengelola obat yang digunakan di seluruh rumah sakit.

Manajemen obat dalam standar akreditasi versi 2012 terbagi dalam tujuh standar MPO meliputi ;

a. Manajemen dan Penggunaan Obat 1 (Organisasi dan Manajemen)

Manajemen dan Penggunaan Obat merupakan kewajiban dan tanggung jawab bersama antara pelayanan farmasi, praktisi asuhan klinis dan pimpinan. Pembagian tugas dan tanggung jawab melihat dari struktur organisasi dan kebijakan yang berlaku. Pengaturan ini di berlakukan sebagai bentuk antisipasi ketika dalam pelayanan tidak ada apoteker maka pengelolaan bisa dilakukan di unit yang didelegasikan.

Dalam PMK Nomer 72 Tahun 2016 tentang pelayanan kefarmasian di rumah sakit pada pasal 4 ayat 1 menjelaskan pelayanan kefarmasian harus didukung sumber daya farmasi dan dengan pengorganisasian

menggunakan standar prosedur operasional yang mendukung keselamatan pasien.

Dalam pola ketenagaan Instalasi Farmasi harus sesuai dengan aturan yang berlaku yaitu adanya Apoteker dan tenaga teknis kefarmasian sesuai aturan dan beban tugas kerja.

b. Manajemen Penggunaan Obat 2 (Seleksi dan Pengadaan)

1) Seleksi atau Pemilihan

Perencanaan adalah proses kegiatan dalam pemilihan jenis, jumlah, dan harga perbekalan farmasi yang sesuai dengan kebutuhan dan anggaran, untuk menghindari kekosongan obat dengan menggunakan metode yang dapat dipertanggung jawabkan dan dasar-dasar perencanaan yang telah ditentukan. Penetapan Obat mana yang harus tersedia di Rumah Sakit baik yang di resepkan dan di pesan oleh para dokter. Keputusan ini berdasarkan pada kebijakan rumah sakit dengan meninjau jenis layanan dan kebutuhan pasien di Rumah Sakit.

Pengembangan formularium dari seluruh obat di Rumah sakit wajib dilakukan agar semua obat yang di utuhkan dan tersedia baik dari dalam maupun luar dapat di tentukan dalam hal ini undang-undang atau peraturan bisa menjadi dasar dalam daftar atau sumber obat tersebut. (KARS, 2011)

Pemilihan obat yang didasari pertimbangan keselamatan pasien, dengan berbagai pertimbangan baik dari faktor kebutuhan pasien dan ekonomisnya dan memerlukan ada suatu prosedur jika tidak ada persediaanya (KARS, 2011).

Dasar dari Pemilihan Sediaan baik dari alat kesehatan dan bahan medis habis pakai ini berdasarkan:

- a) Standar pengobatan dan terapi yang masuk dalam formularium
- b) Standar Ketersediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang telah ditetapkan.
- c) Pola penyakit sesuai dengan demografi
- d) Efektifitas dan keamanan obat.
- e) Pengobatan dengan *evidence base*
- f) Mutu dari Obat
- g) Keterjangkauan Harga Obat
- h) Mudahnya ketersediaan di pasaran.

Formularium Rumah Sakit harus sesuai dengan kriteria sebagai berikut:

- a) Diutamakan pada Obat generik.
- b) Perbandingan antara Rasio manfaat-risiko yang lebih bermanfaat untuk penderita.
- c) Terjamin Mutu oatnya

- d) Kemudahan dan kepraktisan dalam pengelolaan simpan dan angkut.
 - e) Praktis di gunakan dan diserahkan
 - f) Memudahkan dalam kepatuhan pasien saat mengkonsumsi.
 - g) Perbandingan Rasio manfaat-biaya yang efektif .
- 2) Pengadaan perbekalan farmasi

Pengadaan perbekalan adalah proses dalam mendapatkan sediaan farmasi dari proses pembelian melalui manufaktur, disitributor.

b. Manajemen Penggunaan Obat 3 (Penyimpanan)

Metode penyimpanan obat dilakukan bertujuan dalam memudahkan proses pelayanan dengan teknik alfabetis dan menjaga agar arus keluar obat harus yang pertama dimasukan itulah obat yang pertama keluar sehingga kadaluarsa obat dapat terhindarkan. Obat yang beresiko terjadi kekeliruan untuk sediaan yang memiliki sama suara dan sama rupa harus di berikan label sehingga tidak ada kesalahan yang menyebabkan cedera pasien.

