

## **JURNAL STRATEGI DAN BISNIS**

### **REDAKSI**

#### **Penanggung Jawab**

Ketua Program Studi Ilmu Administrasi Bisnis

#### **Pemimpin Redaksi**

Zarah Puspitaningtyas

#### **Dewan Redaksi**

Sasongko, Edy Wahyudi

#### **Redaktur Pelaksana**

Djoko Poernomo

#### **Sekretaris Redaktur**

Ika Sisbintari

#### **Editor Teknik**

Chandra Eko Wahyudi Utomo

#### **Kesekretariatan**

Indaryani

#### **Mitra Bestari**

Sam'un Jaja Rahardja (Universitas Padjadjaran, Bandung)

Martani Huseini (Universitas Indonesia, Jakarta)

Togar M. Simatupang (Institut Teknologi Bandung, Bandung)

Fitri Abdillah (STP Tri Sakti, Jakarta)

Poerwanto (Praktisi Komunikasi Bisnis)

#### **Diterbitkan Oleh**

Program Studi Ilmu Administrasi Bisnis

Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember

Anggota Asosiasi Ilmu Administrasi Bisnis Indonesia (AIABI)

#### **Alamat Redaksi**

Ruang Redaksi Strategi & Bisnis Jurnal Ilmu Administrasi Bisnis

Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember

Jl. Kalimantan No. 37 Jember 68121

Telp./Fax. 0331 – 335586

**Surel:** [jurnal.adbis@unej.ac.id](mailto:jurnal.adbis@unej.ac.id)

Laman: <http://www.adbis.fisip.unej.ac.id>



## SALAM REDAKSI

Indonesia telah terintegrasi ke dalam masyarakat ekonomi ASEAN. Implikasinya, sumber daya manusia sebagai tenaga kerja maupun sumber daya lainnya seperti barang, modal, teknologi, relatif bebas keluar masuk antar Negara di kawasan tersebut. Persaingan akan bertambah ketat. Hanya Negara yang siap bersaing akan eksis namun bagi yang tidak akan menjadi pasar produksi barang dan atau jasa dari Negara tetangga. Indonesia harus siap bersaing dengan cara menata semua hal yang dipandang masih lemah.

Sumber daya manusia merupakan kunci memenangkan persaingan. Namun tidak mudah mempersiapkan sumber daya manusia sebagai aktor utama dalam persaingan sebab banyak faktor yang mempengaruhi kesiapannya, misalnya tergantung kepada semangat, disiplin, komitmen, pengalaman, teknologi, infrastruktur, dan masih banyak lainnya.

Tulisan di terbitan jurnal strategi dan bisnis kali ini mengangkat persoalan kinerja atau prestasi kerja, baik pada konteks organisasi maupun orang. Tulisan Wildan dkk fokus kepada kinerja layanan publik dengan seting program jaminan kesehatan nasional, tulisan Utomo lebih ditujukan mengkaji penerapan teknologi informasi sebagai pembentuk kinerja pegawai, tulisan Paramita dkk mengkaji semangat kerja sebagai pembentuk kinerja dengan mengukur pengaruh variable lingkungan kerja, mutasi, dan komitmen kerja pegawai, tulisan Sandhi dkk menganalisis prestasi kerja karyawan dengan menggunakan variable motivasi, pengembangan karir, dan komitmen organisasi sebagai pengaruhnya, tulisan Widyastuti dan Krisno menganalisis *return* saham dengan menggunakan variabel ukuran perusahaan, makro ekonomi, dan kinerja keuangan, dan tulisan Pujiastuti dan Utomo menganalisis loyalitas konsumen dengan menggunakan variabel kualitas pelayanan, kepuasan konsumen, dan kepercayaan konsumen.

Mencermati beragamnya kajian terhadap variabel-variabel pembentuk kinerja atau prestasi maka terbitan jurnal strategi dan bisnis ini pun tidak kalah penting dan menariknya untuk dibaca oleh kalangan akademisi, peneliti, mahasiswa, maupun masyarakat pada umumnya.

Oleh sebab itu, dewan redaksi mengucapkan selamat membaca.

Redaksi  
April 2015



**DAFTAR ISI**

Pengaruh Kualitas Pelayanan, Kepuasan Konsumen dan Kepercayaan Konsumen terhadap Loyalitas Konsumen (Studi Kasus di Pamela Supermarket Yogyakarta) <b>Eny Endah Pujiastuti, Humam Santosa Utomo .....</b>	1
Mengukur Kualitas Kinerja Pelayanan Publik (Program Jaminan Kesehatan Nasional) dengan Survei Kepuasan Pasien <b>Moh. Wildan, Hary Yuswadi, Puji Wahono, Zarah Puspitaningtyas .....</b>	19
Penerapan Teknologi Informasi Biometrik Sistem Presensi Fingerprint dalam Upaya Meningkatkan Kinerja Pegawai FISIP Universitas Jember <b>Chandra Eko Wahyudi Utomo .....</b>	45
Pengaruh Lingkungan Kerja dan Mutasi Kerja terhadap Semangat Kerja Karyawan yang Dimediasi oleh Komitmen Organisasi pada Kopega PLN Sektor Priok <b>Catarina Cori Pradnya Paramita, Desi Ratna Sari Siagian.....</b>	61
Pengaruh Motivasi dan Pengembangan Karir terhadap Prestasi Kerja melalui Komitmen Organisasi pada Dinas Pekerjaan Umum Bina Marga dan Pengairan Kabupaten Situbondo <b>Ery Sandhi, Akhmad Toha, Edy Wahyudi.....</b>	73
Pengaruh Ukuran Perusahaan dan Varibale Makro Ekonomi terhadap Return Saham dengan Kinerja Keuangan sebagai Variabel Intervening <b>Pristiana Widyastuti, Maksimilianus Krisno.....</b>	103



## MENGUKUR KUALITAS KINERJA PELAYANAN PUBLIK (PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL) DENGAN SURVEY KEPUASAN PASIEN

Moh. Wildan,<sup>1</sup> Hary Yuswadi,<sup>2</sup> Puji Wahono,<sup>2</sup> Zarah Puspitaningtyas<sup>2</sup>  
wildan\_68@yahoo.co.id

### *Abstract*

*One effort to increase the quality of public services, as mandated in the Law of the Republic of Indonesia number 25 year 2000 concerning the National Development Program (PROPENAS), needs to be amonged community satisfaction index as a benchmark to assess the level of quality of service. This paper intend to describe and analyze some models and theories of public service performance measurement that related to the implementation of the National Health Insurance program (JKN) held by BPJS-of Health. Health care quality is measured from the aspect of community/patient satisfaction survey. Then linked with efforts to increase patient loyalty towards the implementation of the program JKN. The implications of this paper is expected to formulate an instrument and indicators valid, reliable and comprehensive to measure the quality of health services JKN program. Optimal patient satisfaction is expected to make loyal patients to use health services with JKN program and recommend to others to follow JKN program.*

**Keywords:** *Quality Performance, Public Service, JKN Program, Patient Loyalty.*

### **Abstrak**

Salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan publik, sebagaimana diamanatkan Undang-Undang Republik Indonesia nomor 25 tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional (PROPENAS), perlu disusun indeks kepuasan masyarakat sebagai tolok ukur untuk menilai tingkat kualitas pelayanan. *Paper* ini bertujuan untuk memaparkan dan menganalisis beberapa model dan teori pengukuran kinerja pelayanan publik yang terkait dengan implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS-Kesehatan. Kualitas pelayanan kesehatan diukur dari aspek survei kepuasan masyarakat/pasien, kemudian dikaitkan dengan upaya untuk meningkatkan loyalitas pasien terhadap pelaksanaan program JKN. Implikasi *paper* ini diharapkan dapat merumuskan suatu instrumen dan indikator yang valid, reliabel dan komprehensif untuk mengukur kualitas pelayanan kesehatan program JKN. Kepuasan pasien yang optimal diharapkan dapat menjadikan pasien loyal untuk menggunakan pelayanan kesehatan dengan program JKN dan merekomendasikan kepada orang lain untuk mengikuti program JKN.

**Kata Kunci:** Kualitas Kinerja, Pelayanan Publik, Program JKN, Loyalitas Pasien.

---

<sup>1</sup> Kandidat Doktor Ilmu Administrasi FISIP Universitas Jember

<sup>2</sup> Dosen Pascasarjana FISIP Universitas Jember

## PENDAHULUAN

Pemberian pelayanan publik oleh aparatur pemerintah kepada masyarakat merupakan implikasi dari fungsi aparat negara sebagai pelayan masyarakat. Kedudukan aparatur pemerintah dalam pelayanan umum (*public services*) sangat strategis karena akan menentukan sejauhmana pemerintah mampu memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya kepada masyarakat dan sejauhmana negara telah menjalankan perannya dengan baik sesuai dengan tujuan pemerintah.

Perkembangan kehidupan masyarakat yang sangat dinamis seiring dengan tingkat kehidupan masyarakat yang semakin baik, merupakan indikasi dari *empowering* yang dialami oleh masyarakat. Hal ini berarti masyarakat semakin sadar akan apa yang menjadi hak dan kewajibannya sebagai warga negara dalam hidup bermasyarakat, berbangsa dan bernegara. Masyarakat semakin berani untuk mengajukan tuntutan, keinginan dan aspirasinya kepada pemerintah. Masyarakat semakin kritis dan semakin berani untuk melakukan kontrol terhadap apa yang dilakukan oleh pemerintahnya. Kesadaran akan hak-hak sipil yang terjadi di masyarakat tidak lepas dari pendidikan politik yang terjadi selama ini.

Pelayanan publik Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh aparatur pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan, sejauh ini masih banyak dijumpai kelemahan sehingga belum dapat memenuhi kualitas yang diharapkan masyarakat. Hal ini ditandai dengan masih adanya berbagai keluhan masyarakat yang disampaikan melalui sosial

media dan media massa, sehingga dapat menimbulkan citra yang kurang baik terhadap aparatur pemerintah, khususnya tenaga kesehatan. Mengingat fungsi utama pemerintah adalah melayani masyarakat maka pemerintah berkewajiban meningkatkan kualitas pelayanan publik sebagaimana telah ditetapkan dalam KEPMENPAN No. 25 tahun 2004.

Salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan publik, khususnya kebijakan publik pemerintah tentang program pelayanan kesehatan bagi peserta JKN sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Republik Indonesia nomor 25 tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional (PROPENAS), perlu dilakukan evaluasi terhadap kualitas pelayanan kesehatan program JKN dengan melakukan survey kepuasan pasien atau masyarakat. Untuk itu perlu disusun indeks kepuasan masyarakat sebagai tolok ukur untuk menilai tingkat kualitas pelayanan. Di samping itu, data indeks kepuasan masyarakat akan dapat menjadi bahan penilaian terhadap kualitas pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya.

