



**KUALITAS LAYANAN PUBLIK
(PROGRAM JKN-BPJS KESEHATAN) DAMPAKNYA TERHADAP
KEPUASAN DAN LOYALITAS PASIEN**

*QUALITY OF HEALTH CARE SERVICES OF NATIONAL HEALTH
INSURANCE (JKN) PROGRAM THE IMPACT ON PATIENT SATISFACTION
AND LOYALTY*

DISERTASI

Oleh :

MOH. WILDAN
NIM. 130390101002

**PROGRAM STUDI DOKTOR ILMU ADMINISTRASI
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS JEMBER**

2018



**KUALITAS LAYANAN PUBLIK
(PROGRAM JKN-BPJS KESEHATAN) DAMPAKNYA TERHADAP
KEPUASAN DAN LOYALITAS PASIEN**

*QUALITY OF HEALTH CARE SERVICES OF NATIONAL HEALTH
INSURANCE (JKN) PROGRAM THE IMPACT ON PATIENT SATISFACTION
AND LOYALTY*

DISERTASI

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Doktor Ilmu Administrasi (S3)
dan mencapai gelar Doktor Ilmu Administrasi

Oleh :

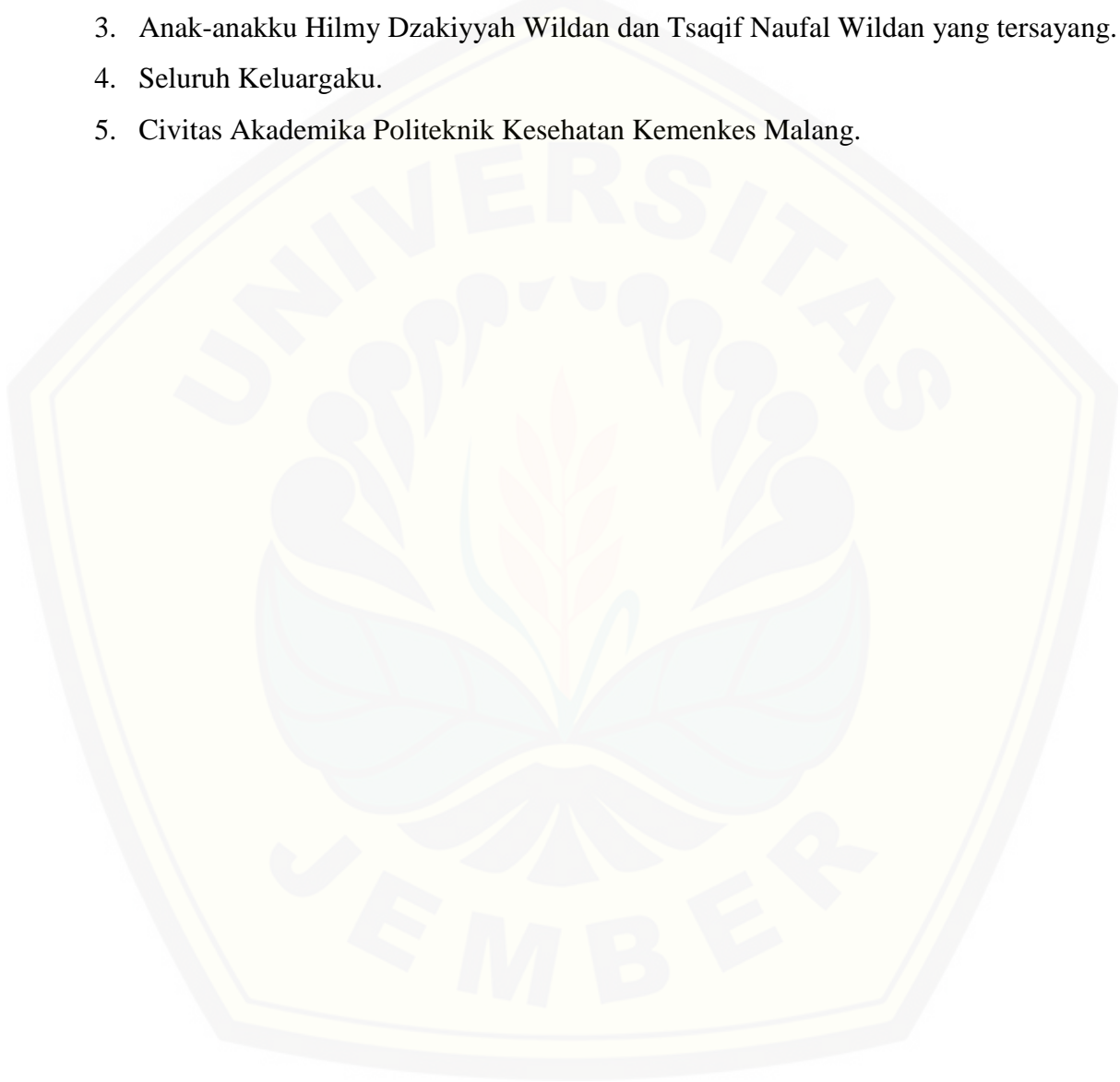
MOH. WILDAN
NIM. 130390101002

**PROGRAM STUDI DOKTOR ILMU ADMINISTRASI
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Disertasi ini saya persembahkan untuk:

1. Ibunda Rubaniyah dan Ayahanda Ngadi Imam Bakri yang tercinta;
2. Istriku Nurul Qomariyah yang tercinta;
3. Anak-anakku Hilmy Dzakiyyah Wildan dan Tsaqif Naufal Wildan yang tersayang.
4. Seluruh Keluargaku.
5. Civitas Akademika Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.



PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Moh. Wildan

NIM : 130930101002

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul "Kualitas Layanan Publik (Program JKN-BPJS Kesehatan) Dampaknya Terhadap Kepuasan dan Loyalitas Pasien" adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Januari 2018

Yang menyatakan,

Moh. Wildan
NIM 130930101002

DISERTASI

**KUALITAS LAYANAN PUBLIK
(PROGRAM JKN-BPJS KESEHATAN) DAMPAKNYA TERHADAP
KEPUASAN DAN LOYALITAS PASIEN**

***QUALITY OF HEALTH CARE SERVICES OF NATIONAL HEALTH
INSURANCE (JKN) PROGRAM THE IMPACT ON PATIENT SATISFACTION
AND LOYALTY***

Oleh

Moh. Wildan
NIM 130930101002

Tim Promotor:

Promotor : Prof. Dr. Hary Yuswadi, MA.

Co-Promotor 1 : Dr. Puji Wahono, M.Si.

Co-Promotor 2 : Dr. Zarah Puspitaningtyas, S.Sos, SE, M.Si.

PENGESAHAN

Disertasi yang berjudul “**Kualitas Layanan Publik (Program JKN-BPJS Kesehatan) Dampaknya Terhadap Kepuasan Dan Loyalitas Pasien**” karya Moh. Wildan NIM. 130930101002, telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal :

tempat : Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember

Tim Penguji:

Promotor,

Co-Promotor 1,

Prof. Dr. Hary Yuswadi, M.A
NIP 195207271981031003

Dr. Puji Wahono, M.Si.
NIP 196002011987021001

Co-Promotor 2,

Penguji Utama,

Dr. Zarah Puspitaningtyas, M.Si
NIP 197902202002122001

Dr. Sasongko, M.Si
NIP 195704071986091001

Penguji Anggota,

Penguji Anggota,

Dr. Djoko Poernomo, M.Si
NIP 196002191987021001

Dr. Edy Wahyudi, MM.
NIP 197508252002121002

Penguji Tamu/Luar,

Prof. Dr. Soesilo Zauhar, M.S.
NIP. 195403061979031005

Mengesahkan
Dekan,

Dr. Ardiyanto, M.Si
NIP 195808101987021002

RINGKASAN

Kualitas Layanan Publik (Program JKN-BPJS Kesehatan) Dampaknya Terhadap Kepuasan Dan Loyalitas Pasien; Moh. Wildan, 130930101002; 2018; 250 halaman; Program Studi Doktor Ilmu Administrasi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Jember.

Layanan publik adalah segala bentuk jasa pelayanan, baik dalam bentuk barang publik maupun jasa publik yang pada prinsipnya menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan oleh Pemerintah di Pusat, di Daerah, dan di lingkungan Badan Usaha Milik Negara atau Badan Usaha Milik Daerah, dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat dan pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pemerintah memiliki peran penting sebagai pemegang kontrol utama dalam layanan publik. Saat ini perkembangan ilmu administrasi negara sudah terdapat perkembangan paradigma baru berkaitan dengan paradigma dalam pemberian layanan umum yang dikenal dengan Paradigma *New Public Service* dan *Governance*. Prinsip paradigma ini adalah kepentingan publik harus dirumuskan dan diimplementasikan oleh semua aktor baik negara, bisnis, maupun masyarakat sipil. Dalam paradigma baru layanan publik ini, peran utama pemerintah adalah sebagai pelaku layanan publik dengan fungsi sebagai lembaga kontrol dimana fungsinya adalah sebagai penyedia seperangkat aturan dan *rewards* bagi beberapa person yang menjadi pelaksana layanan publik dalam koridor yang benar. Peran pemerintah mengalami pergeseran dari pemegang kontrol utama menjadi pemegang dan penentu agenda kegiatan pelayanan publik, kemudian menentukan pihak mana yang menjadi pelaku layanan publik, memfasilitasi mereka, melakukan negosiasi dan menjadi lembaga perantara antara kebutuhan layanan publik dengan pihak publik, pemilik perusahaan pribadi dan sektor perusahaan *non-profit*.