Dalam Lampiran PMK No 72 Tahun 2016 Rumah Sakit wajib menyediakan box penyimpanan Obat emergensi yang akan digunakan dalam kondisi kegawat daruratan. Harus disimpam di Tempat yang mudah diakses dan bebas dari penyalahgunaan ataupun kehilangan akibat pencurian.

c. Manajemen Penggunaan Obat 4 (Pemesanan dan Pencatatan)

Peresepan dalam pemesanan serta pencatatan yang aman harus di atur dalam kebijakan, panduan dan prosedur di Rumah Sakit. Dalam mencegah terjadinya delay layanan yang diakibatkan oleh ketidak tepatan dalam kaidah penulisan resep maka staf yang bersangkutan dilakukan pelatihan penulisan resep se sesuai dengan kaidah penulisan resep. Karena peresepan obat yang tidak terbaca dengan benar akan mengancam kondisi keselamatan pasien dan bisa menunda proses pengobatan, sehingga Rumah Sakit wajib mengatur kebijakan untuk menghindari tidak terbacanya resep (KARS, 2011).

d. Manajemen Penggunaan Obat 5 (Persiapan dan Penyaluran)

Proses penyampaian sediaan farmasi yang diminta dokter untuk penderita sampai diterima oleh penderita disebut pendistribusian sediaan farmasi, dan dalam kegiatan ini terjadi proses pelayanan farmasi klinik dan non klinik. Sesuai dengan pendapat Siregar dalam buku Farmasi Rumah Sakit (2004), yang menyatakan “Distribusi perbekalan kesehatan adalah pengantaran perbekalan kesehatan yang dimulai dari penerimaan order dokter di IFRS sampai di konsumsi oleh penderita”.

Suatu sistem distribusi obat yang efisien dan efektif sangat tergantung pada desain sistem dan pengelolaan yang baik. Beberapa

jenis sistem distribusi obat untuk penderita rawat inap adalah (Siregar, 2004):

- 1) Sistem distribusi resep obat individu dapat dilakukan secara sentralisasi dan desentralisasi.
- 2) Pemusatan Farmasi merupakan proses semua resep disiapkan dan didistribusikan oleh farmasi pusat. Desentralisasi adalah IFRS memiliki cabang-cabang, yang berlokasi di daerah perawatan penderita.
- 3) Sistem Penyaluran obat lengkap di ruang. Dalam sistem ini, semua obat yang dibutuhkan penderita tersedia lengkap di ruang penyimpanan obat, kecuali obat yang jarang digunakan dan atau sangat mahal. Di sini IFRS hanya memeriksa dan memasok obat, tidak langsung memberi pelayanan, sehingga tingkat kesalahan obat besar karena order obat tidak dikaji oleh apoteker.
- 4) Sistem penyaluran obat multi resep individu di desentrallasikan

e. Manajemen Penggunaan Obat 6 (Pemberian)

Pemberian obat di sesuaikan dengan kewenangan klinis yang dikeluarkan oleh direktur rumah sakit yang di rekomendasikan dari komite medis, dan komite yang lainnya sesuai dengan hasil kredensial yang bersangkutan. Rumah sakit memberikan batasan

kewangan dan pengawasan serta membuat prosedur pendelegasian dalam pemberian obat (KARS, 2011).

f. Manajemen Penggunaan Obat 7 (Pemantauan)

Monitoring pemberian merupakan tanggung jawab bersama antara Dokter, perawat, dan pasien serta apoteker. Monitoring ini bertujuan untuk melihat efek pengobatan dan evaluasi terhadap kejian tidak di harapkan.

Monitoring obat ini sebagai mana tugas farmasi klinik tertuang dalam PMK No 72 Tahun 2016 yang menyebutkan tugas farmasi klinik sebagai berikut ;

1) Pengkajian dan pelayanan Resep.