Untuk mengukur indeks kepuasan pasien/masyarakat terhadap pelayanan kesehatan program JKN perlu disusun suatu instrumen yang dapat mengukur kualitas pelayanan kesehatan yang valid, reliabel dan komprehensif.

Pedoman penyusunan indeks kepuasan pasien/masyarakat dimaksudkan sebagai acuan bagi unit instansi pelayanan kesehatan yang



bekerja sama dengan BPJS-Kesehatan dalam menyusun indeks kepuasan masyarakat dengan tujuan untuk mengetahui tingkat kinerja unit pelayanan kesehatan secara berkala, sebagai bahan untuk menetapkan kebijakan dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan kesehatan selanjutnya. Bagi masyarakat, indeks kepuasan pasien dapat digunakan sebagai gambaran tentang kualitas kinerja pelayanan unit kesehatan yang bersangkutan.

Kualitas pelayanan kesehatan yang baik dapat dilihat dari tingkat kepuasan pasien yang tinggi, dan kepuasan pasien yang tinggi akan membuat pasien loyal terhadap institusi pelayanan kesehatan (Caruana, 2002). Dengan tersedianya data indeks kepuasan pasien secara periodik, dapat diperoleh manfaat sebagai berikut:

1. Diketahui kinerja penyelenggaraan pelayanan yang telah dilaksanakan oleh unit pelayanan kesehatan secara periodik;
2. Sebagai bahan penetapan kebijakan yang perlu diambil dan upaya yang perlu dilakukan;
3. Diketahui indeks kepuasan pasien secara menyeluruh terhadap hasil pelaksanaan pelayanan kesehatan pada lingkup pratama dan rujukan;
4. Memacu persaingan positif, antar unit penyelenggara pelayanan kesehatan pada lingkup pemerintah pusat dan daerah dan swasta yang bekerjasama dengan BPJS dalam upaya peningkatan kinerja pelayanan.

## TINJAUAN PUSTAKA DAN PEMBAHASAN

### Kebijakan Publik dan Kinerja Layanan Publik

Dye (1978:1), mengemukakan bahwa “*Public policy is what ever governments choose to do or not to do*”. Dye berpendapat sederhana bahwa kebijakan publik adalah apapun yang dipilih pemerintah untuk dilakukan atau tidak dilakukan. Sedangkan, Dunn (2003:7) mengungkapkan bahwa kebijakan publik merupakan sebuah disiplin ilmu sosial terapan yang menggunakan berbagai metode kebijakan publik dengan argumen untuk menghasilkan dan memindahkan informasi yang relevan dengan kebijakan, sehingga dapat dimanfaatkan di tingkat politik dalam rangka memecahkan masalah kebijakan.

Surbakti (2010:246) menyatakan bahwa ciri khas kebijakan publik (keputusan politik pada umumnya) sebagai produk tindakan pemerintah ialah sifatnya yang mengikat, dalam arti pelaksanaannya ditegakkan dengan kewenangan memaksakan secara fisik yang dimonopoli oleh pemerintah. Terdapat empat tipe kebijakan umum/publik, yaitu: 1) Kebijakan *Regulatif*, terjadi apabila kebijakan mengandung paksaan dan akan diterapkan secara langsung terhadap individu. Biasanya dibuat untuk mencegah agar individu tidak melakukan suatu tindakan yang tak diperbolehkan, seperti undang-undang hukum pidana, undang-undang antimonopoli, kompetisi yang tak sehat, dan berbagai ketentuan yang menyangkut keselamatan umum; 2) Kebijakan *Redistributif*, ditandai dengan adanya paksaan secara langsung kepada warga negara, tetapi

penerapannya melalui lingkungan. Pengenaan pajak secara progresif kepada sejumlah orang yang termasuk kategori wajib pajak untuk memberikan manfaat kepada orang lain melalui berbagai program pemerintah merupakan inti kebijakan *redistributive*; 3) Kebijakan *Distributif*, ditandai dengan pengenaan paksaan secara tidak langsung (kemungkinan pengenaan fisik sangat jauh), tetapi kebijakan itu diterapkan secara langsung kepada individu. Dalam pengertian yang lebih konkret, kebijakan *distributif* berarti penggunaan anggaran belanja negara atau daerah untuk memberikan manfaat secara langsung kepada individu, seperti pendidikan dasar yang bebas biaya, subsidi energi bahan bakar minyak, fasilitas jalan raya, dan pelayanan kesehatan; dan 4) Kebijakan *Konstituen*, yang ditandai dengan kemungkinan pengenaan paksaan fisik yang sangat jauh, dan penerapan kebijakan itu secara tidak langsung melalui lingkungan. Tipe ini merupakan kategori sisa (*residual category*) yang mencakup tipe-tipe lain yang tidak dapat dimasukkan ke dalam ketiga tipe sebelumnya. Kebijakan ini mencakup dua lingkup bidang garapan, yaitu urusan keamanan nasional dan luar negeri, dan berbagai dinas pelayanan administrasi.

Berdasarkan teori yang dikemukakan Bromley (1989), kebijakan publik memiliki tiga tingkatan yang berbeda berdasarkan hirarki kebijakan, yaitu: *policy level*, *organizational level*, dan *operational level*. Dalam suatu negara demokratis *policy level* diperankan oleh lembaga yudikatif dan legislatif, sedang *organizational level* diperankan oleh lembaga eksekutif. Selanjutnya, *operational level* dilaksanakan oleh

satuan pelaksana seperti kedinasan, kelembagaan atau kementerian. Pada masing-masing level, kebijakan publik diwujudkan dalam bentuk *institutional arrangement* atau peraturan perundangan yang disesuaikan dengan tingkat hierarkinya. Sementara *pattern interaction* adalah pola interaksi antara pelaksana kebijakan paling bawah (*street level bureaucrat*) dengan kelompok sasaran (*target group*) kebijakan yang menunjukkan pola pelaksanaan kebijakan yang menentukan dampak (*outcome*) dari kebijakan tersebut. Hasil suatu kebijakan dalam kurun waktu tertentu yang ditetapkan akan ditinjau kembali (*assesment*) untuk menjadi umpan balik (*feedback*) bagi semua level kebijakan yang diharapkan terjadi sebuah perbaikan atau peningkatan kebijakan.

Tachjan (2006:19) menyimpulkan bahwa pada garis besarnya siklus kebijakan publik terdiri dari tiga kegiatan pokok, yaitu: 1) perumusan kebijakan, 2) implementasi kebijakan serta, 3) pengawasan dan penilaian (hasil) pelaksanaan kebijakan. Jadi, efektivitas suatu kebijakan publik sangat ditentukan oleh proses kebijakan yang terdiri dari formulasi, implementasi serta evaluasi. Ketiga aktivitas pokok proses kebijakan tersebut mempunyai hubungan kausalitas serta berpola *ciclical* atau bersiklus secara terus-menerus sampai suatu masalah publik atau tujuan tertentu tercapai.

Implementasi kebijakan merupakan tahap yang krusial dalam proses kebijakan publik. Suatu kebijakan atau program harus diimplementasikan agar mempunyai dampak atau tujuan yang diinginkan. Implementasi kebijakan dipandang dalam pengertian luas merupakan alat

administrasi publik dimana aktor, organisasi, prosedur, teknik serta sumber daya diorganisasikan secara bersama-sama untuk menjalankan kebijakan guna meraih dampak atau tujuan yang diinginkan. Van Meter & Van Horn (1975) mendefinisikan implementasi kebijakan publik sebagai: "Tindakan-tindakan yang dilakukan oleh organisasi publik yang diarahkan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan dalam keputusan-keputusan sebelumnya. Tindakan-tindakan ini mencakup usaha-usaha untuk mengubah keputusan-keputusan menjadi tindakan-tindakan operasional dalam kurun waktu tertentu maupun dalam rangka melanjutkan usah-usaha untuk mencapai perubahan-perubahan besar dan kecil yang ditetapkan oleh keputusan-keputusan kebijakan".

Tachjan (2006:26) menjelaskan tentang unsur-unsur dari implementasi kebijakan yang mutlak harus ada yaitu: 1) unsur pelaksana, 2) adanya program yang dilaksanakan serta, 3) *target group* atau kelompok sasaran. Unsur pelaksana adalah implementor kebijakan yang diterangkan Dimock & Kaeng (1960) sebagai berikut: "Pelaksana kebijakan merupakan pihak-pihak yang menjalankan kebijakan yang terdiri dari penentuan tujuan dan sasaran organisasional, analisis serta perumusan kebijakan dan strategi organisasi, pengambilan keputusan, perencanaan, penyusunan program, pengorganisasian, penggerakkan manusia, pelaksanaan operasional, pengawasan serta penilaian".

Pihak yang terlibat penuh dalam implementasi kebijakan publik adalah birokrasi seperti yang dijelaskan oleh Ripley & Franklin (1982): "*Bureaucracies are dominant in the implementation of programs and*

*policies and have varying degrees of importance in other stages of the policy process. In policy and program formulation and legitimation activities, bureaucratic units play a large role, although they are not dominant*". Dengan begitu, unit-unit birokrasi menempati posisi dominan dalam implementasi kebijakan yang berbeda dengan tahap formulasi dan penetapan kebijakan publik dimana birokrasi mempunyai peranan besar namun tidak dominan.

Suatu kebijakan publik tidak mempunyai arti penting tanpa tindakan-tindakan riil yang dilakukan dengan program, kegiatan atau proyek. Hal ini dikemukakan oleh Grindle (1980:10) bahwa "*Implementation is that set of activities directed toward putting out a program into effect*". Menurut Terry (1964) program merupakan; "*A program can be defined as a comprehensive plan that includes future use of different resources in an integrated pattern and establish a sequence of required actions and time schedules for each in order to achieve stated objective. The make up of a program can include objectives, policies, procedures, methods, standards and budgets*". Maksudnya, program merupakan rencana yang bersifat komprehensif yang sudah menggambarkan sumber daya yang akan digunakan dan terpadu dalam satu kesatuan. Program tersebut menggambarkan sasaran, kebijakan, prosedur, metode, standar dan budget. Pikiran yang serupa dikemukakan oleh Siagian (1985), program harus memiliki ciri-ciri sebagai berikut: 1) sasaran yang dikehendaki, 2) jangka waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan pekerjaan tertentu, 3) besarnya biaya yang diperlukan beserta sumbernya, 4) jenis-jenis kegiatan yang dilaksanakan dan 5)

tenaga kerja yang dibutuhkan baik ditinjau dari segi jumlahnya maupun dilihat dari sudut kualifikasi serta keahlian dan keterampilan yang diperlukan.