Kebijakan layanan publik Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) atau Kartu Indonesia Sehat (KIS) merupakan kebijakan yang bertujuan menyelenggarakan jaminan pelayanan kesehatan secara menyeluruh kepada masyarakat Indonesia. Rumah Sakit Umum sebagai salah satu sarana yang memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta Program JKN-KIS, memiliki peran yang sangat strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Peran tersebut bertambah berat dalam menghadapi abad ke-21 era globalisasi yang salah satu implikasinya berupa liberalisasi jasa. Rumah sakit harus mampu memenuhi kebutuhan masyarakat yang muncul akibat perubahan-perubahan tersebut dengan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatannya, sehingga pasien merasa puas dan menjadi loyal terhadap rumah sakit penyelenggara pelayanan JKN-KIS. Loyalitas pasien menjadi kebutuhan dalam layanan publik di rumah sakit yang melayani pasien peserta JKN-KIS. Loyalitas dapat terbentuk apabila kualitas layanan kesehatan dan kepuasan pasien meningkat.

Penelitian ini bertujuan mengetahui dan menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan peserta JKN-KIS dan pengaruhnya terhadap kepuasan serta loyalitas pasien. Rancangan penelitian ini adalah *explanatory research* dengan desain *expost facto*, menggunakan pendekatan *kuantitatif*. Populasinya adalah semua pasien pengguna kartu JKN-KIS di rumah sakit rujukan utama di Jawa Timur. Sampel berjumlah 366 responden yang ditentukan dengan

rumus Slovin dan pengambilan data dengan *proposional random sampling*. Data dianalisis dengan uji *path analysis* menggunakan program AMOS.

Hasil pengujian hipotesis ditemukan bahwa ada pengaruh langsung yang signifikan antara kualitas pelayanan kesehatan terhadap kepuasan pasien, dan kepuasan pasien terhadap loyalitas pasien. Sedangkan kualitas pelayanan kesehatan tidak berpengaruh langsung terhadap loyalitas pasien. Hasil pengujian hipotesis pengaruh tak langsung terdapat berpengaruh yang signifikan kualitas pelayanan kesehatan terhadap loyalitas pasien melalui kepuasan pasien. Temuan ini memberikan kontribusi terhadap pengujian dan pengklarifikasian atas teori-teori yang dikembangkan dalam penelitian ini serta konsistensi temuan-temuan yang dihasilkan dari penelitian sebelumnya. Penelitian ini menemukan bahwa kualitas pelayanan kesehatan yang terdiri indikator fasilitas fisik, kehandalan, daya tanggap, jaminan, empati (*SERVQUEL*) oleh Parasuraman *et al.* (1994) ditambah dengan indikator komunikasi terapeutik (Sheldon, 1999) berpengaruh langsung terhadap kepuasan pasien. Pengaruh tersebut baik secara sendiri-sendiri atau secara bersamaan. Artinya, model teori untuk mengukur kualitas pelayanan kesehatan yang selama ini terdiri dari dimensi fasilitas fisik, kehandalan, daya tanggap, jaminan, empati akan lebih efektif bila dikembangkan dengan variabel komunikasi terapeutik. Hal ini dikarenakan kualitas pelayanan kesehatan mempunyai dimensi yang spesifik, bahwa kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan bukan semata bila pasien sembuh dari penyakitnya, tetapi pasien atau keluarganya bisa puas dengan pelayanan kesehatan walaupun tidak sembuh atau meninggal. Kuncinya pada bagaimana komunikasi yang dilakukan kepada pasien dan atau keluarganya menggunakan komunikasi yang terapeutik.

Penelitian ini juga menemukan bahwa kualitas pelayanan kesehatan secara tak langsung berpengaruh signifikan meningkatkan loyalitas pasien melalui kepuasan pasien. Artinya, loyalitas pasien ini dapat diperoleh apabila pasien merasa puas terhadap pelayanan yang diterima selama dirawat di rumah sakit. Dengan demikian untuk mendapatkan loyalitas dari pasien harus dimulai dari meningkatkan kualitas pelayanannya dan membuat pasien puas selama dirawat di rumah sakit.

Penelitian ini menemukan bukti bahwa kualitas pelayanan kesehatan kepada peserta JKN-KIS tidak berpengaruh langsung terhadap loyalitas pasien. Artinya, Pasien peserta JKN-KIS sangat loyal terhadap rumah sakit rujukan walaupun pelayanan kesehatan yang diterima belum memuaskan, karena merasa tidak membayar atau gratis dan merasa tidak ada pilihan lain.

BPJS-Kesehatan selaku operator program JKN-KIS melaksanakan kerjasama pelayanan kesehatan dengan semua rumah sakit yang memenuhi persyaratan baik rumah sakit pemerintah maupun swasta. Persaingan bebas terjadi antara pelayanan di Rumah Sakit pemerintah maupun swasta. Hal ini disatu sisi menguntungkan pasien karena pasien bisa memilih yang terbaik, disisi lain bahwa rumah sakit pemerintah harus meningkatkan kualitas pelayanannya sehingga pasien merasa puas dan menjadi loyal terhadap rumah sakit pemerintah, sehingga pasien dan keluarganya tidak berpindah ke rumah sakit lain sewaktu menderita sakit.

Keywords: *Kualitas Pelayanan Kesehatan, Kepuasan Pasien, Loyalitas Pasien, Jaminan Kesehatan Nasional*

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT. atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan disertasi yang berjudul "Kualitas Layanan Publik (Program JKN-BPJS Kesehatan) Dampaknya Terhadap Kepuasan dan Loyalitas Pasien". Disertasi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata tiga (S3) pada Jurusan Ilmu Administrasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember.

Penyusunan disertasi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Hary Yuswadi, M.A selaku Promotor, Dr. Puji Wahono, M.Si. selaku Co-Promotor 1, dan Dr. Zarah Puspitaningtyas, M.Si selaku Co-Promotor 2 yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatian dalam penulisan disertasi ini;
2. Dr. Sasongko, M.Si., Dr. Djoko Poernomo, M.Si. dan Dr. Edy Wahyudi, M.M selaku tim penguji yang bersedia memberikan kritik dan masukan berharga untuk perbaikan dan keutuhan karya penelitian ini.
3. Prof. Dr. Soesilo Zauhar, M.S, selaku Penguji dari Universitas Brawijaya Malang;
4. Dr. Ardiyanto, M.Si, selaku dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember, beserta jajarannya;
5. Budi Susatia, S.Kp, M.Kes. selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada penulis untuk melanjutkan studi;
6. semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan disertasi ini. Akhirnya penulis berharap, semoga disertasi ini dapat bermanfaat.

Jember, Januari 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN COVER.....	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	iii
PERNTATAAN KEASLIAN.....	iv
KOMISI PEMBIMBING.....	v
HAMANAN PENGESAHAN	vi
RINGKASAN	vii
PRAKATA	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR ISTILAH/SINGKATAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Teoretical Gaap	15
1.3 Rumusan Masalah	17
1.4 Tujuan Penelitian	17
1.5 Manfaat Penelitian	18
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Kajian Teoretis	19
2.1.1 Kebijakan Publik dan Kualitas Layanan Publik	19
2.1.2 Konsep Loyalitas	28
2.1.3 Jasa dalam Layanan Publik	38
2.1.4 Kualitas Pelayanan Kesehatan	44
2.1.5 Kepuasan Pasien	57
2.1.6 Kebijakan Publik Jaminan Kesehatan Nasional.....	69
2.2 Kajian Empiris	84
2.2.1 Telaah Penelitian Terdahulu.....	84
2.2.2 Research Gaap	101
2.3 Hubungan Antar Variabel	103
2.3.1 Hubungan Kualitas Pelayanan dan Kepuasan Pasien...	103
2.3.2 Hubungan Kualitas Pelayanan dan Loyalitas Pasien...	104
2.3.3 Hubungan Kepuasan Pasien dan Loyalitas Pasien.....	105
2.4 Kerangka Konseptual dan Kerangka Teori.....	108
2.5 Hipotesis Penelitian	110
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Jenis/Rancangan Penelitian	112
3.2 Populasi dan Sampel	113
3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian	116
3.4 Variabel Penelitian	117