Pelayanan Resep di awali dari proses penerimaan, selanjutnya mengecek ketersediaan, baru dilakukan telaah pengkajian Resep, berikutnya penyiapan Sediaan meliputi peracikan Obat, pemeriksaan, penyerahan disertai pemberian informasi pada pasien . Pada setiap tahap pelayanan Resep dilakukan upaya preventif dari *medication error* Obat dengan double check.

2) Penelusuran riwayat dari penggunaan Obat.

Penelusuran Riwayat obat ini bertujuan untuk mengetahui riwayat pengobatan.

3) Rekonsiliasi Obat yang diberikan sebelumnya.

Kegiatan farmasi yang bertujuan menghindari kesalahan medikasi dengan cara melakukan perbandingan obat saat ini digunakan dengan obat yang diberikan sebelumnya.

4) Pelayanan Informasi Obat (PIO)

Pelayanan Informasi Obat (PIO) dilakukan kepada pasien dengan memberikan informasi rekomendasi obat secara komprehensif yang dilakukan oleh Apoteker.

5) Konseling

Pemberian konseling yang efektif memerlukan kepercayaan pasien dan/atau keluarga terhadap Apoteker. Pemberian konseling Obat bertujuan untuk mengoptimalkan hasil terapi, meminimalkan risiko reaksi Obat yang tidak dikehendaki (ROTD), dan meningkatkan cost-effectiveness yang pada akhirnya meningkatkan keamanan penggunaan Obat bagi pasien (patient safety).

6) *Visite*

Visite merupakan kegiatan kunjungan ke pasien rawat inap yang dilakukan Apoteker secara mandiri atau bersama tim tenaga kesehatan untuk mengamati kondisi klinis pasien secara langsung, dan mengkaji masalah terkait Obat, memantau terapi Obat dan Reaksi Obat yang Tidak

Dikehendaki, meningkatkan terapi Obat yang rasional, dan menyajikan informasi Obat kepada dokter, pasien serta profesional kesehatan lainnya. Visite juga dapat dilakukan pada pasien yang sudah keluar Rumah Sakit baik atas permintaan pasien maupun sesuai dengan program Rumah Sakit yang biasa disebut dengan Pelayanan Kefarmasian di rumah (Home Pharmacy Care). Sebelum melakukan kegiatan visite Apoteker harus mempersiapkan diri dengan mengumpulkan informasi mengenai kondisi pasien dan memeriksa terapi Obat dari rekam medik atau sumber lain.

7) Pemantauan Terapi Obat (PTO)

Pemantauan Terapi Obat (PTO) merupakan suatu proses yang mencakup kegiatan untuk memastikan terapi Obat yang aman, efektif dan rasional bagi pasien.

8) Monitoring Efek Samping Obat (MESO)

Monitoring Efek Samping Obat (MESO) merupakan kegiatan pemantauan setiap respon terhadap Obat yang tidak dikehendaki, yang terjadi pada dosis lazim yang digunakan pada manusia untuk tujuan profilaksis, diagnosa dan terapi. Efek Samping Obat adalah reaksi Obat yang tidak dikehendaki yang terkait dengan kerja farmakologi.

9) Evaluasi Penggunaan Obat (EPO)

Evaluasi Penggunaan Obat (EPO) merupakan program evaluasi penggunaan Obat yang terstruktur dan berkesinambungan secara kualitatif dan kuantitatif

10) Dispensing sediaan steril

Penyiapan Obat dilakukan dengan menjaga sterilitas sehingga dilakukan di Unit farmasi RS.

11) Pemantauan Kadar Obat dalam Darah (PKOD)

Pemantauan Kadar Obat dalam Darah (PKOD) adalah interpretasi hasil pemeriksaan kadar Obat tertentu atas permintaan dari dokter yang merawat karena indeks terapi yang sempit atau atas usulan dari Apoteker kepada dokter.

2. Kepuasan

a. Pengertian Kepuasan

Menurut Crow et all 2003 Kepuasan adalah tercapainya suatu harapan yang berarti memuaskan individu terhadap sesuatu. Dalam Kamus bahasa indonesia kata puas merupakan respon individu yang merupakan bentuk respon gembira karena terpenuhinya harapannya, sehingga kepuasan sendiri di definisikan sebagai perihal kesenangan jiwa karena tercapai (Tim Penyusun Kamus Besar Bahasa Indonesia, 1990).

Kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang dalam membandingkan antara hasil yang dapat dirasakan sesuai dengan

harapannya. Kepuasan bersifat personal dan subyektif sesuai dengan obyek tertentu akibat dari proses membandingkan harapan dengan kenyataan. Robin (2003) mengatakan sikap merupakan pernyataan penerimaan, baik yang menguntungkan atau tidak menguntungkan, mengenai obyek, orang, atau peristiwa.

b. Teori Kepuasan

1) Teori Hirarki Kebutuhan Maslow

Teori Maslow banyak dikenali dengan piramida Maslow yang merupakan tingkatan suatu kepuasan secara hirarki yang menjadi dasar pemenuhan kepuasan adalah kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan fisiologi, dalam tahap selanjutnya adalah kebutuhan akan rasa aman, dengan kepuasan lanjutan adalah kebutuhan sosial beserta kebutuhan untuk dihargai dan kebutuhan paling tertinggi atau kepuasan tertinggi adalah aktualisasi diri (Kuswadi, 2005).

2) Teori Dua Faktor Herzberg

Teori dua faktor dalam buku Mangkunegara (2011) dikembangkan oleh Frederick Herzberg. Ia menggunakan teori Abraham Maslow sebagai titik acuannya. Maslow membagi kebutuhan manusia berdasarkan hierarki dari kebutuhan yang paling rendah ke kebutuhan yang paling tinggi.

Teori dua faktor menyatakan bahwa karakteristik kerja dapat dikelompokkan menjadi dua kategori :

- a) Penyebab ketidakpuasan (*dissatisfaction*) yang disebut *extrinsic factor/ factor hygiene* atau faktor pemeliharaan. Apabila kebutuhan ini tidak terpenuhi maka dapat menyebabkan ketidakpuasan kerja, tetapi jika terpenuhi belum tentu menjamin kepuasan kerja. Adapun yang termasuk faktor *hygiene* adalah gaji, kebijakan pengawasan, hubungan antara atasan dan bawahan, kondisi kerja, keamanan kerja dan status pekerjaan.
- b) Kategori kedua adalah penyebab kepuasan (*satisfaction*) yang disebut *intrinsic factor/ motivator factor*. Adapun yang termasuk faktor- faktor ini adalah prestasi, pengakuan, tanggung jawab, pekerjaan iru sendiri, dan pengendalian diri.

3) Teori Keseimbangan (*Equity Theory*)

Teori ini dikembangkan oleh Adams dalam teori ini prinsip keadilan (*equity*) sebagai dasar kepuasan. Proses ini dilakukan dengan membandingkan diri dengan orang lain. Prinsip dari teori ini adalah bahwa orang akan merasa puas atau tidak puas, tergantung apakah ia merasakan adanya keadilan atau tidak atas suatu situasi. Terdapat tiga elemen *equity*, yaitu *input* , *outcome*, dan *comparison person*

- a) Input ialah semua nilai yang diterima pegawai yang dapat menunjang pelaksanaan kerja. Misalnya, pendidikan, skill, usaha, peralatan pribadi, jumlah jam kerja.
- b) Outcome ialah semua nilai yang diperoleh dan dirasakan pegawai. Misalnya, upah, keuntungan tambahan, status simbol, pengenalan kembali, kesempatan untuk berprestasi atau mengekspresikan diri.
- c) Comparison person ialah seorang pegawai dalam organisasi yang sama, seseorang pegawai dalam organisasi yang berbeda atau dirinya sendiri dalam pekerjaan sebelumnya.

4) Teori Perbedaan (Discrepancy Theory)

Teori ini hampir sama dengan teori keadilan yang juga membandingkan masukan dan keluaran pekerjaan mereka tetapi dengan masukan dan keluaran orang lain dan kemudian berespon untuk menghapuskan semua ketidakadilan. Individu-individu tidak hanya peduli akan jumlah mutlak ganjaran atas kerja mereka, tetapi juga berhubungan dengan jumlah yang diterima orang lain (Robbins, 2003). Teori ini mengukur kepuasan yang dilakukan dengan cara menghitung selisih antara yang seharusnya dengan kenyataan terjadi. Jika orang mendapatkan hasil lebih besar dari yang diharapkan maka orang

tersebut terpuaskan dan jika terjadi sebaliknya maka terjadi ketidakpuasan.(Robbins, 2003).