Untuk dapat mengkaji dengan baik suatu implementasi kebijakan publik perlu diketahui variabel atau faktor-faktor penentunya. Untuk menggambarkan secara jelas variabel atau faktor-faktor yang berpengaruh penting terhadap implementasi kebijakan publik serta guna penyederhanaan pemahaman, maka akan digunakan model-model implementasi kebijakan. Edwards III (1980) berpendapat dalam model implementasi kebijakannya bahwa keberhasilan implementasi kebijakan dipengaruhi oleh faktor-faktor sebagai berikut: 1) *Bureaucratic structure* (struktur birokrasi), 2) *resources* (sumber daya), 3) *disposition* (sikap pelaksana) dan 4) *communication* (komunikasi).

### Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Kebijakan publik pemerintah Indonesia tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi kesehatan, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yaitu: (1) Prinsip kegotong-royongan; (2)

Prinsip nirlaba; (3) Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas; (4) Prinsip portabilitas; (5) Prinsip kepesertaan bersifat wajib; (6) Prinsip dana amanat; (7) Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial (Kemenkes, 2013).

Sedangkan peserta JKN adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Peserta JKN meliputi:

- 1) Peserta penerima bantuan iuran (PBI) jaminan kesehatan dari pemerintah, meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu,
- 2) Peserta bukan PBI adalah peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:
  - (1) Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya, yaitu: a) Pegawai Negeri Sipil; b) Anggota TNI; c) Anggota Polri; d) Pejabat Negara; e) Pegawai pemerintah non pegawai negeri; f) Pegawai swasta; dan g) Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima upah.
  - (2) Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya, yaitu: a) Pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri dan; b) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima upah; c) Pekerja sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
- 3) Bukan pekerja dan anggota keluarganya terdiri atas: a)



Investor; b) Pemberi Kerja; c) Penerima Pensiun; d) Veteran; e) Perintis Kemerdekaan; dan f) Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar iuran.

- 4) Penerima pensiun terdiri atas: a) PNS yang berhenti dengan hak pensiun; b) Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun; c) Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun; d) Penerima Pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c; dan e) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai dengan huruf d yang mendapat hak pension (Kemenkes, 2013).

Anggota keluarga bagi pekerja penerima upah meliputi: a. Istri atau suami yang sah dari peserta; b. Anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat yang sah dari peserta, dengan kriteria: 1) tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri; dan 2) belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal. Sedangkan peserta bukan PBI JKN dapat juga mengikutsertakan anggota keluarga yang lain.

- 5) WNI di luar negeri; Jaminan kesehatan bagi pekerja WNI yang bekerja di luar negeri diatur dengan ketentuan peraturan perundang-undangan tersendiri.

Prosedur pendaftaran peserta meliputi: a) Pemerintah mendaftarkan peserta bukan iuran (PBI) JKN sebagai peserta kepada BPJS Kesehatan (Khusus masyarakat kurang mampu); b). Pemberi kerja mendaftarkan pekerjanya atau pekerja

dapat mendaftarkan diri sebagai peserta kepada BPJS Kesehatan; c). Bukan pekerja dan peserta lainnya wajib mendaftarkan diri dan keluarganya sebagai peserta kepada BPJS Kesehatan.

Sedangkan hak dan kewajiban peserta adalah: 1) Setiap peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berhak mendapatkan a) identitas peserta dan b) manfaat pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan; 2) Setiap peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berkewajiban untuk: a. membayar iuran dan b. melaporkan data kepesertaannya kepada BPJS Kesehatan dengan menunjukkan identitas peserta pada saat pindah domisili dan atau pindah kerja. Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional berlaku selama yang bersangkutan membayar iuran sesuai dengan kelompok peserta, dan status kepesertaan akan hilang bila peserta tidak membayar iuran atau meninggal dunia.

Jaminan Kesehatan Nasional diberlakukan secara bertahap, yaitu tahap pertama mulai 1 Januari 2014, kepesertaannya paling sedikit meliputi: PBI jaminan kesehatan; anggota TNI/PNS di lingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota keluarganya; anggota Polri/PNS di lingkungan Polri dan anggota keluarganya; peserta asuransi kesehatan PT Askes (Persero) beserta anggota keluarganya, serta peserta jaminan pemeliharaan kesehatan Jamsostek dan anggota keluarganya. Selanjutnya tahap kedua meliputi seluruh penduduk yang belum masuk sebagai peserta BPJS Kesehatan paling lambat pada tanggal 1 Januari 2019 (Kemenkes, 2013).

Iuran Jaminan Kesehatan Nasional adalah sejumlah uang yang

dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja, dan/atau pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan (pasal 16, Perpres No. 12/2013 tentang Jaminan Kesehatan). Mekanisme pembayaran iuran yaitu : 1) Bagi peserta PBI, iuran dibayar oleh pemerintah, bagi peserta pekerja penerima upah, iurannya dibayar oleh pemberi kerja dan pekerja, bagi peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja iuran dibayar oleh peserta yang bersangkutan; 2) Besarnya iuran jaminan kesehatan nasional ditetapkan melalui peraturan presiden dan di tinjau ulang secara berkala sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi, dan kebutuhan dasar hidup yang layak. Setiap peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan persentase dari upah (untuk pekerja penerima upah) atau suatu jumlah nominal tertentu (bukan penerima upah dan PBI). Setiap pemberi kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya, menambahkan iuran peserta yang menjadi tanggung jawabnya, dan membayarkan iuran tersebut setiap bulan kepada BPJS Kesehatan secara berkala (paling lambat tanggal 10 setiap bulan). Apabila tanggal 10 (sepuluh) jatuh pada hari libur, maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya. Keterlambatan pembayaran iuran JKN dikenakan denda administratif sebesar 2% (dua persen) perbulan dari total iuran yang tertunggak dan dibayar oleh pemberi kerja. Sedangkan peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja wajib membayar iuran JKN pada setiap bulan yang dibayarkan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan ke pada BPJS Kesehatan.

Cara pembayaran fasilitas kesehatan meliputi: BPJS Kesehatan

akan membayar kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan *Kapitasi*. Untuk fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan, BPJS Kesehatan membayar dengan sistem paket *INA CBG's*. Mengingat kondisi geografis Indonesia, tidak semua fasilitas kesehatan dapat dijangkau dengan mudah. Maka, jika di suatu daerah tidak memungkinkan pembayaran berdasarkan *Kapitasi*, BPJS Kesehatan diberi wewenang untuk melakukan pembayaran dengan mekanisme lain yang lebih berhasil guna. Semua fasilitas kesehatan meskipun tidak menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan wajib melayani pasien dalam keadaan gawat darurat, setelah keadaan gawat darurnya teratasi dan pasien dapat dipindahkan, maka fasilitas kesehatan tersebut wajib merujuk ke fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan akan membayar kepada fasilitas kesehatan yang tidak menjalin kerjasama setelah memberikan pelayanan gawat darurat setara dengan tarif yang berlaku di wilayah tersebut (Kemenkes, 2013).

Untuk pertanggungjawaban BPJS Kesehatan, BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap. Besaran pembayaran kepada fasilitas kesehatan ditentukan berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut dengan mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Dalam hal tidak ada kesepakatan atas besaran pembayaran, Menteri Kesehatan memutuskan besaran pembayaran atas program JKN yang diberikan.

Dalam program JKN, peserta dapat meminta manfaat tambahan berupa manfaat yang bersifat non medis berupa akomodasi, misalnya: peserta yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi daripada haknya, dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan, yang disebut dengan (*additional charge*). Ketentuan tersebut tidak berlaku bagi peserta PBI. Bila dipindahkan, maka fasilitas kesehatan tersebut wajib merujuk ke fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan akan membayar kepada fasilitas kesehatan yang tidak menjalin kerjasama setelah memberikan pelayanan gawat darurat setara dengan tarif yang berlaku di wilayah tersebut.

Jenis pelayanan JKN ada 2 (dua) jenis pelayanan yang akan diperoleh oleh peserta JKN, yaitu berupa pelayanan kesehatan (manfaat medis) serta akomodasi dan ambulans (manfaat non medis). Sedangkan prosedur pelayanan: peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan pertama-tama harus memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama. Bila peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, maka hal itu harus dilakukan melalui rujukan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama, kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan medis. Sedangkan untuk kompensasi pelayanan bila di suatu daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah peserta, BPJS Kesehatan wajib memberikan kompensasi, yang dapat berupa: penggantian uang tunai,

pengiriman tenaga kesehatan atau penyediaan fasilitas kesehatan tertentu. Penggantian uang tunai hanya digunakan untuk biaya pelayanan kesehatan dan transportasi. Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan baik fasilitas kesehatan milik Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan swasta yang memenuhi persyaratan melalui proses *kredensialing* dan *rekredensialing* (Kemenkes, 2013).

Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional terdiri atas 2 (dua) jenis, yaitu manfaat medis berupa pelayanan kesehatan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis. Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan: a) penyuluhan kesehatan perorangan, b) imunisasi dasar, c) keluarga berencana, dan d) skrining kesehatan, yang diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu (Kemenkes, 2013). Meskipun manfaat yang dijamin dalam JKN bersifat komprehensif, masih ada manfaat yang tidak dijamin meliputi: a) tidak sesuai prosedur; b) pelayanan di luar fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS; c) pelayanan bertujuan kosmetik; d) *general check up*, pengobatan alternatif; e) pengobatan untuk mendapatkan keturunan, pengobatan

impotensi; f) pelayanan kesehatan pada saat bencana ; dan g) pasien bunuh diri /penyakit yang timbul akibat kesengajaan untuk menyiksa diri sendiri/ bunuh diri/narkoba.

Dari segi pengorganisasian JKN diselenggarakan oleh BPJS yang merupakan badan hukum publik milik negara yang bersifat non profit dan bertanggung jawab ke pada Presiden. BPJS melakukan kerja sama dengan lembaga pemerintah, lembaga lain di dalam negeri atau di luar negeri dalam rangka meningkatkan kualitas penyelenggaraan program Jaminan Sosial. *Monitoring* dan evaluasi penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional merupakan bagian dari sistem kendali mutu dan biaya. Kegiatan ini merupakan tanggung jawab menteri kesehatan yang dalam pelaksanaannya berkoordinasi dengan Dewan Jaminan Kesehatan Nasional.

### **Kualitas Kinerja Pelayanan Publik dan Pengukurannya**

Secara umum pelayanan publik dapat dipahami sebagai jenis pelayanan yang disediakan untuk masyarakat, baik yang dilakukan oleh pemerintah maupun swasta. Dalam konteks program ini, yang dimaksud dengan pelayanan publik adalah aktivitas pelayanan terhadap masyarakat yang dilakukan oleh lembaga dan aktor-aktor pemerintah. Tujuan pelayanan publik adalah untuk menyediakan layanan yang terbaik bagi publik atau masyarakat. Pelayanan yang terbaik adalah layanan yang memenuhi apa yang dijanjikan atau apa yang diinginkan dan dibutuhkan oleh masyarakat. Pelayanan terbaik akan membawa implikasi terhadap kepuasan publik atas pelayanan yang diterima.