3.4.1 Identifikasi Variabel	117
3.4.2 Definisi Operasional Variabel.....	118
3.5 Instrumen Penelitian	124
3.6 Jenis Data dan Teknik Pengumpulan Data	130
3.7 Analisis Data	131
3.8 Etika Penelitian	137
3.9 Keterbatasan	138
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
4.1 Deskripsi Tempat Penelitian	140
4.2 Hasil Analisa Data	142
4.2.1 Hasil Analisa Deskriptif	142
4.2.2 Hasil Analisa Inferensial	158
4.3 Pembahasan	167
4.3.1 Pembahasan Hasil Pengujian Deskriptif.....	167
4.3.2 Pembahasan Hasil Pengujian Hipotesis.....	168
4.4 Pengembangan Model Hasil Penelitian	187
4.5 Kontribusi Studi	188
4.5.1 Kontribusi Teoretis	188
4.5.2 Kontribusi Praktis	189
4.6 Implikasi Teoretis	191
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan	193
5.2 Saran	195
DAFTAR PUSTAKA	197
LAMPIRAN	209

DAFTAR TABEL

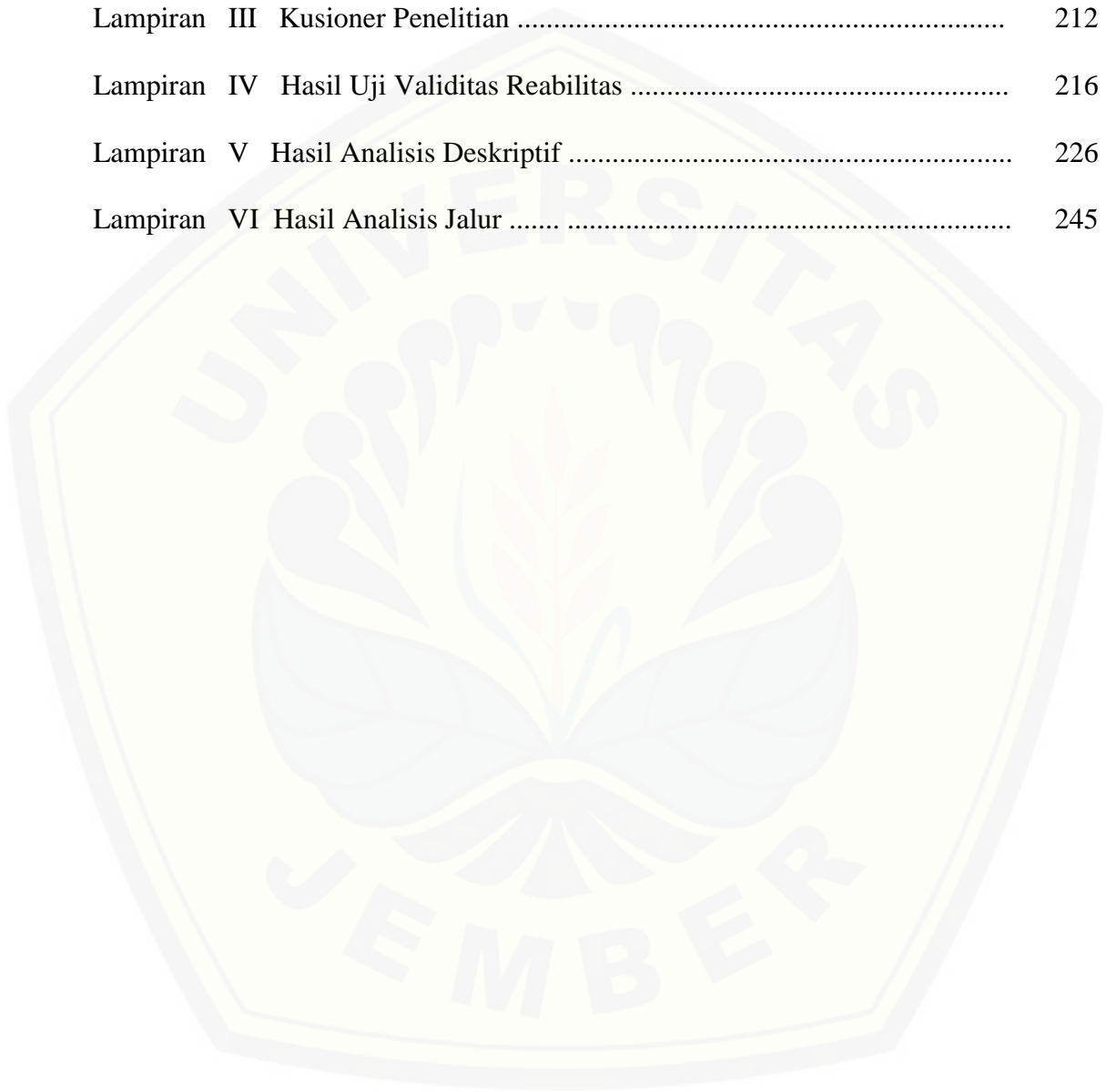
2.1	Lima Indikator Loyalitas Pasien.....	37
2.2	Indikator dan Item Kualitas Pelayanan Kesehatan.....	56
2.3	Indikator dan Item Kepuasan Pasien	68
2.4	Riset Gap Penelitian Terdahulu.....	102
3.1	Jumlah Pasien Rawat Inap tahun 2014	114
3.2	Jumlah Proporsi Responden/sampel penelitian	115
3.3	<i>Validitas</i> dan <i>Reabilitas</i> Indikator Fasilitas Fisik.....	125
3.4	<i>Validitas</i> dan <i>Reabilitas</i> Indikator Keandalan	126
3.5	<i>Validitas</i> dan <i>Reabilitas</i> Indikator Daya Tanggap.....	126
3.6	<i>Validitas</i> dan <i>Reabilitas</i> Indikator Jaminan.....	127
3.7	<i>Validitas</i> dan <i>Reabilitas</i> Indikator Empati	127
3.8	<i>Validitas</i> dan <i>Reabilitas</i> Indikator Komunikasi Terapeutik.....	128
3.9	<i>Validitas</i> dan <i>Reabilitas</i> Indikator Kepuasan Pasien.....	128
3.10	<i>Validitas</i> dan <i>Reabilitas</i> Indikator Loyalitas Pasien.....	129
3.11	Pedoman <i>Interpretasi Koefisien Korelasi</i>	136
4.1	Deskripsi Tempat Penelitian.....	142
4.2	Deskripsi Umur Responden	143
4.3	Deskripsi Jenis Kelamin Responden	144
4.4	Deskripsi Pekerjaan Responden	145
4.5	Deskripsi Pensiunan Responden	145
4.6	Deskripsi Jenis JKN Responden	146
4.7	Deskripsi Kelas JKN Responden	147
4.8	Interpretasi Skor Penelitian	148
4.9	Deskripsi Indikator Fasilitas Fisik	148
4.10	Deskripsi Indikator Keandalan	149
4.11	Deskripsi Indikator Daya Tanggap	150
4.12	Deskripsi Indikator Jaminan	151
4.13	Deskripsi Indikator Empati	153
4.14	Deskripsi Indikator Komunikasi Terapeutik.....	153
4.15	Deskripsi Indikator Kualitas Pelayanan.....	155
4.16	Deskripsi Indikator Kepuasan Pasien	156
4.17	Deskripsi Indikator Loyalitas Pasien	157
4.18	Statistik Skewness dan Kurtosis dan CR Data Asli.....	159
4.19	Deteksi Outliener	160
4.20	Penghitungan Koefisien Korelasi	161
4.21	Ringkasan Hasil Pengujian Hipotesis Pengaruh Langsung.....	164
4.22	Ringkasan Hasil Pengujian Hipotesis Pengaruh Tak Langsung..	165

DAFTAR GAMBAR

2.1	Model Penelitian Arab M	94
2.2	Model Penelitian Gunawan & Djati.....	94
2.3	Model Penelitian Qomariah.....	95
2.4	Model Penelitian Alhasan	96
2.5	Model Penelitian Abu S.D	97
2.6	Model Penelitian Mulyana	98
2.7	Model Penelitian Rizal dkk	99
2.8	Model Penelitian Suryadana	99
2.9	Model Penelitian Fitriani & Trisnawati.....	100
2.10	Perkembangan Kerangka Teori	108
2.11	Kerangka Konseptual Penelitian	109
3.1	Model Diagram Jalur	132
4.1	Model Keseluruhan dalam Analisis Jalur	167
4.2	Model Hasil Penelitian	187

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Rekondasi Etik Penelitian.....	209
Lampiran II	Infoemed Consent	210
Lampiran III	Kusioner Penelitian	212
Lampiran IV	Hasil Uji Validitas Reabilitas	216
Lampiran V	Hasil Analisis Deskriptif	226
Lampiran VI	Hasil Analisis Jalur	245