3. Pengertian Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (*Health Provider*)

a. Pengertian *Health Provider*

Health Provider merupakan individu ataupun kelompok yang memberikan jasa pelayanan kesehatan kepada individu maupun masyarakat dengan hubungan yang saling berkaitan antara pasien, tenaga kesehatan dan sarana kesehatan. Hubungan yang timbul ini diatur dalam kaidah-kaidah tentang kesehatan baik hukum maupun non hukum (antara lain: kesopanan, kesusilaan, ketertiban moral termasuk etika).

b. Bentuk Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan dapat dibedakan atas pelayanan kedokteran (medical service) dan pelayanan kesehatan masyarakat (public health service). Kedua jenis pelayanan ini mempunyai karakteristik yang berbeda tentunya. Pelayanan kedokteran lebih ditujukan pada upaya-upaya pengobatan (kuratif) penyakit dan pemulihan (rehabilitatif) kesehatan dengan sasaran utamanya adalah perorangan/individu yang datang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan tersebut. Pelayanan kesehatan masyarakat umumnya diselenggarakan secara bersama-sama dalam suatu organisasi bahkan harus mengikutsertakan potensi masyarakat dengan sasaran

utamanya adalah masyarakat secara keseluruhan. Upaya kesehatan yang ditujukan lebih pada penekanan upaya-upaya promosi (promotif) dan pencegahan (preventif). Upaya-upaya kesehatan tersebut harus bersifat menyeluruh, terpadu, berkelanjutan, berjenjang, profesional dan bermutu serta tidak bertentangan dengan kaidah ilmiah, norma sosial budaya, moral dan etika profesi.

4. Pengertian Kepuasan *Health Provider*

Dimensi kepuasan pada para pemberi layanan kesehatan adalah mutu farmasi degai denga perkembangan IPTEK dalam dunia kedokteran dengan memperhatikan otonomi masing masing profesi dalam pelayanan kepasien.

Terdapat lima ciri (Robbin & Judge 2008), yang memperlihatkan keterkaitan dengan kepuasan *health provider* yaitu:

- a. Keragaman keterampilan. Banyak ragam keterampilan yang diperlukan untuk melakukan pekerjaan. Makin banyak ragamketerampilan yang digunakan, makin kurang membosankanpekerjaan
- b. Jati diri tugas (task identity). Sejauh mana tugas merupakan suatu kegiatan keseluruhan yang berarti. Tugas yang dirasakan sebagai bagian dari pekerjaan yang lebih besar dan yang dirasakan tidak merupakan satu kelengkapan tersendiri akan menimbulkan rasa tidak puas.

- c. Tugas yang penting (task significance). Rasa pentingnya tugas bagi seseorang. Jika tugas dirasakan penting dan berarti oleh tenaga kerja, maka ia cenderung mempunyai kepuasan kerja.
- d. Otonomi. Pekerjaan yang memberikan kebebasan, ketidakgantungan dan peluang mengambil keputusan akan lebih cepat menimbulkan kepuasan kerja.
- e. Pemberian balikan pada pekerjaan membantu meningkatkan tingkat kepuasan kerja.

B. Penelitian Terdahulu

1. Penelitian Sandra Lusi Novita, Tahun 2016 dengan Judul “ Evaluasi Penerapan Manajemen dan Penggunaan Obat dalam Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 Di RSUD Muhammadiyah Bantul” dengan Metode penelitian non eksperimental dengan pendekatan survey, dengan hasil penelitian Rata-rata implementasi Manajemen dan Penggunaan Obat sebesar 77,66%.
2. Penelitian Dwi Rosya Destianan, Tahun 2017 dengan Judul “ Gambaran Kesiapan Manajemen Penggunaan Obat Berdasarkan Akreditasi RS 2012 (Studi Kasus Di RSUD Bob Bazar Kalianda), dengan metode studi kasus yang disajikan secara deskriptif, dengan hasil penelitian implementasi dari 7 sasaran manajemen dan penggunaan obat sebesar 60,11%