Untuk mencapai tujuan tersebut, pelayanan publik harus

mencakup beberapa unsur; *Pertama*, terdapat kejelasan antara hak dan kewajiban pemberi dan penerima layanan. *Kedua*, pengaturan layanan publik disesuaikan dengan kondisi kebutuhan dan kemampuan masyarakat. *Ketiga*, kualitas proses dan hasil layanan memberikan keamanan, kenyamanan, kelancaran dan kepastian hukum. *Keempat*, apabila layanan publik dirasakan terlalu mahal, harus ada peluang bagi masyarakat untuk menyelenggarakan sistem pelayanan sendiri.

Martin & Kettner (1996) mengemukakan bahwa, ada dua pendekatan dasar yang biasa dipakai untuk mengukur kualitas layanan publik. *Pertama*, pendekatan pengukuran dari kualitas kinerja *provider (the outputs with quality dimensions approach)*, *Kedua*, pendekatan kepuasan klien/masyarakat (*the client satisfaction approach*). Kedua pendekatan tersebut dibedakan oleh perbedaan fokus dan sumber data. Pendekatan pertama fokus pada program dan kinerja penyedia layanan yang datanya diperoleh dari laporan kegiatan instansi pemerintah, pengamatan dan wawancara dengan tokoh kunci penyedia layanan. Sedangkan pendekatan kedua melihat kualitas pelayanan pada hasil (*result*), pengaruh (*effects*), dampak (*impact*) dan manfaat (*benefit*) yang diperoleh pengguna layanan. Sumber data untuk pendekatan ini biasanya dilakukan dengan survei kepuasan masyarakat pemanfaat layanan publik (*client satisfaction survey*). Jika pemerintah ingin meningkatkan kualitas pelayanan publik, maka pemerintah harus menempuh beberapa langkah. *Pertama*, memonitor persepsi masyarakat tentang kualitas pelayanan yang telah mereka terima. *Kedua*, mengidentifikasi penyebab



kegagalan pelayanan. *Ketiga*, berusaha mengambil langkah perbaikan.

### **Pengukuran Kualitas Kinerja Pelayanan Kesehatan (Program JKN)**

Di era penuh persaingan ini setiap institusi pelayanan dituntut untuk meningkatkan mutu pelayanannya. Mutu pelayanan, terutama bagi pelayanan jasa, merupakan suatu hal yang tidak dapat dianggap ringan karena hal ini sangat menentukan cara mempertahankan kehidupan dan pertumbuhan (*survival and growth*) suatu usaha, khusus untuk mutu/kualitas kinerja pelayanan kesehatan yang sifatnya sangat multidimensi. Banyak aspek yang terkait dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, sehingga untuk mengukur kualitas kinerja pelayanan kesehatan perlu membandingkan kebutuhan dan permintaan para pemakai jasa pelayanan kesehatan dalam berbagai dimensi.

Berkaitan dengan kualitas pelayanan kesehatan Azwar (1996), berpendapat, tingkatan atau derajat yang menunjukkan kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk yang menjadi sasaran utama institusi kesehatan dimana penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan yang ditetapkan. Sedangkan Adikoesoemo (1997) menjelaskan bahwa kualitas atau mutu dibidang institusi kesehatan adalah mutu layanan terhadap pasien. Kualitas pelayanan kesehatan yang baik antara lain pasien mendapat layanan yang cepat, diagnosa dan terapi yang tepat, keramahan

yang cukup, pelayanan apotik yang cepat dan biaya yang terjangkau.

Kualitas pelayanan kesehatan merupakan produk akhir dari interaksi antara berbagai komponen atau aspek pada fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan. Donabedian (1980) menggolongkan berbagai aspek tersebut dalam struktur, proses dan *outcome*. Struktur adalah sarana fisik, perlengkapan, peralatan, organisasi dan manajemen, keuangan, sumber daya manusia dan sumber dana lainnya. Dengan kata lain struktur adalah masukan atau input fasilitas kesehatan. Jika struktur baik, kemungkinan mutu menjadi baik pula. Baik tidaknya struktur sebagai masukan fasilitas kesehatan dapat diukur dari kewajaran, kuantitas, biaya (efisiensi), mutu komponen-komponen struktur itu. Proses adalah kegiatan dokter dan tenaga profesi kesehatan lainnya dalam interaksi profesional dengan pasien. Proses adalah apa dan bagaimana kegiatan profesional itu. Baik tidaknya proses dapat diukur dari relevan tidaknya proses itu bagi pasien, efektif atau tidak, dan mutu proses itu sendiri. *Outcome* adalah hasil akhir kegiatan dan tindakan dokter dan tenaga profesi lainnya terhadap pasien, dalam arti perubahan derajat kesehatan dan kepuasannya, baik positif maupun sebaliknya. Karena itu *outcome* dapat saja berupa hal yang tak diinginkan seperti penyulit dan kejadian lain yang tak diharapkan.

Menurut Jacobalis (1989) dalam hal mutu layanan tidak lepas dari tiga hal, yaitu: indikator, kriteria dan standar. Indikator yang dapat digunakan dalam jasa pelayanan kesehatan yaitu: a) Indikator klinis, merupakan petunjuk dari penampilan (*performance*) profesi (antara lain: angka infeksi nosokomial, kematian

karena operasi, reaksi obat dan sebagainya). b) Indikator efisiensi dan efektivitas: untuk dapat melihat apakah sumber daya telah digunakan secara efisien, misalnya: waktu tunggu pasien, lama hari rawat, lama tempat tidur kosong, penggunaan dan sebagainya. c) Indikator keamanan dan keselamatan pasien: lebih banyak terjadi karena kurang telitinya asuhan keperawatan pasien, misalnya: pasien diberi obat salah, pasien jatuh dari tempat tidur dan sebagainya. d) Indikator kepuasan pasien: misalnya: jumlah keluhan pasien, hasil survei kepuasan, berita di koran.

Variabel input dalam proses mewujudkan mutu pelayanan kesehatan adalah: a) Faktor manusia, yaitu pemberi jasa manusia langsung baik administrator maupun profesional. b) Faktor sarana dan prasarana, yaitu bangunan dan peralatan rumah sakit. c) Faktor manajemen, yaitu prosedur pelayanan yang dipergunakan di rumah sakit.

Sedangkan Gerson (2001), menyatakan bahwa kepuasan pasien akan tercapai apabila kebutuhannya secara nyata atau hanya anggapan, terpenuhi atau melebihi harapannya. Harapan pasien terhadap dokter dan tenaga kesehatan antara lain diharapkan dapat memberikan penjelasan yang sejelas-jelasnya tentang penyakit yang dideritanya dengan bahasa yang dimengerti oleh pasien, dokter dan tenaga kesehatan juga harus dapat meyakinkan bahwa dokter tersebut dapat menolongnya dengan baik dan dengan cara yang bertanggung jawab, tentunya hal ini keterampilan dan pengetahuan dokter dituntut pada tingkat yang terbaik. Dokter diharapkan dapat memberikan petunjuk yang jelas pada pasien maupun para perawat/tenaga kesehatan lainnya agar tidak

menimbulkan hal-hal yang merugikan pasien. Hal terpenting yang diharapkan oleh pasien adalah keberhasilan dokter dalam mengobati kepada pasien sampai sembuh (Muninjaya, 2004).

Kawakita (1987) yang dikutip Napitpulu (1996) yang menyatakan bahwa kepuasan pasien adalah dasar suatu ukuran kualitas atau mutu pelayanan keperawatan dan merupakan alat yang dapat dipercaya dan sah dalam menyusun perencanaan pelaksanaan dan penilaian pengelolaan fasilitas kesehatan.

Dari berbagai pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa kepuasan tergantung pada adanya kesenjangan antara harapan dan kenyataan. Semakin besar kesenjangan semakin kecil kepuasan, sebaliknya semakin kecil kesenjangan makin besar kepuasan. Kepuasan pasien adalah wujud suatu pelayanan kesehatan yang memenuhi kebutuhan dan permintaan pasien. Besarnya harapan pasien akan menentukan tingkat kepuasan pasien terhadap layanan yang diterimanya. Kepuasan seorang pasien terhadap pelayanan fasilitas kesehatan tidak terlepas dari apa yang diharapkan pasien. Harapan adalah suatu keyakinan sementara seseorang bahwa suatu tindakan tertentu akan diikuti oleh hasil atau tindakan berikutnya. Dengan demikian kepuasan dan ketidakpuasan adalah bentuk kesenjangan antara harapan dan kenyataan. Harapan pelanggan dapat dibentuk oleh pengalaman masa lalu, komentar kerabatnya, kepentingan individu serta janji atau informasi pemasaran dari saingannya (Parasuraman, Zeithmal dan Berry, 1998). Pelanggan yang puas akan setia lebih lama, kurang sensitif terhadap harga dan akan memberi komentar

yang baik terhadap institusi pemberi pelayanan. Pada perkembangan selanjutnya terpenuhi atau tidaknya tuntutan pasien tersebut terkait dengan timbul atau tidaknya rasa puas terhadap pelayanan yang diterima.

Kotler (1994) mengemukakan empat metode untuk mengukur kualitas pelayanan, yaitu:

#### a. Sistem keluhan dan saran

Setiap tempat pelayanan kesehatan yang berorientasi terhadap pasien perlu memberikan kesempatan seluas-luasnya bagi para pasien untuk menyampaikan saran, pendapat dan keluhan mereka dalam hal ini media yang digunakan dapat berbentuk: 1) Kotak saran yang diletakkan di tempat-tempat yang mudah dijangkau dan sering dilewati pasien, 2) Menyediakan kartu komentar yang bisa diisi langsung ataupun dikirim melalui pos, 3) Menyediakan saluran telepon khusus bagi pasien, dan 4) Keuntungan dari metode ini adalah dapat memberikan ide-ide baru dan masukan yang berharga bagi tempat pelayanan kesehatan tersebut, sehingga memungkinkan memberikan respon yang cepat dan tanggap terhadap setiap masalah yang timbul. Kerugian dari metode ini adalah sulitnya mendapatkan gambaran yang lengkap mengenai kepuasan pasien, karena tidak semua pasien menyampaikan keluhannya. Upaya mendapat saran juga sulit diwujudkan dengan metode ini.