DAFTAR ISTILAH

Anonimity	: Tindakan dengan tidak mencantumkan nama subyek responden pada pengumpulan data.
Askeskin	: Asuransi Kesehatan untuk keluarga miskin.
<i>Bed Accupansi Rate</i>	: Rata-rata pemakaian tempat tidur Rumah Sakit pada satu satuan waktu tertentu.
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang dibentuk pemerintah.
<i>Confidentity</i>	: Kerahasiaan informasi identitas subyek yang dijamin oleh peneliti.
<i>Critical Ratio</i>	: Rasio <i>deviasi</i> tertentu dari nilai rata-rata standard deviasi.
<i>CT Scan</i>	: <i>Computerized Tomography Scan</i> , Suatu alat pencitraan atau prosedur medis untuk menggambarkan bagian-bagian tubuh tertentu.
<i>ESWL</i>	: <i>Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy</i> . Tindakan Memecah Batu ginjal terbentuk ketika deposit mineral di ginjal tanpa operasi.
<i>Etical Clereance</i>	: Keterangan tertulis yang diberikan oleh Komisi Etik Penelitian untuk riset yang melibatkan makhluk hidup yang menyatakan bahwa suatu proposal riset layak dilaksanakan setelah memenuhi persyaratan tertentu.
<i>Explanasi</i>	: Teks yang menjelaskan tentang proses terjadinya sesuatu atau terbentuknya suatu fenomena alam atau sosial.
<i>Expost Facto</i>	: Metode sistematis guna membangun hubungan yang mengandung fenomena sebab akibat.
Faskes	: Merupakan kepanjangan dari fasilitas kesehatan, Sarana beropat peserta JKN BPJS.
<i>General Check up</i>	: Pemeriksaan kesehatan secara menyeluruh.
<i>Governance</i>	: Rangkaian proses, kebiasaan, kebijakan, aturan, dan institusi yang memengaruhi pengarahannya, pengelolaan, serta pengontrolan suatu perusahaan atau korporasi.
<i>ICCU</i>	: <i>Intensive Cardiologi Care Unit</i> , Tempat perawatan khusus pasien penyakit jantung
<i>Informed Choice</i>	: Membuat pilihan setelah menjelaskan pendapat tentang alternative asuhan yang akan dialaminya.
<i>Informed Chonsent</i>	: Persetujuan tindakan kedokteran yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekatnya setelah mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien.
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional, adalah program Pemerintah yang bertujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia untuk dapat hidup sehat, produktif dan sejahtera.
Kapitasi	: Metode pembayaran untuk jasa pelayanan kesehatan dimana pemberi pelayanan kesehatan (dokter atau rumah sakit) menerima sejumlah tetap penghasilan per peserta, per periode waktu.
KIS	: Kartu Indonesia Sehat adalah kartu identitas peserta JKN yang dikelola oleh BPJS Kesehatan.
Klien	: Orang yang membeli sesuatu atau memperoleh layanan (seperti kesehatan, konsultasi jiwa) secara tetap.
Klinik Pratama	: Klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik dasar.
Komunikasi Terapiutik	: Komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien.
Konstituen	: Kelompok pemilih atau pendukung sesuatu yang sifatnya lebih besar.
KPP	: Komisi Pelayanan Publik
Layanan Publik	: Segala bentuk jasa pelayanan, baik dalam bentuk barang publik maupun jasa publik yang pada prinsipnya menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan oleh Instansi Pemerintah di Pusat, di Daerah, dan di lingkungan Badan Usaha Milik Negara atau Badan Usaha Milik Daerah, dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat.
<i>MRI</i>	: <i>Magnetic Resonance Imaging</i> , Prosedur diagnostik mutakhir untuk memeriksa dan mendeteksi kelainan organ di dalam tubuh dengan menggunakan medan magnet dan gelombang frekuensi radio tanpa radiasi sinar X atau bahan radioaktif.

<i>NICU</i>	: <i>Neonatal Intensive Care Unit</i> , adalah ruang perawatan intensif untuk bayi (sampai usia 28 hari) guna mencegah dan mengobati terjadinya kegagalan organ-organ vital.
Non Profit	: Suatu organisasi yang bersasaran pokok untuk mendukung suatu isu atau perihal di dalam menarik perhatian publik untuk suatu tujuan yang tidak komersil, tanpa ada perhatian terhadap hal-hal yang bersifat mencari laba (moneter).
<i>NPM</i>	: <i>New Public Management</i> , Paradigma NPM pada dasarnya berprinsip bahwa menjalankan administrasi negara layaknya sebagaimana menggerakkan sektor bisnis, yang berbasis pada ideologi liberalisme.
<i>NPS</i>	: <i>New Public Service</i> , memandang bahwa birokrasi adalah alat rakyat dan harus tunduk kepada apapun suara rakyat, sepanjang suara itu rasional dan legitimate secara normative dan konstitusional. seorang pimpinan dalam birokrasi bukanlah semata – mata makhluk ekonomi seperti yang diungkapkan dalam teori NPM ,melainkan juga makhluk yang berdimensi social,politik dan menjalankan tugas sebagai pelayan public
<i>OPA</i>	: <i>Old Public Administration</i> , Paradigma ini merupakan paradigma yang berkembang pada awal kelahiran ilmu administrasi negara. Tokoh paradigma ini adalah antara lain adalah pelopor berdirinya ilmu administrasi.
Pasien	: Seseorang yang menerima perawatan medis. Sering kali, pasien menderita penyakit atau cedera dan memerlukan bantuan dokter untuk memulihkannya.
PBI	: Peserta Jaminan Kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan UU SJSN yang iurannya dibayari Pemerintah sebagai peserta program Jaminan Kesehatan.
Puskesmas	: Suatu organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat di samping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok.
<i>Redistributif</i>	: Kebijakan redistributif adalah kebijakan yang dilakukan pemerintah untuk memindahkan pengalokasian kekayaan, pendapatan, pemilikan atau hak-hak antar-kelas atau kelompok.
<i>Regulatif</i>	: Bersangkutan dengan peraturan yang dibuat pemerintah.
Rumah Sakit	: Institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
Rumah Sakit Rujukan	: Rumah sakit yang ditetapkan menjadikan rujukan sebagai komponen dalam sistem pelayanan kesehatan.
<i>SERVQUAL</i>	: Suatu kuesioner yang digunakan untuk mengukur kualitas jasa. Cara ini mulai dikembangkan pada tahun 1980-an oleh Zeithaml, Parasuraman & Berry, dan telah digunakan dalam mengukur berbagai kualitas jasa
SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional, adalah sistem penyelenggaraan program negara dan pemerintah untuk memberikan perlindungan sosial, agar setiap penduduk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak, menuju terwujudnya kesejahteraan sosial bagi seluruh penduduk Indonesia.
<i>USG</i>	: <i>Ultrasonography</i> , adalah alat yang prinsip dasarnya menggunakan gelombang suara frekuensi tinggi yang tidak dapat didengar oleh telinga kita. Dengan alat USG ini sekarang pemeriksaan organ-organ tubuh dapat dilakukan dengan aman (tidak ada Efek radiasi).
<i>WOM</i>	: <i>Word of Mouth Communication</i> komunikasi dari mulut ke mulut merupakan proses komunikasi yang berupa pemberian rekomendasi baik secara individu maupun kelompok terhadap suatu produk atau jasa yang bertujuan untuk memberikan informasi secara personal.

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Layanan publik adalah segala bentuk jasa pelayanan, baik dalam bentuk barang publik maupun jasa publik yang pada prinsipnya menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan oleh instansi Pemerintah di Pusat, di Daerah, dan di lingkungan Badan Usaha Milik Negara atau Badan Usaha Milik Daerah, dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan (Widodo, 2001). Pemerintah memiliki peran penting sebagai pemegang kontrol utama dalam layanan publik dan kompleksitas dari berbagai kebutuhan masyarakat modern terkadang menjadi sangat sulit teratasi dalam keadaan tersebut.

Produk kebijakan publik dari pemerintah adalah produk kebijakan sarat akan kepentingan dari berbagai kekuatan politik, dimana hal tersebut adalah berkaitan dengan banyaknya tujuan yang dibawa berbagai kekuatan politik yang berkecimpung dalam pemerintahan. Dalam paradigma baru pelayanan publik ini, peran utama pemerintah adalah sebagai pelaku layanan publik dengan fungsi sebagai lembaga kontrol dimana fungsinya adalah sebagai penyedia seperangkat aturan dan rewards bagi beberapa person yang menjadi pelaksana layanan publik dalam koridor yang benar. Peran pemerintah mengalami pergeseran dari pemegang kontrol utama menjadi pemegang dan penentu agenda kegiatan pelayanan publik, kemudian menentukan pihak mana yang menjadi pelaku layanan publik, memfasilitasi mereka, melakukan negosiasi dan menjadi lembaga perantara antara kebutuhan layanan publik dengan pihak publik, pemilik perusahaan pribadi dan sektor perusahaan *non-profit*. Saat ini perkembangan ilmu administrasi negara sudah terdapat perkembangan paradigma baru berkaitan dengan paradigma dalam pemberian layanan umum.