3. Penelitian Hasil penelitian dari Erwansani tahun 2016 di salah satu rumah sakit kota pontianak dengan evaluasi manajemen obat dan hubungannya dengan kualitas pelayanan farmasi rawat jalan didapatkan data yang menunjukkan hubungan manajemen obat memiliki hubungan yang bermakna dengan kualitas pelayanan farmasi rawat jalan dengan nilai aspek perencanaan. Gambaran manajemen obat di farmasi rawat jalan RS X menghasilkan nilai rata-rata 96,90% sehingga berada dalam kategori sangat baik dan membuktikan hubungan kuat antara empat fungsi manajemen obat terhadap kualitas pelayanan farmasi rawat jalan RS X

Perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan adalah variabel terikat yang digunakan yaitu meneliti tingkat kepuasan health provider terhadap penerapan manajemen dan penggunaan obat.

C. Landasan Teori

1. Penerapan Manajemen Obat

Manajemen adalah suatu proses yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan melalui pemanfaatan sumber daya dan sumber-sumber lainnya secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan tertentu (Athoillah, 2010).

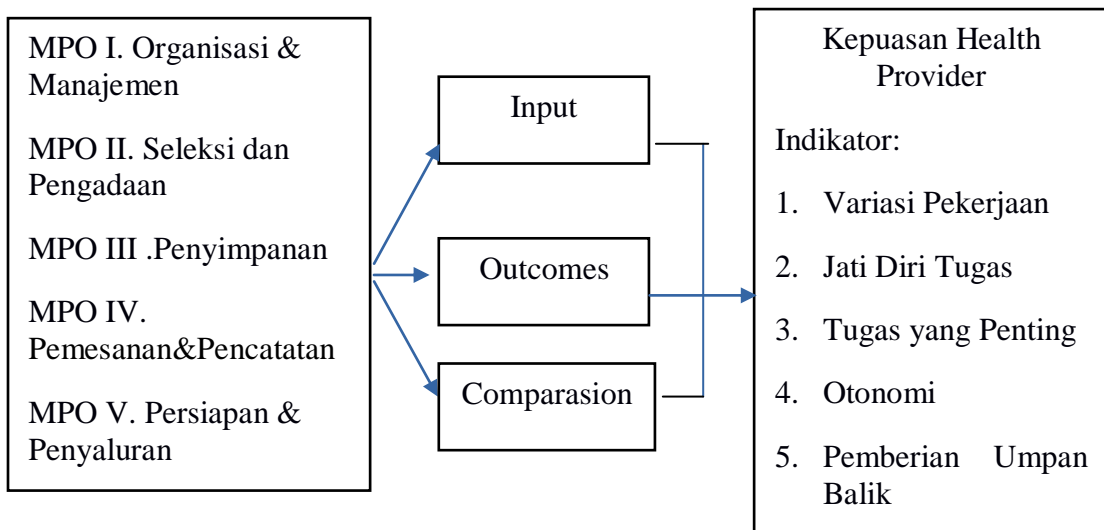
Manajemen Obat adalah pokok manajerial Rumah Sakit terutama dalam hal pengelolaan obat yang ada di rumah sakit yang bertujuan mencegah stock out dan stagnan stok yang berakibat pada ketidak

efisienan yang akan berakibat buruk secara medis maupun ekonomis. Karena aspek mutu dalam pelayanan obat terjamin akan meningkatkan mutu pelayanan secara keseluruhan.

2. Kepuasan *Health Provider*

Dimensi kepuasan pada para pemberi layanan kesehatan adalah mutu farmasi dengan perkembangan IPTEK dalam dunia kedokteran dengan memperhatikan otonomi masing masing profesi dalam pelayanan kepasien.

D. Kerangka Konsep



GAMBAR 1
Kerangka Konsep
Kepuasan *Health Provider* dalam Penerapan Manajemen Obat
 (Sumber : Modifikasi Munandar 2010, dan Mangkunegara 2010)

Konsep penelitian ini melihat kepuasan *health provider* di salah satu rumah sakit swasta di Yogyakarta dalam penerapan manajemen obat. Adapun indikator kepuasan *health provider* adalah Variasi Pekerjaan, Jati diri tugas, Tugas yang penting, Otonomi, dan pemberian umpan balik.

E. Pertanyaan Penelitian

Bagaimanakah kepuasan *health provider* dalam penerapan manajemen obat di salah satu rumah sakit swasta di Yogyakarta?