#### b. Survei Kepuasan Pelanggan

Umumnya penelitian mengenai kepuasan pasien dilakukan dengan cara metode survai, baik melalui pos, telepon atau wawancara pribadi. Keuntungannya, *provider* akan memperoleh tanggapan dan umpan balik secara langsung dari pelanggan

juga sekaligus memberikan sinyal positif bahwa provider memberi perhatian kepada pasiennya (Gerson, 2001). Pengukuran dapat dilakukan dengan cara : 1) *Directly Reported Satisfaction*; Pengukuran dilakukan dengan memberikan pertanyaan secara langsung melalui pertanyaan yang dibagi berdasarkan skala, 2) *Derived Dissatisfaction*: Pertanyaan dilakukan menyangkut dua hal utama yakni besarnya harapan pasien terhadap hal tertentu dan besarnya kinerja yang mereka rasakan, 3) *Problem Analysis*; Pasien yang dijadikan responden diminta untuk mengungkapkan dua hal pokok yaitu masalah-masalah yang mereka hadapi berkaitan dengan penawaran tempat pelayanan kesehatan dan saran-saran untuk perbaikan, 4) *Importance Performance Analysis*; Responden diminta untuk meranking berbagai elemen dari penawaran berdasarkan pentingnya derajat elemen tersebut, dan 5) *Ghost Shopping*; Metode ini dilaksanakan dengan cara mempekerjakan beberapa orang (*Ghost shopper*) untuk berperan atau bersikap sebagai pelanggan produk potensial provider dan pesaing, kemudian mereka menyampaikan temuan-temuan ini berdasarkan pengalaman mereka.

#### c. *Lost Customer Analysis*

Tempat pelayanan kesehatan berusaha menghubungi pasien-pasien yang telah beralih ke tempat pelayanan yang lain, yang diharapkan adalah informasi penyebab mereka beralih.

Sementara Parasuraman, Zeithmal dan Berry (1998) mengidentifikasi lima kelompok dimensi yang digunakan untuk mengevaluasi kepuasan pelanggan yang berhubungan dengan kualitas pelayanan. dalam bidang jasa yaitu :

- a. Bukti langsung/dapat diraba/sarana fisik (*tangible*), meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai dan sarana komunikasi
- b. Keandalan pelayanan (*reliability*), yaitu kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan tepat, akurat dan terpercaya
- c. Ketanggapan pelayanan (*responsiveness*), yaitu kemauan untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa pelayanan dengan tanggap dan cepat.
- d. Jaminan/keyakinan (*assurance*), yang mencakup pengetahuan dan kesopanan dari petugas serta kemampuan untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan.
- e. Empati (*emphaty*), meliputi perbuatan atau sikap untuk memberikan perhatian secara pribadi kepada pelanggan, komunikatif serta memahami kebutuhan pelanggan.

Kelima dimensi untuk mengukur kualitas pelayanan jasa tersebut dinamakan Metode Servqual (*Service Quality*). Metode *servqual* dalam pengukuran kepuasan dilakukan terhadap dua aspek yaitu pengukuran untuk menilai harapan yang diinginkan.

Pelayanan dibidang kesehatan yang didalamnya termasuk pelayanan kepada pasien program JKN termasuk pelayanan jasa yang sifatnya multidimensi, sehingga penggunaan metode Servqual (*Service Quality*) untuk mengukur kualitas pelayanan sangatlah relevan. Hal ini dikarenakan bahwa suatu pelayanan kesehatan yang bermutu pasti mejadi harapan semua pasien, dan apabila harapannya tersebut terpenuhi akan menyebabkan kepuasan pasien.

### **Komunikasi Terapeutik sebagai Dimensi Pengukuran Kualitas Pelayanan Kesehatan**

Komunikasi adalah faktor penunjang dalam menerapkan *service excellence*, oleh karena itu sangat diperlukan proses, model dan cara penerapannya dalam pekerjaan bidang pelayanan jasa. Berdasarkan sarana dan operasionalnya komunikasi dapat diklasifikasikan sebagai: *Pertama*, komunikasi verbal, yaitu komunikasi yang dilaksanakan dalam dua cara, yaitu *Personal Communication* (komunikasi langsung/tatap muka) dan *Non Personal Communication* (komunikasi yang dilaksanakan melalui media yang menyiarkan tanpa ada kontak atau umpan balik secara personal/komunikasi melalui media massa). *Kedua*, komunikasi non verbal, yaitu bahasa isyarat, sehingga tanpa mengucapkan kata-kata, lawan bicara dapat mengetahui maksud dan arti dari bahasa isyarat ini. Formula dalam berkomunikasi non verbal yang positif yaitu *The Soften Formula*, yang meliputi: a) *smile*, selalu tersenyum, dengan senyuman khas, b) *open posture*, selalu bersikap terbuka, c) *forward lean*, badan sedikit condong kedepan, d) *territory/space*, memiliki wawasan luas dan menguasai pekerjaan yang menjadi bidangnya, e) *eye contact*, cara menatap lawan berkomunikasi, f) *nodding head*, anggukan kepala, *Ketiga*, komunikasi melalui telepon, yaitu pembicaraan yang mengandalkan kepekaan telinga pendengar terhadap suara pembicara. Dua bagian penting dalam pembicaraan melalui telepon, yaitu: a) *verbal message*, yaitu penerima telepon akan menerima suara dari penyampai telepon terhadap isi berita yang disampaikan. b) *non verbal*



*message*, dimana tutur bahasa yang melekat pada isi berita.

Mutu pelayanan kesehatan salah satunya dipengaruhi oleh baik buruknya tenaga kesehatan dalam melakukan komunikasi terapeutik (Harmini, 2008). Bahkan disebutkan oleh Lois (2005) bahwa komunikasi terapeutik merupakan salah satu aspek paling penting dalam pelayanan keperawatan. Kompetensi tenaga kesehatan biasanya dinilai dari kemampuan mereka dalam berkomunikasi. Kepuasan pasien akan meningkat jika perawat dan tenaga kesehatan mampu melakukan komunikasi yang baik dan peningkatan kepuasan pasien memiliki nilai positif bagi proses perawatan dirinya. Faktor kunci dalam penilaian pelayanan kesehatan di mata pasien adalah komunikasi yang dilakukan oleh perawat (Potter & Perry, 2005).

Pelaksanaan hubungan tenaga kesehatan dengan pasien dapat dilaksanakan dengan cara: 1) menciptakan atau membuka jalur komunikasi dua arah yang saling menguntungkan, 2) menanggapi keluhan-keluhan pasien serta memperbaiki sebab-sebab terjadinya keluhan tersebut, 3) menunjukkan kepada para pasien bahwa anda selalu memperhatikan, menyesuaikan, dan melakukan usaha-usaha untuk memberikan kepuasan kepada mereka, dan 4) melayani dengan baik kepada setiap pasien baik melalui tatap muka, melalui telepon atau korespondensi.

Potter & Perry (2005), menyatakan bahwa komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dilakukan secara sadar oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan) untuk kesembuhan pasien. Hubungan antara pasien dengan tenaga kesehatan

yang terapeutik merupakan pengalaman belajar bersama sekaligus perbaikan emosi pasien. Komunikasi terapeutik harus berjalan secara efektif antara pasien dengan tenaga kesehatan sehingga saling menghargai satu sama lainnya (Stuart & Sundeen, 1979). Komunikasi terapeutik merupakan respon spesifik yang mendorong ekspresi perasaan dan ide, serta menyampaikan penerimaan dan penghargaan.

Menurut Stuart & Sundeen (1979), komunikasi terapeutik dilaksanakan dengan tujuan: 1) Pesan yang dikirim oleh pengirim pesan (tenaga kesehatan), dapat dimengerti oleh penerima pesan (pasien), sehingga tenaga kesehatan dapat mengambil tindakan kesehatan yang dibutuhkan pasien. 2) Membantu atau mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaannya tanpa ada rasa ragu akan diketahuinya kerahasiaannya oleh orang lain sehingga tenaga kesehatan dapat melakukan tindakan secara efektif. 3) Menggerakkan atau mempengaruhi orang lain (pasien) dan dirinya sendiri untuk melakukan sesuatu ke arah perbaikan dan penyembuhan. Sedangkan Varacolis (1990), menyatakan bahwa fungsi komunikasi terapeutik adalah untuk mendorong dan menganjurkan kerjasama antara tenaga kesehatan-pasien melalui hubungan profesional. Tenaga kesehatan berusaha mengungkapkan perasaan, mengidentifikasi dan mengkaji masalah serta mengevaluasi tindakan yang dilakukan selama dalam perawatan.

Potter & Perry (2005), menyatakan bahwa manfaat dari komunikasi terapeutik adalah: 1) mendorong sekaligus menganjurkan kerja sama antara tenaga kesehatan dengan pasien, 2) melakukan

identifikasi guna mengungkap perasaan pasien sekaligus mengevaluasi tindakan yang dilakukan, 3) memberikan pengertian mengenai gangguan kesehatan yang dihadapi pasien sekaligus membantu mengatasinya, 4) mencegah tindakan negatif pasien akibat gangguan kesehatan yang diderita.

Beberapa teknik komunikasi terapeutik menurut (Sheldon, 2009) antara lain:

#### 1) **Mendengarkan dengan penuh perhatian**

Dalam hal ini tenaga kesehatan berusaha mengerti pasien dengan cara mendengarkan apa yang disampaikan pasien. Satu-satunya orang yang dapat menceritakan kepada tenaga kesehatan tentang perasaan, pikiran dan persepsi pasien adalah pasien sendiri. Sikap yang dibutuhkan untuk menjadi pendengar yang baik adalah pandangan saat berbicara, tidak menyilangkan kaki dan tangan, hindari tindakan yang tidak perlu, anggukkan kepala jika pasien membicarakan hal-hal yang penting atau memerlukan umpan balik, condongkan tubuh ke arah lawan bicara.

Mendengar ada dua macam: a) Mendengar pasif, yaitu kegiatan mendengar dengan kegiatan non verbal untuk pasien, misalnya dengan kontak mata, menganggukkan kepala dan juga keikutsertaan secara verbal. Mendengar pasif akan dapat memperdayakan diri kita saat mendengar dengan pasif karena kurang memahami perasaan orang lain. b) Mendengar aktif, yaitu kegiatan mendengar yang menyediakan pengetahuan bahwa kita tahu perasaan orang lain dan mengerti mengapa dia merasakan hal tersebut.

#### 2) **Menunjukkan penerimaan**

Menerima bukan berarti menyetujui, menerima berarti bersedia

untuk mendengarkan orang lain tanpa menunjukkan keraguan atau ketidaksetujuan. Tenaga kesehatan harus waspada terhadap ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang menyatakan tidak setuju, seperti mengerutkan kening atau menggeleng yang menyatakan tidak percaya. Sikap tenaga kesehatan yang menyatakan penerimaan yaitu mendengarkan tanpa memutus pembicaraan, memberikan umpan balik verbal yang menyatakan pengertian, memastikan bahwa isyarat non verbal sesuai dengan komunikasi verbal, menghindari perdebatan, ekspresi keraguan atau usaha untuk mengubah pikiran pasien.