Pada awal berkembangnya ilmu administrasi negara paradigma yang digunakan adalah *Old Public Administration*. Ada beberapa pelopor berdirinya ilmu administrasi negara, seperti Woodrow Wilson dengan karyanya "*The Study of Administration*" dan F.W. Taylor dengan karyanya "*Principles of Scientific*

Management” (Taylor, 2001). Untuk mengembangkan birokrasi pemerintah yang efektif dan efisien, diperlukan pembaharuan administrasi pemerintahan dengan jalan meningkatkan profesionalisme manajemen administrasi negara. Untuk itu, diperlukan ilmu yang diarahkan untuk melakukan reformasi birokrasi dengan mencetak aparatur publik yang profesional dan non-partisan. Karena itu, tema dominan dari pemikiran Wilson adalah aparat atau birokrasi yang netral dari politik.

Administrasi negara harus didasarkan pada prinsip-prinsip manajemen ilmiah dan terpisah dari hiruk pikuk kepentingan politik. Inilah yang dikenal sebagai konsep dikotomi politik dan administrasi. Administrasi negara merupakan pelaksanaan hukum publik secara detail dan terperinci, karena itu menjadi bidangnya birokrat teknis, sedang politik menjadi bidangnya politisi. Ide-ide yang berkembang pada tahun 1900-an memperkuat paradigma dikotomi politik dan administrasi, seperti karya Frank Goodnow *”Politics and Administration”*. Taylor (2001) mengembangkan pendekatan baru dalam manajemen pabrik di sektor swasta yang dikenal dengan sebutan *Time and Motion Study*. Metode ini menyebutkan ada cara terbaik untuk melaksanakan tugas tertentu. Manajemen ilmiah dimaksudkan untuk meningkatkan output dengan menemukan metode produksi yang paling cepat, efisien, dan paling tidak melelahkan. Jika ada cara terbaik untuk meningkatkan produktivitas di sektor industri, maka tentunya ada juga cara sama untuk organisasi publik. Widodo (2001) berpendapat pada hakekatnya bidang administrasi adalah bidang bisnis, sehingga metode yang berhasil di dunia bisnis dapat juga diterapkan untuk manajemen sektor publik.

Inti dari *old public administration* ini adalah bagaimana administrasi berfokus pada prinsip-prinsip yang berlaku universal untuk mencapai efisiensi dan rasionalitas. Artinya, Administrasi publik harus bekerja atas dasar rasionalitas untuk mencapai efisiensi, dan dua hal ini menjadi penekanan utama. Dalam *old public administration* ini terjadi dikotomi antara politik dan administrasi public, yang mana politik berkaitan dengan perumusa kebijakan dan administrasi publik berkaitan dengan pelaksanaan kebijakan yang didasarkan pada dua hal tadi rasionalitas dan efisiensi.

Pada perkembangannya paradigma *Old Public Administration* ini belum bisa menjawab tuntutan masyarakat akan layanan publik, maka berkembanglah paradigma kedua; yaitu Paradigma *New Public Management (NPM)*. Paradigma ini muncul tahun 1980an dan menguat tahun 1990an sampai sekarang. Prinsip dasar paradigma NPM adalah menjalankan administrasi negara sebagaimana menggerakkan sektor bisnis. Strategi ini perlu dijalankan agar birokrasi model lama yang lamban, kaku dan birokratis siap menjawab tantangan era globalisasi. Model pemikiran semacam NPM juga dikemukakan oleh David Osborne dan Ted Gaebler dalam konsep "*Reinventing Government*". Osborne dan Gaebler menyarankan agar menyuntikkan semangat wirausaha ke dalam sistem administrasi negara (Nugroho, 2008). Birokrasi publik harus lebih menggunakan cara "*steering*" (mengarahkan) daripada "*rowing*" (mengayuh)

Dengan cara "*steering*", pemerintah tidak langsung bekerja memberikan pelayanan publik, melainkan sedapat mungkin menyerahkan ke masyarakat. Peran negara lebih sebagai fasilitator atau supervisor penyelenggaraan urusan publik. Model birokrasi yang hirarkis-formalistis menjadi tidak lagi relevan untuk menjawab problem publik di era global. Ide atau prinsip dasar paradigma NPM Dernhart dan Dernhart (2003) adalah a) Mencoba menggunakan pendekatan bisnis di sektor public, b) Penggunaan terminologi dan mekanisme pasar, dimana hubungan antara organisasi publik dan customer dipahami sebagaimana transaksi yang terjadi di pasar, c) Administrator publik ditantang untuk dapat menemukan atau mengembangkan cara baru yang inovatif untuk mencapai hasil atau memprivatisasi fungsi-fungsi yang sebelumnya dijalankan pemerintah, d) "*steer not row*" artinya birokrat/PNS tidak mesti menjalankan sendiri tugas pelayanan publik, apabila dimungkinkan fungsi itu dapat dilimpahkan ke pihak lain melalui sistem kontrak atau swastanisasi, e) NPM menekankan akuntabilitas pada customer dan kinerja yang tinggi, restrukturisasi birokrasi, perumusan kembali misi organisasi, perampingan prosedur, dan desentralisasi dalam pengambilan keputusan".

Paradigma ketiga yang berkembang saat ini adalah Paradigma *New Public Service (NPS)* dan *Governance*. Paradigma ini merupakan konsep yang

dimunculkan melalui tulisan Janet V. Dernhart dan Robert B. Dernhart (2003) berjudul “*The New Public Service : Serving, not Steering*”. Paradigma NPS dimaksudkan untuk meng-counter paradigma administrasi yang menjadi arus utama (*mainstream*) saat ini, yakni paradigma *New Public Management* yang berprinsip “*run government like a business*” atau “*market as solution to the ills in public sector*”. Menurut paradigma NPS, menjalankan administrasi pemerintahan tidaklah sama dengan organisasi bisnis. Administrasi negara harus digerakkan sebagaimana menggerakkan pemerintahan yang demokratis. Misi organisasi publik tidak sekedar memuaskan pengguna jasa (*customer*) tapi juga menyediakan pelayanan barang dan jasa sebagai pemenuhan hak dan kewajiban publik.

Paradigma NPS memperlakukan publik pengguna layanan publik sebagai warga negara (*citizen*) bukan sebagai pelanggan (*customer*). Administrasi negara tidak sekedar bagaimana memuaskan pelanggan tapi juga bagaimana memberikan hak warga negara dalam mendapatkan pelayanan publik. Menurut Dernhart (2008), cara pandang paradigma NPS ini diilhami oleh dua hal, yaitu (1) teori politik demokrasi terutama yang berkaitan dengan relasi warga negara (*citizens*) dengan pemerintah, dan (2) pendekatan humanistik dalam teori organisasi dan manajemen. Paradigma NPS memandang penting keterlibatan banyak aktor dalam penyelenggaraan urusan publik. Dalam administrasi publik apa yang dimaksud dengan kepentingan publik dan bagaimana kepentingan publik diwujudkan tidak hanya tergantung pada lembaga negara.

Kepentingan publik harus dirumuskan dan diimplementasikan oleh semua aktor baik negara, bisnis, maupun masyarakat sipil. Pandangan semacam ini yang menjadikan paradigma NPS disebut juga sebagai paradigma *Governance*. Teori *Governance* berpandangan bahwa negara atau pemerintah di era global tidak lagi diyakini sebagai satu-satunya institusi atau aktor yang mampu secara efisien, ekonomis dan adil menyediakan berbagai bentuk pelayanan publik sehingga paradigma *Governance* memandang penting kemitraan (*partnership*) dan jaringan (*networking*) antar banyak *stakeholders* dalam penyelenggaraan urusan publik

Untuk mewujudkan komitmen global dan konstitusi di Indonesia dalam bidang layanan kesehatan, pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui kebijakan publik Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) atau Kartu Indonesia Sehat (KIS). Undang-Undang nomor 40/2004 mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Selanjutnya Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 juga menetapkan, Jaminan Sosial Nasional akan diselenggarakan oleh BPJS, yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Khusus Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang implementasinya telah dimulai 1 Januari 2014. Secara operasional, pelaksanaan JKN dituangkan dalam Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden, antara lain: Peraturan Pemerintah nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI); Peraturan Presiden nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan; dan Peta Jalan JKN (Roadmap Jaminan Kesehatan Nasional).

Mendukung pelaksanaan tersebut, Kementerian Kesehatan memberikan prioritas kepada jaminan kesehatan dalam reformasi kesehatan. Kementerian Kesehatan mengeluarkan suatu regulasi berupa Peraturan Menteri, yang menjadi payung hukum untuk mengatur antara lain pelayanan kesehatan, pelayanan kesehatan tingkat pertama, dan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Peraturan Menteri juga akan mengatur jenis dan plafon harga alat bantu kesehatan dan pelayanan obat dan bahan medis habis pakai untuk Peserta Jaminan Kesehatan Nasional. Sejak diluncurkan pada tanggal 1 Januari tahun 2014, program JKN-KIS telah dilaksanakan di seluruh wilayah di tanah air termasuk di kabupaten Jember dan propinsi Jawa Timur. Dalam implementasi program JKN-KIS di Indonesia, peran Rumah Sakit Umum Daerah sangat vital karena menjadi sarana pelayanan utama dan pusat rujukan semua kasus peserta JKN-KIS dari semua wilayah di Indonesia. Semua Puskesmas dan Klinik Pratama menjadi sasaran pelayanan kesehatan tingkat pertama, sedangkan Rumah Sakit Umum Daerah dan Rumah Sakit umum swasta menjadi pusat rujukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan.