#### 3) **Menanyakan pertanyaan yang berkaitan**

Tujuan tenaga kesehatan bertanya adalah untuk mendapatkan informasi yang spesifik mengenai apa yang disampaikan pasien. Oleh karena itu, pertanyaan sebaiknya dikaitkan dengan topik yang dibicarakan dan gunakan kata-kata yang sesuai dengan konteks sosial budaya pasien.

#### 4) **Pertanyaan terbuka (*open ended question*)**

Pertanyaan yang tidak memerlukan jawaban "ya" dan "mungkin", tetapi pertanyaan memerlukan jawaban yang luas, sehingga pasien dapat mengemukakan masalahnya, perasaannya dengan kata-kata sendiri, atau dapat memberikan informasi yang diperlukan. Contoh: "coba ibu ceritakan apa yang biasanya dilakukan bila ibu sakit perut?"

#### 5) **Mengulang ucapan pasien dengan menggunakan kata-kata sendiri**

Melalui pengulangan kembali kata-kata pasien, tenaga kesehatan memberikan umpan balik bahwa ia mengerti pesan pasien dan berharap komunikasi dilanjutkan. Contoh,

pasien mengatakan: "saya tidak dapat tidur, sepanjang malam saya terjaga". Tenaga kesehatan, menggunakan kata sendiri: "saudara mengalami kesulitan untuk tidur ...".

#### 6) Mengklarifikasi

Klarifikasi terjadi saat tenaga kesehatan ingin menjelaskan dalam kata-kata, ide atau pikiran (secara mutlak maupun tegas) yang tidak jelas dikatakan oleh pasien. Tujuan dari teknik ini adalah untuk menyamakan pengertian.

#### 7) Memfokuskan

Metode ini bertujuan untuk membatasi bahan pembicaraan, sehingga percakapan menjadi lebih spesifik dan dimengerti. Hal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan metode ini adalah usahakan untuk tidak memutus pembicaraan ketika pasien menyampaikan masalah penting.

#### 8) Menyatakan hasil observasi

Tenaga kesehatan harus memberikan umpan balik kepada pasien dengan menyatakan hasil pengamatannya sehingga pasien dapat mengetahui apakah pesannya diterima dengan benar atau tidak. Dalam hal ini tenaga kesehatan menguraikan kesan yang ditimbulkan oleh isyarat non verbal pasien. Teknik ini seringkali membuat pasien berkomunikasi lebih jelas tanpa tenaga kesehatan harus bertanya, memfokuskan dan mengklarifikasi pesan. Observasi dilakukan sedemikian rupa, sehingga pasien tidak menjadi malu atau marah.

#### 9) Diam (memelihara ketenangan)

Diam akan memberikan kesempatan kepada tenaga kesehatan dan pasien untuk mengorganisir pikirannya. Penggunaan metode ini memerlukan ketrampilan dan

ketepatan waktu, jika tidak akan menimbulkan perasaan tidak enak. Diam memungkinkan pasien untuk berkomunikasi dengan dirinya sendiri, mengorganisir pikiran dan memproses informasi. Diam sangat berguna terutama pada saat pasien harus mengambil keputusan. Diam tidak dapat dilakukan dalam waktu yang lama, karena akan mengakibatkan pasien menjadi khawatir. Diam di sini juga menunjukkan kesediaan seseorang untuk menanti orang lain agar punya kesempatan berpikir meskipun begitu, diam yang tidak tepat dapat menyebabkan orang lain merasa cemas. Diam digunakan pada saat pasien mengekspresikan ide tapi tidak tahu bagaimana melakukan atau menyampaikan suatu hal.

#### 10) Menyimpulkan

Menyimpulkan adalah meringkas ide utama, pokok fikiran utama yang telah didiskusikan.

Dimensi untuk mengukur kualitas pelayanan model (*servqual*) oleh Parasuraman, Zeithmal & Berry (1998) bisa dikembangkan dengan aspek komunikasi terapeutik (Sheldon, 2009) untuk dapat dipergunakan mengukur kualitas pelayanan kesehatan program JKN sebagai sebagaimana pada tabel berikut :

**Tabel 1**  
**Dimensi Kualitas Pelayanan Kesehatan**

No	Aspek / Dimensi	Indikator
1	<i>Tangibles</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kelengkapan alat medis dalam jumlah cukup</li> <li>• Peralatan dan perlengkapan untuk pelayanan pasien yang modern</li> <li>• Kelengkapan alat dan sarana ruang tunggu</li> <li>• Tata letak ruang kantor / ruang perawatan</li> <li>• Jalur antrian pasien termonitor dan praktis.</li> </ul>
2	<i>Reliability</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keakuratan informasi yang diberikan petugas kesehatan tentang penyakit yang diderita pasien</li> <li>• Keakuratan catatan / dokumentasi medis yang dibuat petugas Rumah Sakit</li> <li>• Proses dan prosedur penyelesaian tindakan medis yang sistematis</li> <li>• Perlakuan petugas Rumah Sakit terhadap pasien tidak diskriminatif.</li> </ul>
3	<i>Responsiveness</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kecepatan dan kecekatan tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan) dalam menyelesaikan tindakan medis</li> <li>• Kemampuan tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan) memahami kebutuhan pasien</li> <li>• Kecepatan dan ketanggapan Rumah Sakit dalam menghadapi masalah yang timbul pada pasien</li> <li>• Sistem penyerahan resep dan atau obat cepat dan sistematis</li> <li>• Waktu pelayanan Rumah Sakit yang fleksibel dan siap 24 jam.</li> </ul>
4	<i>Assurance</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keamanan dan kenyamanan pasien selama di RS</li> <li>• Keamanan dan kerahasiaan data pribadi pasien yang tersimpan dalam dokumen RS</li> <li>• Rumah Sakit menyediakan pelayanan yang menjamin kerahasiaan antar pasien.</li> <li>• Citra (<i>image</i>) Rumah sakit di masyarakat</li> <li>• Ketelitian tenaga kesehatan saat melayani pasien.</li> </ul>
5	<i>Empathy</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenaga kesehatan (dokter, paramedis dan tenaga penunjang) mempunyai sikap dan perilaku yang baik</li> <li>• Tegur sapa dan tutur kata tenaga kesehatan (dokter, paramedis dan tenaga penunjang) menyenangkan</li> <li>• Tenaga kesehatan mudah dihubungi bila pasien membutuhkan pertolongan atau tindakan</li> <li>• Tenaga kesehatan (dokter, paramedis dan tenaga penunjang) memahami kebutuhan khusus pasien.</li> </ul>
6	<i>Comunikasi Terapeutik</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) mendengarkan keluhan pasien dengan penuh perhatian</li> <li>• Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) menunjukkan sikap menerima untuk berkomunikasi</li> <li>• Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) bertanya dengan pertanyaan terbuka (<i>open ended question</i>)</li> <li>• Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) mengulang ucapan pasien dengan menggunakan kata-kata sendiri untuk klarifikasi.</li> <li>• Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) memfokuskan komunikasi dan mengklarifikasi setiap jawaban pasien</li> </ul>



- Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) menyampaikan hasil observasi kondisi pasien
- Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) memberi kesempatan “diam” (memelihara ketenangan) saat berkomunikasi
- Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) menyimpulkan hasil komunikasi

Sumber: Parasuraman, et al. (1998) & Sheldon, (2009) dikembangkan.

### **Faktor-faktor yang mempengaruhi Kepuasan terhadap Jasa Pelayanan Kesehatan**

Thabrani (2007) menyatakan bahwa di samping faktor-faktor yang berhubungan dengan manajemen pelayanan kesehatan, kepuasan pasien juga dipengaruhi oleh karakteristik pasien itu sendiri. Dengan pelayanan yang sama untuk kasus yang sama dapat terjadi kepuasan pasien yang berbeda hal ini tergantung pada latar belakang pasien itu sendiri. Faktor-faktor tersebut antara lain : jabatan, tingkat ekonomi, kedudukan sosial, pendidikan, latar belakang budaya, sifat umum kesukuan, jenis kelamin, sikap mental, pekerjaan, dan kepribadian seseorang. Gonzales (1967), menyatakan bahwa kepuasan pasien dipengaruhi dua aspek yakni pasien dan pelayanan kesehatan. Aspek pasien dipengaruhi oleh umur, jenis kelamin, pendidikan, dan sosial budaya. Sedangkan aspek pelayanan kesehatan terdiri dari faktor medis, non medis. Faktor medis seperti tersedianya alat-alat yang menunjang pengobatan dan diagnosa suatu penyakit dan faktor non medis yang mencakup layanan perawat, dokter, kenyamanan ruang rawat dan biaya rawat.

Krowinski & Steiber (1996) dalam penelitiannya mengungkapkan ada 6 (enam) faktor yang paling mempengaruhi kepuasan pasien. Faktor-faktor itu terbagi dalam 2 (dua) bagian yaitu pada saat pasien akan

masuk ke tempat pelayanan kesehatan itu dan ketika pasien akan keluar dari fasilitas kesehatan tersebut. Faktor-faktor tersebut dikenal sebagai faktor analisis yang didapatkan dari penelitian berdasarkan respon individu terhadap beberapa pertanyaan. Faktor-faktor tersebut adalah:

#### **a. Pelayanan Medis**

Tenaga medis adalah ahli kedokteran yang fungsi utamanya memberikan pelayanan medis kepada pasien dengan mutu yang sebaik-baiknya dengan menggunakan tata cara dan teknik berdasarkan ilmu kedokteran dan etika yang berlaku serta dapat dipertanggung jawabkan (Wilson, 1995 dalam Wijono, 2000). Walaupun frekuensi pertemuan antara dokter dan pasien lebih sedikit jika dibandingkan pertemuan perawat dengan pasien, tetapi pelayanan medis sama pentingnya dengan pelayanan keperawatan dalam memenuhi kepuasan pasien. Pasien pada saat datang untuk berobat mengharapkan mereka akan sembuh dari penyakitnya, pelayanan medis yang berkualitas akan membuat pasien lebih merasa puas. Untuk itu para tenaga medis di tempat pelayanan kesehatan diharapkan mempunyai keterampilan dan pengetahuan sesuai dengan standar terapi yang telah ditetapkan juga etika kedokteran. Selain itu para tenaga medis juga diharapkan mempunyai kemauan untuk mendengarkan, menjawab dan menjelaskan semua keluhan dan

pertanyaan dari pasien terutama yang berhubungan dengan penyakit memberikan rasa aman pada pasien antara lain dengan merahasiakan semua informasi yang diberikan pasien. Perhatian personal terhadap pasien juga harus diberikan oleh para tenaga medis yang bisa dilihat berapa lama waktu yang diberikan dokter terhadap pasien, kemudahan untuk menghubungi dokter bila diperlukan harus menjadi suatu hal yang baku karena saat ini di Indonesia untuk mendapatkan kemudahan akses terhadap dokter di tempat pelayanan kesehatan masih merupakan suatu hal yang sulit didapatkan karena banyaknya dokter yang memiliki tugas rangkap di beberapa tempat pelayanan kesehatan (Krowinski & Steibcr 1996, Jacobalis, 1989). Berdasarkan statistik hal-hal yang penting yang harus menjadi perhatian bagi dokter dalam memberikan pelayanan pada pasien adalah; 1) Kesiediaan dokter untuk mendengarkan dan menjawab keluhan pasien, 2) Kemampuan dokter untuk menjaga rahasia pasien, 3) Mudah atau sulitnya untuk melakukan kontak dengan dokter, dan 4) Pelayanan yang berkualitas sesuai dengan standar prosedur operasional dan etika kedokteran akan memberikan kepuasan terhadap pasien (Krowinski & Steibcr, 1996).