Rumah Sakit Umum sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dalam hal ini peserta JKN-KIS, memiliki peran yang sangat strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat (Surjaningrat, 1997). Peran tersebut semakin menonjol mengingat timbulnya perubahan-perubahan epidemiologis penyakit, perubahan struktur demografis, perkembangan IPTEK, perubahan struktur sosio ekonomi masyarakat dan tuntutan pelayanan yang bermutu, ramah dan sanggup memenuhi kebutuhan mereka yang menuntut perubahan pola pelayanan. Perubahan tersebut bertambah berat dalam menghadapi abad ke-21, dimana era globalisasi yang salah satu implikasinya berupa liberalisasi jasa. Untuk itu institusi pelayanan kesehatan harus mampu memenuhi kebutuhan masyarakat yang muncul akibat perubahan-perubahan tersebut.

Tujuan utama kegiatan di Rumah Sakit adalah melayani pasien dan juga keluarganya dalam berbagai bentuk pelayanan kesehatan. Sebagaimana dikutip oleh Aditama (2003) dari *The Great Reckoning* bahwa masyarakat luas di Amerika Serikat beranggapan bahwa mendapat pelayanan kesehatan yang bermutu adalah merupakan "hak" mereka. Hal ini memacu para penyelenggara pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit untuk secara serius terus berupaya meningkatkan kualitas pelayanannya. Semboyan *Megatrend 2011* bahwa "Pelanggan/konsumen adalah raja" kini harus betul-betul diwujudkan. Saat ini adalah masa "keunggulan konsumen" didunia, dan semua institusi termasuk kesehatan harus berorientasi pada kepuasan pelanggan.

Perkembangan sektor industri termasuk didalamnya jasa kesehatan di rumah sakit tidak terlepas dari tuntutan untuk tetap memperhatikan kualitas layanannya. Berbagai upaya telah dilakukan untuk meningkatkan pembangunan kesehatan yang lebih berdaya guna, efisien sehingga dapat menjangkau semua lapisan masyarakat, meningkatkan kualitas sumber daya, membenahi peralatan dan obat-obatan serta memperbaiki penampilan unit pelayanan kesehatan, seperti rumah sakit umum, dan rumah sakit khusus. Adanya pelaksanaan pembangunan kesehatan yang berkesinambungan dan merata serta ditunjang dengan sistem informasi kesehatan yang semakin mantap diharapkan derajat kesehatan

masyarakat yang telah dicapai dapat semakin meningkat dan menjangkau seluruh rakyat Indonesia.

Masih menjadi perdebatan masyarakat apakah seorang pasien dapat dikatakan sebagai konsumen rumah sakit. Berdasarkan Pasal 1 angka 10 Undang-undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (“UU 29/2004”), pasien adalah: “...setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter atau dokter gigi.”. Kemudian berdasarkan pasal 1 angka 4 Undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, pasien adalah: “...setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di Rumah Sakit.” Adapun definisi konsumen menurut Undang-undang Perlindungan Konsumen, konsumen adalah setiap orang pemakai barang atau jasa yang tersedia dalam masyarakat, baik bagi diri sendiri, keluarga, orang lain maupun makhluk hidup lain dan tidak untuk diperdagangkan.” (Tjiptono, 2006). Sedangkan menurut Kotler (2003), konsumen adalah semua individu dan rumah tangga yang membeli atau memperoleh barang atau jasa untuk dikonsumsi pribadi. Dari beberapa pengertian di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa pasien adalah konsumen pemakai jasa layanan kesehatan. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa pasien adalah konsumen untuk rumah sakit.

Rumah sakit umum, sebagai salah satu fasilitas rujukan pelayanan kesehatan peserta Program JKN-KIS memegang peranan yang cukup penting dalam pembangunan kesehatan. Rumah sakit umum pemerintah mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, sedangkan misi khusus adalah aspirasi yang ditetapkan dan ingin dicapai oleh pemilik rumah sakit umum. Tugas pokok rumah sakit umum pemerintah adalah melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan (promotif) dan pencegahan (preventif) serta melaksanakan upaya rujukan. (Kep. Menkes RI No. 983 tahun

1992) dalam (Surjaningrat, 1997). Dalam rangka menyusun tatanan pelayanan rumah sakit umum pemerintah, peningkatan serta pengembangan pelayanan kesehatan dan fungsi rumah sakit umum, Kementerian Kesehatan RI menentukan standar pelayanan rumah sakit yang berisi kriteria-kriteria penting mengenai jenis disiplin pelayanan yang berkaitan terutama dengan struktur dan proses pelayanan.

Selain itu, peningkatan pelayanan kesehatan bukanlah semata-mata ditentukan oleh tersedianya fasilitas fisik yang baik saja. Namun yang lebih penting adalah sikap mental dan kualitas profesionalisme para personel yang melayaninya. Rumah sakit umum sebagai suatu industri jasa kesehatan, di satu sisi harus tetap hidup dan sisi lain harus tetap menjalani fungsi sosialnya kepada masyarakat pengguna jasa rumah sakit. Apalagi keinginan konsumen yang serba *instant* dan menginginkan pelayanan prima, mengharuskan manajemen rumah sakit umum berpikir ekstra keras dan menghindari kesalahan dalam pelayanan.

Di era sistem pelayanan kesehatan dengan jaminan kesehatan JKN-KIS oleh BPJS Kesehatan saat ini Rumah sakit umum diharapkan mampu memberikan pelayanan yang sesuai dengan keinginan pelanggan, jika tidak pelanggan akan beralih ke rumah sakit lain yang lebih bisa memenuhi keinginan mereka. Loyalitas pasien diperlukan guna menjamin keberlangsungan pelayanan kesehatan di rumah sakit umum pemerintah, karena rumah sakit sudah menerapkan sistem Badan Layanan Umum (BLU). Pelayanan kesehatan pada rumah sakit tidak terlepas dari pelayanan yang diberikan dokter sebagai tenaga medis yang melayani pasien dan tenaga penunjang lainnya. Dalam mencapai tujuan yang berorientasi kepada kepuasan pasien, selain aspek fasilitas rumah sakit, peranan dokter, paramedis dan non medis menjadi sangat penting karena kinerja mereka akan menentukan persepsi dan kinerja yang dirasakan pasien terhadap pelayanan yang diberikan. Kualitas pelayanan kesehatan akan mempengaruhi kepuasan pasien, dan kepuasan akan membuat pasien loyal kepada rumah sakit (Hardiman, 2003).

Loyalitas pasien merupakan kekuatan setiap rumah sakit dalam menciptakan *barrier to new entrants* (menghalangi pemain baru masuk) dalam menghadapi era persaingan bebas terhadap layanan rumah sakit. Dalam rangka menciptakan *customer loyalty* maka sebuah institusi pelayanan kesehatan harus

berpikir untuk dapat menciptakan *customer satisfaction* terlebih dahulu. 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.

Tjiptono (2006) mengemukakan bahwa, kontributor terciptanya loyalitas meliputi persepsi terhadap kesesuaian kinerja, identifikasi sosial dan emosional dengan merk, serta kebiasaan penggunaan merk. Faktor defraktor loyalitas merk, yaitu: daya tarik alternatif produk jasa/barang yang sama. Aplikasi dalam loyalitas pasien di rumah sakit perlu mempertahankan loyalitas pasien dari produk 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 pelanggan, 6). menganalisa umpan balik pelanggan, mantan pelanggan, non pelanggan dan pesaing, dan 7) perbaikan layanan berkesinambungan.

Caruana (2002) dalam hasil penelitiannya menemukan bahwa kualitas layanan berpengaruh terhadap loyalitas konsumen. Lebih lanjut, Rangkuti (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. Loyalitas pasien (konsumen) merupakan kesetiaan konsumen terhadap penyedia jasa yang telah memberikan pelayanan kepadanya. 4) Kedekatan produk atau jasa dengan pelanggan. Hal ini menunjukkan seberapa familarnya produk itu dengan pelanggan. Loyalitas pasien merupakan kesetiaan konsumen terhadap penyedia jasa yang telah memberikan pelayanan kepadanya. Loyalitas memiliki lima indikator, yaitu kepercayaan (*trust*), komitmen psikologi (*psychological comitment*), perubahan biaya (*switching cost*), perilaku publisitas (*word-of-mouth*), dan kerjasama (*cooperation*) (Bologlu, 2002).

Faktor pembentuk terciptanya loyalitas pasien di rumah sakit adalah kualitas pelayanan kesehatan dan kepuasan pasien terhadap layanan kesehatan yang diberikan. Kualitas layanan berhubungan dengan kepuasan pelanggan dan

kepuasan pelanggan sangat berhubungan dengan loyalitas konsumen yaitu intensi kehadiran ulang untuk datang menggunakan jasa dan keinginan merekomendasikan kepada orang lain. Belanger *et al*, (2002:687) juga menyatakan kualitas mempengaruhi kepuasan, kepuasan mempengaruhi loyalitas, dan loyalitas mempengaruhi komitmen pelanggan. Komitmen pelanggan mempunyai pengaruh yang kuat terhadap intensi pembelian kembali, intensitas harga dan *word of mouth (WOM)*.

Cooper (1994:106) mengemukakan bahwa, pemakai jasa perawatan kesehatan termasuk rumah sakit harus selalu memperhatikan kualitas staf medis, pelayanan gawat darurat, perawatan oleh perawat, tersedianya pelayanan yang lengkap, rekomendasi dokter, peralatan yang modern, karyawan yang sopan santun, lingkungan yang baik, penggunaan rumah sakit sebelumnya, ongkos perawatan, rekomendasi keluarga, dekat dari rumah, ruangan pribadi dan rekomendasi teman. *Contact elements (physical environment dan contact personnel)* dan kualitas pelayanan berpengaruh terhadap kepuasan dan loyalitas pasien (Nguyen dan Leblanc, 2002:246).

Berbagai indikator yang sering dipergunakan untuk mengukur kualitas layanan adalah *intangibility, perishability, costumers contact, variability, physical distribution chain* (Kotler dan Nancy, 2007). Pendapat yang lain dikemukakan oleh Parasuraman, *et al*. (1994) bahwa ada lima indikator kualitas layanan jasa, yaitu: *tangibles, reliability, responsiveness, assurance, dan empathy*. Menurut Parasuraman *et al*. (1994), penilaian pasien terhadap kualitas layanan ditentukan oleh dua hal, yaitu harapan pasien terhadap kualitas (*expected quality*) dan persepsi pasien atas kualitas (*perceived quality*).

Berdasarkan pertimbangan tersebut, maka pengukuran keberhasilan suatu perusahaan jasa pelayanan kesehatan Rumah Sakit, lebih banyak ditentukan oleh loyalitas pasien kepada rumah sakit tersebut yang terbentuk dari penilaian dan persepsi pasien tentang kualitas pelayanan yang diberikan. Persepsi pasien tentang pelayanan memegang peranan yang sangat penting. Kualitas pelayanan akan terpenuhi apabila proses penyampaian jasa dari pemberi jasa kepada pasien sesuai dengan apa yang dipersepsikan oleh pasien. Lebih lanjut Kotler (2003)

menyatakan bahwa kualitas layanan merupakan jaminan terbaik untuk menciptakan dan mempertahankan kesetiaan konsumen dan benteng pertahanan dalam menghadapi persaingan global. Parasuraman, *et al.* (1994) menyatakan bahwa kualitas layanan termasuk dalam hal ini kualitas pelayanan kesehatan merupakan konsep yang terdiri dari lima indikator, yaitu fasilitas fisik (*tangible*), kehandalan (*reliability*), daya tanggap (*responsiveness*), jaminan (*assurance*) dan empati (*empaty*). Lima indikator ini sangat berperan dalam membentuk tingkat kepuasan pelanggan atau kepuasan pasien.

Hasil penelitian Loveloc dan Wright (2002) menyimpulkan bahwa tampilan fisik (*tangible*) memberi petunjuk tentang kualitas jasa dan akan mempengaruhi pelanggan dalam menilai jasa tersebut, sehingga perlu dipikirkan sifat dari bukti fisik bagi pelanggan. Indikator tampilan fisik (*tangible*) yang diberikan perusahaan kepada pelanggan seperti fasilitas fisik, perlengkapan, keramahan pegawai akan memengaruhi tingkat kepuasan dan loyalitas pelanggan. Semakin konsumen merasakan nilai *tangible* yang diberikan perusahaan semakin meningkatkan loyalitas pelanggan tersebut.

Hal senada dikemukakan Lovelock dan Wright (2002) yang menyatakan perlu ada kesesuaian antara pelayanan yang diberikan dengan apa yang dibutuhkan dari waktu ke waktu. Indikator kehandalan (*reliability*) dari pelayanan yang diberikan oleh perusahaan dalam bentuk kecepatan, keakuratan dan memuaskan akan berdampak pada tingginya tingkat kepuasan dan loyalitas mereka terhadap produk perusahaan tersebut.

Hasil penelitian Sabihaini (2002) menyimpulkan bahwa dimensi *responsiveness* berpengaruh terhadap tingkat kepuasan dan loyalitas pasien. Ketika pelayanan yang baik yang diberikan oleh para karyawan akan terbentuk hubungan kekeluargaan. Hal ini akan berdampak pada tingkat loyalitas pasien terhadap rumah sakit dimana dia pernah dirawat.

Hasil penelitian Cronin *et al.* (2000) yang menyimpulkan dimensi *assurance* mempunyai hubungan dan pengaruh terhadap kepuasan dan loyalitas. Indikator jaminan (*assurance*) mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan

dan sifat dapat dipercaya karyawan terhadap konsumen. Nilai yang terhantar akan membentuk loyalitas pasien kepada rumah sakit.

Hasil penelitian Haryono *et al.* (2006) menyimpulkan terdapat hubungan yang searah antara dimensi empati terhadap kepuasan dan loyalitas pasien. Indikator empati (*empathy*) mencakup hubungan perhatian dan pemahaman kebutuhan konsumen. Jika konsumen merasa bahwa para karyawan perusahaan dapat memberikan empati kepada konsumen maka mereka tidak lagi merasa ragu untuk tetap mengkonsumsi jasa yang diberikan. Hal ini akan membentuk tingkat kepuasan dan loyalitas pelanggan.

Pasien sembuh, tidak sembuh, cacat dan meninggal merupakan output (luaran) dari pelayanan kesehatan rumah sakit, sedangkan hasil akhirnya adalah pasien/keluarga puas atau tidak puas, dan apabila pasien puas mereka akan loyal. Walaupun pasien yang keluar dari rumah sakit tidak sembuh, bahkan meninggal, bukan berarti keluarga tidak puas terhadap pelayanan rumah sakit. Komunikasi adalah faktor penunjang dalam menerapkan *service excellence* di rumah sakit, oleh karena itu sangat diperlukan proses, model dan cara penerapannya dalam pekerjaan bidang pelayanan jasa kesehatan. 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.

Mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit salah satunya dipengaruhi oleh baik buruknya tenaga kesehatan dalam melakukan komunikasi terapeutik (Harmini, 2008). Hasil penelitian Lois (2005) bahwa komunikasi terapeutik merupakan salah satu aspek paling penting dalam pelayanan kesehatan dan 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 dan Perry, 2005).

Penilaian kepuasan pasien penting diketahui karena: 1) Bagian dari mutu pelayanan, 2) Berhubungan dengan pemasaran rumah sakit, karena (a) pasien yang puas akan memberi tahu pada teman, keluarga dan tetangga, (b) pasien yang puas akan datang lagi kontrol atau membutuhkan pelayanan yang lain. (c) iklan dari mulut ke mulut akan menarik pelanggan yang baru. (3) Berhubungan dengan prioritas peningkatan pelayanan dalam dana yang terbatas, peningkatan pelayanan harus selektif, dan sesuai dengan kebutuhan pasien. (4) Analisis kuantitatif. Dengan bukti hasil survey berarti tanggapan tersebut dapat diperhitungkan dengan angka kuantitatif tidak perkiraan atau perasaan belaka, dengan angka kuantitatif memberikan kesempatan pada berbagai pihak untuk diskusi.

Beberapa penelitian ditemukan bahwa pasien akan kembali berobat ke rumah sakit dan merekomendasikan kepada pasien lain apabila mereka puas kepada layanan yang diberikan rumah sakit. Kepuasan pasien adalah bagaimana nilai dan anggapan pasien terhadap perawatan yang diberikan oleh pihak perawatan kesehatan. Sedangkan Finley (2001:5) mengatakan kepuasan pasien merupakan suatu yang penting dalam kualitas penyampaian jasa perawatan kesehatan. Lebih lengkap penelitian yang dilakukan oleh Bhattacharya *et.al* (2004) bahwa aspek teknis dari perawat, sikap perawat, kualitas teknis dokter, kebersihan ruangan dan koridor, makanan, toilet serta fasilitas perawatan berpengaruh terhadap kepuasan pasien.