#### **b. Pelayanan keperawatan**

Pelayanan keperawatan mempunyai peran yang sangat besar dalam menentukan kepuasan pasien, karena hampir sebagian besar waktu pasien selama di tempat pelayanan kesehatan akan dilayani oleh perawat terutama pasien rawat inap. Pelayanan keperawatan merupakan salah satu faktor penentu baik buruknya mutu dan citra tempat pelayanan kesehatan yang akan mempengaruhi kepuasan pasien. Oleh karena itu semua proses

dan rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang diberikan kepada pasien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan yang menggunakan pendekatan proses keperawatan harus berpedoman pada standar prosedur operasional keperawatan, juga dilandasi oleh etika dan etiket keperawatan dalam lingkup wewenang dan tanggung jawab perawat tersebut. Hal-hal yang dapat mempengaruhi kepuasan pasien dari faktor pelayanan keperawatan ini antara lain keterampilan dan kemampuan perawat, cara komunikasi antara perawat dengan pasien apakah ramah dan sopan, apakah perawat membeirkan perhatian personalnya terhadap pasien, kemauan dan kesiapan para perawat untuk memberikan jasa keperawatan yang dibutuhkan pasien misalnya bila pasien mendapatkan masalah apakah perawat membantu mengatasi masalah itu secepatnya atau apakah perawat akan selalu menjawab pertanyaan pasien, tanggung jawab dan konsisten kerjanya, apakah bisa menimbulkan rasa aman dan percaya. Berdasarkan statistik hal-hal yang penting dalam pelayanan keperawatan adalah: 1) Kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan teknik keperawatan, 2) Cara dan sikap dalam berkomunikasi dengan pasien, 3) Perhatian yang diberikan, 4) Kemampuan dari perawat untuk memecahkan masalah pasien dalam bidang keperawatan, 5) Respon dari perawat ketika pasien memanggil untuk meminta bantuan, dan 6) Sebaiknya perawat menjalankan tugas mereka

Semua itu membutuhkan sikap profesionalisme dari pelayanan keperawatan yang akan memberikan efisiensi, keamanan dan kenyamanan bagi pasien, yang pada akhirnya akan

memberikan kepuasan terhadap pasien tersebut.

### **c. Situasi lingkungan**

Lingkungan tempat pasien berada akan sangat mempengaruhi kepuasan pasien. Dalam hal ini lingkungan dapat dibagi menjadi lingkungan di dalam ruangan dan lingkungan di luar ruangan. Lingkungan yang baik akan menimbulkan rasa aman bagi pasien yang akan menghasilkan kepuasan bagi pasien tersebut. Selain faktor-faktor yang mempengaruhi kenyamanan dan keamanan bagi pasien seperti adanya alat komunikasi untuk menghubungi perawat, ketenangan lingkungan, kebersihan ruangan, fasilitas yang terdapat dalam kamar, juga keamanan dari kendaraan (Krowinski &, Steibcr, 1996).

### **d. Pelayanan Makanan**

Pelayanan makanan walaupun terlihat sederhana, sebenarnya merupakan salah satu faktor yang sangat penting dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Makanan merupakan salah satu faktor penunjang dalam menjaga dan memulihkan kesehatan pasien, misalnya makanan yang diberikan untuk penderita diabetes mellitus akan berbeda dengan makanan yang diberikan untuk penderita gagal ginjal, tergantung dari diet penyakit masing-masing, dan lebih dari itu cita rasa yang diberikan harus bisa membangkitkan selera makan dan nilai gizi yang terkandung dalam makanan tersebut untuk itu para ahli ditempat pelayanan kesehatan harus mempunyai keterampilan, pengetahuan dan tanggung jawab profesional (Krowinski &, Steibcr, 1996). Setelah makanan yang akan disajikan untuk pasien direncanakan dan dimasak maka dalam penyajian juga dibutuhkan profesionalisme.

Waktu memberikan makanan dan tata cara penyajian juga harus memenuhi harapan pasien selain itu makanan yang disajikan harus bervariasi dari hari ke hari.

### **e. Pelayanan Administrasi**

Pada saat pasien akan masuk dan meninggalkan tempat pelayanan kesehatan, pasien akan dihadapkan dengan prosedur administrasi. Personal yang menangani bagian administrasi harus terampil dan profesional dimulai dari registrasi pasien saat akan masuk, petugas administrasi harus memberikan semua penjelasan tentang tarif pelayanan, cepat dan efisien dalam memproses registrasi, begitu juga saat akan keluar, pasien akan mendapat penjelasan tentang tagihan yang diterimanya. Proses yang cepat dan efisien pada saat akan keluar, akurasi dari tagihan yang diberikan dan mampu menjawab semua pertanyaan yang berhubungan dengan administrasi. Intinya pada saat pasien akan masuk sampai keluar, mereka akan mudah mendapatkan informasi yang jelas, kemudahan dalam proses dan yang tak kalah pentingnya tarif yang wajar sesuai dengan fasilitas yang didapatkan (Krowinski &, Steibcr, 1996).

### **f. Ketersediaan Sarana**

Ketersediaan sarana adalah kecukupan dan kelengkapan sarana yang ada di tempat seseorang berada/tinggal, dimana alat tersebut dapat digunakan sewaktu-waktu. Namun sarana yang tersedia pada suatu unit pelayanan kesehatan sebaiknya sangat berhubungan sekali dengan akan kebutuhan pasien dalam keseharian selama proses perawatan dan pengobatannya. Sebagaimana yang dikemukakan Azwar (1996), untuk dapat menjamin



terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, maka dari pihak penyelenggara yang harus dipenuhi adalah standar persyaratan minimal yang dalam hal ini adalah sebagai berikut: standar masukan, standar lingkungan dan standar proses. Berkaitan dengan kesediaan sarana, maka hal tersebut masuk kategori "standar masukan", dimana dikatakan unsur masukan yang diperlukan untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, yakni jenis, jumlah dan kualifikasi tenaga, jenis, jumlah spesifikasi sarana serta jumlah dana (modal), dengan demikian ketersediaan sarana penunjang dalam pemberian pelayanan kesehatan di rumah sakit mutlak harus dipenuhi apabila ingin mendapatkan mutu yang baik.

### Loyalitas Pasien

Loyalitas diartikan sebagai suatu perilaku yang diharapkan atas produk atau layanan jasa yang antara lain meliputi kemungkinan pembelian ulang lebih lanjut atau perubahan perjanjian layanan atau sebaliknya seberapa besar kemungkinan pelanggan beralih kepada merek lain atau penyedia layanan lain. Sedangkan Lovelock (2001) berpendapat, loyalitas konsumen adalah keinginan untuk melanjutkan berlangganan disuatu perusahaan dalam jangka panjang, membeli barang atau jasa hanya dari suatu tempat jasa dan secara berulang-ulang serta suka rela merekomendasikan produk pada orang lain. Dari beberapa pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa loyalitas pelanggan adalah suatu perilaku kesetiaan seseorang terhadap suatu merek atau pemberi layanan dan merekomendasikan produk tersebut kepada orang lain.

Loyalitas pasien merupakan

kekuatan dalam menciptakan *barrier to new entrants* (menghalangi pemain baru masuk). Dalam rangka menciptakan *customer loyalty* maka sebuah institusi pelayanan kesehatan harus berpikir untuk dapat menciptakan *customer satisfaction* terlebih dahulu (Tjiptono, 1996). Salah satunya yaitu melalui pelayanan yang baik yang tidak hanya mengutamakan pada bagaimana cara menyembuhkan penyakit saja tetapi bagaimana mendapatkan kepercayaan dari pasien supaya tercipta kepuasan pasien yang maksimal.

Loyalitas pasien merupakan kesetiaan konsumen terhadap penyedia jasa yang memberikan pelayanan kepadanya. Tjiptono (1996) berpendapat bahwa, loyalitas pasien dapat diukur dengan 3 indikator, yaitu: a) *repeat*, yaitu apabila pasien membutuhkan pelayanan kesehatan yang disediakan institusi pelayanan kesehatan yang bersangkutan, b) *retention*, yakni ia tidak terpengaruh pelayanan kesehatan yang ditawarkan oleh pihak lain, c) *referral*, apabila pelayanan yang diterima memuaskan, maka pasien akan memberitahukan kepada pihak lain, dan sebaliknya apabila ada ketidakpuasan atas pelayanan yang diterima ia tidak akan bicara pada pihak lain, tapi justru akan memberitahukan layanan yang kurang memuaskan tersebut pada pihak institusi kesehatan.

Sheth (1988) dalam Tjiptono (1996) mengemukakan bahwa, kontributor terciptanya loyalitas meliputi persepsi terhadap kesesuaian kinerja, identifikasi sosial dan emosional. Aplikasi dalam loyalitas pasien di rumah sakit perlu mempertahankan loyalitas pasien dari jenis jasa layanan kesehatan yang ada dengan menerapkan tujuh kunci yang saling berkaitan yaitu: 1) komitmen

dan keterlibatan manajemen puncak, 2) *internal benchmarking*, 3) mengidentifikasi *customer requirements*, 4) menilai kapabilitas pesaing, 5) mengukur kepuasan dan loyalitas pasien, 6). menganalisa umpan balik pasien, mantan pasien, non pasien dan pesaing, dan 7) perbaikan layanan kesehatan yang berkesinambungan.

Caruana (2002) dalam hasil penelitiannya menemukan bahwa kualitas layanan berpengaruh terhadap loyalitas konsumen. Lebih lanjut, Ranguti (2006) menyimpulkan dalam penelitiannya bahwa persepsi

masyarakat tentang kualitas jasa pelayanan kesehatan dan pengaruhnya terhadap pemanfaatan jasa pelayanan kesehatan merupakan indikator utama keberhasilan jasa pelayanan kesehatan.

Baloglu (2002) menyatakan bahwa loyalitas pasien memiliki lima dimensi, yaitu kepercayaan (*trust*), komitmen psikologi (*psychological comitment*), perubahan biaya (*switching cost*), perilaku publisitas (*word-of-mouth*), dan kerjasama (*cooperation*). Indikator pengukuran loyalitas pasien dari masing-masing dimensi tersebut dapat dilihat pada tabel 2.

**Tabel 2**  
**Lima Aspek Pengukuran Loyalitas Pasien**

No	Aspek / Dimensi	Indikator
1	Kepercayaan ( <i>trus</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kepercayaan pasien terhadap manajemen rumah sakit,</li> <li>Kepercayaan pasien terhadap konsistensi pelayanan rumah sakit yang diterima,</li> <li>Kepercayaan pasien bahwa semua pertanyaan pasien akan dijawab tenaga medis secara sungguh-sungguh,</li> <li>Kepercayaan pasien bahwa komunikasi yang diterima dari pihak rumah sakit sangat kredibel,</li> <li>Kepercayaan pasien bahwa rumah sakit akan menepati janji yang diberikan kepada pasien</li> </ul>
2	Komitmen Psikologi ( <i>Psychological Comitment</i> ):	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perasaan pasien memiliki ikatan emosional terhadap rumah sakit,</li> <li>Rasa memiliki yang tinggi pasien terhadap rumah sakit,</li> <li>Keramahan para tenaga medis membuat senang pasien,</li> <li>Pasien tidak terpengaruh terhadap alternatif yang ditawarkan akan lebih kecil dibanding harus pindah ke rumah sakit yang lain.</li> </ul>
3	Perubahan biaya ( <i>Switching Cost</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beban yang akan diterima pasien ketika terjadi perubahan,</li> <li>Merasa sangat kesusahan jika harus berpindah ke rumah sakit yang lain.</li> </ul>
4	Perilaku publisitas ( <i>Word-of-mouth</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>Merekomendasikan rumah sakit kepada pasien lain,</li> <li>Menginformasikan pengalaman rumah sakit kepada pasien tentang kinerja rumah sakit.</li> <li>Memberikan tanggapan yang positif kepada pasien tentang kinerja rumah sakit</li> </ul>
5	Kerjasama ( <i>Cooperation</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menginformasikan kepada manajemen rumah sakit tentang suatu ide yang baik,</li> <li>Membolehkan nama dan komentar yang positif kepada rumah saki</li> </ul>

untuk dipergunakan sarana promosi,

- Lebih membicarakan masalah yang terjadi kepada pihak rumah sakit dari pada rumah sakit yang lain

Sumber: Baloglu (2002) dimodifikasi.

## KESIMPULAN

Dalam perspektif kebijakan publik, program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan jenis kebijakan *distributive*, ditandai dengan penguasaan paksaan secara tidak langsung kepada rakyat, karena untuk rakyat miskin pemerintah memberikan subsidi terhadap program JKN. Tetapi kebijakan itu diterapkan secara langsung terhadap seluruh rakyat Indonesia. Individu dapat menarik manfaat dari kebijakan program JKN sewaktu sakit.

Sebagai salah satu upaya meningkatkan kualitas pelayanan publik, perlu dilakukan evaluasi terhadap kualitas pelayanan kesehatan program JKN dengan melakukan survey kepuasan pasien atau masyarakat. Untuk itu perlu disusun indeks kepuasan masyarakat sebagai tolok ukur untuk menilai tingkat kualitas pelayanan. Di samping itu data indeks kepuasan masyarakat akan dapat menjadi bahan penilaian terhadap kualitas pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya.

Mutu pelayanan kesehatan salah satunya dipengaruhi oleh baik buruknya tenaga kesehatan dalam melakukan komunikasi terapeutik. Kepuasan pasien akan meningkat jika tenaga kesehatan mampu melakukan komunikasi yang baik dan peningkatan kepuasan pasien memiliki nilai positif bagi proses perawatan dirinya. Faktor kunci dalam penilaian pelayanan kesehatan di mata pasien adalah komunikasi yang dilakukan oleh

tenaga kesehatan.

Dimensi *tangible*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance* dan *empaty dan komunikasi terapeutik* sangat berperan sebagai indikator dalam pengukuran kualitas pelayanan kesehatan. Kualitas pelayanan kesehatan memiliki hubungan yang erat dengan kepuasan pasien. Sedangkan dimensi *trust*, *psychological comitment*, *switching cost*, *word-of-mouth*, dan *cooperation* berperan sebagai indikator pengukuran loyalitas pasien.

Kualitas pelayanan kesehatan memberikan suatu dorongan kepada pasien untuk menjalin ikatan hubungan yang kuat dengan institusi pelayanan kesehatan. Dalam jangka panjang ikatan seperti ini memungkinkan institusi pelayanan kesehatan memahami dengan seksama harapan pasien serta kebutuhan mereka. Dengan demikian institusi pelayanan kesehatan dapat meningkatkan kepuasan pasien dimana institusi pelayanan kesehatan memaksimalkan pengalaman yang menyenangkan dan meminimumkan bahkan meniadakan pengalaman pasien yang kurang menyenangkan. Pada gilirannya kualitas pelayanan kesehatan akan menciptakan kepuasan pasien dan dapat menciptakan kesetiaan atau loyalitas pasien kepada institusi pelayanan yang memberikan kualitas memuaskan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adikoesoemo, S. 1997. *Manajemen Rumah Sakit*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan : 46-48.
- Azwar, A. 1996. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta.
- Bologlu, S. 2002. *Dimension Of Costumer Loyalty-Separating Friends From Well Wishers Cornell Hotel And Restaurant. Administration Quarterly, Cornell University, European Journal of Marketing*, page 1372-1388.
- Bromley, D.W. 1989. *Economic Interest and Institutions; The Conceptual Foundations of Public Policy*. Oxford. Blackwill.
- Caruana, A. 2002. "Service Loyalty: The Effects of Service Quality and the Mediating Role of Customer Satisfaction", *European Journal of Marketing*, page 811-828.
- Dimock & Kaeng. 1960. *Public Administration*, Rinehart. Co, INC.
- Donabedian, A. 1980. *Exploration in Quality Assesment and Monitoring Volume I, The Definition of Quality and Approach to Its Assesment*, Health Administration Press, Michigan
- Dunn, W.N. 2003. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta; Gadjah Mada University Press:.
- Dye, T. R. 1978. *Understanding Public Policy*. Washington Dc. Congressional Inc.
- Edwards III, G.C. 1980. *Implementing Public Policy*. Washington DC; Congressional Quarterly Press.
- Gerson, R.F. 2001. *Mengukur Kepuasan Pelanggan*, PPM, Jakarta.
- Gonzales, 1967. *Culture, Disease and Healing, lc:dited By avid Landy*, Mac Millan Publishing Co, Inc, New York.
- Grindle, M.S. 1980. *Politics and Implementation in The Third World*. New Jersey: Princeton University Press.
- Harmini. 2008. *Hubungan Penerapan Komunikasi Terapeutik dengan Kepuasan Mutu Pelayanan Perawatan di Ruang Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Surakarta*. *Jurnal Profesi (Online)*. <http://www.isjd.pdii.lipi.go.id> (diakses tanggal 2 April 2014)
- Jacobalis, 1989. *Menjaga Mutu Pelayanan Rumah Sakit*, Citra Windu Satria, Jakarta.
- Kemenkes (2013). *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*, Jakarta: Kemenkes & JKN.
- Kepmen PAN No. 25/M.PAN/2/2004 tentang *Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah*.
- Kotler, P., 1994, *Marketing Management : Analysis, Planning, Implementation, and Control*, 6<sup>th</sup> Edition, New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Krowinski & Steibcr, 1996. *Measuring and Managing Patient-Satisfaction*. USA American Hospital Associations.
- Lois, W. 2005. *Foundations of Nursing*. Second Ed. New York: Thomson Delmar
- Lovelock, C. 2001. *Service Marketing, People, Technology, Strategy*. USA: Prentice Hall Internasional. Inc.: 54-80.
- Martin & Ketter 1996. *Measuring the Performance of Human Service Program*. New Dehhi: Sage Publication.



- Muninjaya, G.A.A. 2004. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC: 220-234.
- Napitupulu, R. 1996. Kepuasan Pasien terhadap Proses Pelayanan Rawat Inap di RSUD *Pasar Rebo Jakarta*, Tesis FKM-UI, Depok.
- Parasuraman, A., V.A. Zeithaml & L.L. Berry. 1998. "SERVQUAL: Review, Critique Research Agenda", *Journal of Marketing*, page 111-124.
- Potter & Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Edisi 4. Volume 1. Jakarta: EGC
- Rangkuti, F. 2006. *Measuring Customer Satisfaction. Teknik Mengukur dan Strategi Meningkatkan Kepuasan pelanggan*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Ripley, R.B. & Grace A.F. 1982. *Bureucracy and Policy Implementation*. Homeword. Illionis. The Dorsey Press.
- Sheldon, L.K. 2009. *Communication for Nursing; Talking With Patients*. Second Edition. St Louis Ma; Sannders/Elsever
- Siagian, S.P. 1985. *Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Jakarta; PT Gunung Agung.
- Stuart, G.W. & Sundeen S.J. 1979. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. CV Mosby Company. USA.
- Surbakti, Ramlan. 2010. *Memahami Ilmu Politik*. Jakarta: Grasindo.
- Thabrany, H. dkk. (2007). *Penelitian Customers Satisfaction Measurement (CSM) Program JPK*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia dan PT. Jamsostek (Persero). Depok, 2007
- Tachjan, H.N. 2006. *Kebijakan Publik Untuk Pemimpin Berwawasan Internasional*. Yogyakarta: Balairung & co.
- Terry, G. 1964. *Principle of Management*. Illionis; Richard D. Irwin Inc. Homeword.
- Tjiptono, Fi. 1996. *Manajemen Jasa*. Edisi kedua. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Udoji, C.O. 1981. *The African Public Servant; As a Public Policy in Africa*. Addis Ababa; African Association for Public Administration and Management.
- Undang-Undang nomor 25 tahun 2000 tentang *Program Pembangunan Nasional*.
- Van Meter, Donald & C. Van Horn. 1975. *The Policy Implementation Process A Conceptual Framework*. Administration and Society. 64.
- Varcoralis, E.M. & Halter M.J. 1990. *Essential of Psychiatric Mental Health Nursing; a Communication Approach to Evidance Based Care*. St Louis Ma; Sannders/Elsever
- Wijono, D, 2000. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*, Airlangga University Press, Surabaya.