Kepuasan pasien juga didorong oleh perawatan yang dilakukan oleh dokter dan perawat (Kolodinsky, 1999:2), penggunaan fasilitas perawatan (Kolb *et.al*, 2000:75). Fasilitas fisik mungkin meningkatkan kualitas perawatan dan proses penyampaian jasa pada perawatan kesehatan mampu meningkatkan kepuasan pasien (Kolodinsky, 1999:2) juga menemukan bahwa proses penyampaian jasa perawatan kesehatan mampu meningkatkan kepuasan konsumen, sedangkan proses penyampaian jasa mampu meningkatkan *performance* (*Southern Ohio Medical*). Penelitian Van der Bij and Vissers (1999:214) menemukan fasilitas,

peralatan dan keahlian dari staff dalam ruang perawatan mempengaruhi *performance* atau kualitas layanan kesehatan.

Ada beberapa metode yang dapat dipergunakan oleh institusi rumah sakit untuk mengukur dan memantau kepuasan pasien. Hal ini dilakukan untuk mengevaluasi dan meningkatkan kinerja institusi dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Kotler (2003:64) memberikan 4 metode untuk mengukur kepuasan pelanggan atau pasien: (1) Sistem keluhan dan saran (*complain and suggestion system*). Setiap institusi pelayanan kesehatan yang berorientasi pada pelanggan (*customer oriented*) perlu memberikan kesempatan seluas-luasnya bagi para pasien untuk menyampaikan saran, pendapat, dan keluhan mereka. Institusi pelayanan kesehatan akan dapat mengetahui sejauh mana kepuasan pasien terpenuhi. (2) Survei kepuasan pelanggan/pasien (*customer satisfaction survey*). Banyak penelitian mengenai kepuasan pelanggan dilakukan dengan menggunakan metode survei, baik melalui pos, telepon, maupun wawancara pribadi. Melalui survei, institusi pelayanan kesehatan akan memperoleh tanggapan dan umpan balik secara langsung dari pasien. (3) *Ghost shoppin*. Metode ini dilakukan dengan cara mempekerjakan beberapa orang (*ghost shopper*) untuk berperan atau bersikap sebagai pasien institusi pelayanan kesehatan lain/pesaing. Lalu *ghost shopper* tersebut menyampaikan temuan-temuannya mengenai kekuatan dan kelemahan layanan kesehatan pesaing berdasarkan pengalaman mereka dalam mendapatkan layanan kesehatan di tempat tersebut. Para *ghost shopper* dapat juga mengamati atau menilai cara institusi pelayanan kesehatan dan pesaingnya menjawab pertanyaan pasien dan menangani setiap keluhan. (4) *Lost customer analysis*. Institusi pelayanan kesehatan berusaha menghubungi para pelanggannya/pasiennya yang telah berhenti berobat atau yang telah beralih ke tempat layanan kesehatan lain. Harapannya adalah diperolehnya informasi penyebab terjadinya hal tersebut. Informasi ini sangat bermanfaat bagi institusi pelayanan kesehatan untuk mengambil kebijakan selanjutnya dalam rangka meningkatkan kepuasan dan loyalitas pasien.

Menurut Sabarguna (2004) terdapat empat indikator kepuasan pada layanan jasa yang kemudian dikelompokkan kedalam empat kategori kebutuhan

pelanggan atau kepuasan pasien yaitu: 1) dimensi kecepatan pelayanan, 2) dimensi ketanggapan pelayanan, 3) dimensi keberadaan pelayanan, dan 4) dimensi profesionalisme.

Dari uraian latar belakang penelitian tersebut, dapat diketahui bahwa Loyalitas pasien harus menjadi tujuan utama dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) atau Kartu Indonesia Sehat (KIS) di rumah sakit. Kualitas pelayanan kesehatan yang bermutu akan mempengaruhi kepuasan pasien dan keluarganya sehingga bisa berpengaruh terhadap loyalitas pasien terhadap rumah sakit tersebut. Walaupun secara finansial pasien dibebaskan dari semua biaya, karena menggunakan sistem asuransi, pelayanan pasien JKN-KIS tidak boleh melupakan aspek kualitas pelayanan kesehatan terhadap pasien. Dengan demikian, pasien dan keluarganya akan merasa puas terhadap pelayanan kesehatan yang diterima sehingga diharapkan juga akan loyal terhadap rumah sakit pemberi layanan JKN-KIS sewaktu sakit.

1.2 Teoretikal Gaap dan Orisinalitas

Konsep teoretis faktor penentu loyalitas pasien terhadap rumah sakit penyelenggara pelayanan kesehatan peserta JKN-KIS adalah kepuasan pasien terhadap kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit (Lovelock, 2002; Caruna, 2002). Parasuraman, *et al.* (1994) mengemukakan bahwa ada lima indikator kualitas layanan, yaitu: fasilitas fisik (*tangibles*), kehandalan (*reliability*), daya tanggap (*responsiveness*), jaminan (*assurance*), dan empati (*empathy*) (*SERVQUAL*). Sedangkan Sheldon (2009), Potter dan Perry, (2005) kualitas pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh indikator komunikasi terapeutik (*communication therapeutik*) yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Berdasarkan pertimbangan tersebut, maka pengukuran keberhasilan suatu jasa pelayanan kesehatan di Rumah Sakit, lebih banyak ditentukan oleh penilaian dan persepsi pasien tentang kualitas pelayanan yang diberikan dengan menggunakan indikator *SERVQUAL* dan komunikasi terapeutik. Persepsi pasien tentang pelayanan memegang peranan yang sangat penting. Kualitas pelayanan akan terpenuhi

apabila kualitas pelayanan jasa kesehatan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan apa yang dipersepsikan oleh pasien.

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*). Sedangkan Lovelock (2002) menyatakan dimensi loyalitas ada 4 yaitu: *transaction*, *relationship*, *partnership*, dan *ownership*. Bahwasanya ketika konsumen (pasien) loyal, maka tidak hanya mereka akan bertransaksi tetapi juga berelasi menjalin kerjasama (Lovelock, 2002). Untuk mendapatkan pengukuran loyalitas pasien yang lebih sensitif dan komprehensif perlu adanya modifikasi kedua teori tersebut menjadi satu kesatuan indikator untuk mengukur loyalitas pasien yang lebih komprehensif.

Bukti empiris menunjukkan bahwa faktor kualitas pelayanan kesehatan yang meliputi indikator fasilitas fisik (*tangible*) berpengaruh terhadap kepuasan dan loyalitas lasien (Lovelock dan Wright, 2002; Hardiman, 2003; Astuti dan Nagase, 2014; Rizal, Suradi dan Yulihhasri, 2015), indikator kehandalan (*reliability*) berpengaruh terhadap kepuasan dan loyalitas pasien (Lovelock dan Wright, 2002; Suryadana, 2017; Abu SD, 2015; Rizal, Suradi dan Yulihhasri, 2015), indikator daya tanggap (*responsiveness*) berpengaruh terhadap kepuasan dan loyalitas pasien (Sabihari, 2002; Nogami, 2012; Rizal, Suradi dan Yulihhasri, 2015) ; indikator daya jaminan (*assurance*) berpengaruh terhadap kepuasan dan loyalitas pasien (Cronin *et al.*, 2000; Fitriani, 2014; Rizal, Suradi dan Yulihhasri, 2015), indikator empati (*empathy*) berpengaruh terhadap kepuasan dan loyalitas pasien (Haryono, 2006; Nogami, 2012; Rizal, Suradi dan Yulihhasri, 2015), sedangkan dimensi komunikasi terapiutik (*responsiveness*) berpengaruh terhadap kepuasan (Varacolis, 1999).

Keutamaan dan orisinalitas penelitian ini terletak pada belum adanya penelitian terdahulu yang menganalisis kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit program JKN-KIS dengan menggunakan indikator fasilitas fisik, kehandalan, daya tanggap, jaminan, empati (*SERVQUAL*) dan komunikasi

terapiutik terhadap kepuasan pasien dan loyalitas pasien secara bersama-sama. Juga belum adanya penelitian terdahulu yang menganalisis loyalitas pasien menggunakan indikator dari teori Lovelock (2002) dan Bologlu (2002) secara bersama. Sedangkan penelitian ini juga menganalisis seluruh variabel tersebut dalam suatu model kerangka konseptual, baik menganalisis pengaruh secara langsung, maupun menganalisis pengaruh secara tidak langsung, sehingga hal tersebut menjadi konstruksi baru dalam penelitian ini.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang penelitian, maka rumusan masalah yang penulis ajukan dalam penelitian ini, adalah:

- a. Apakah kualitas pelayanan kesehatan berpengaruh terhadap kepuasan pasien ?
- b. Apakah kualitas pelayanan kesehatan berpengaruh terhadap loyalitas pasien ?
- c. Apakah kepuasan pasien berpengaruh terhadap loyalitas pasien ?
- d. Apakah kualitas pelayanan kesehatan berpengaruh terhadap loyalitas pasien melalui kepuasan pasien ?

1.4 Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari dan menganalisis mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan peserta JKN-KIS dan pengaruhnya terhadap kepuasan pasien serta pengaruhnya terhadap loyalitas pasien terhadap rumah sakit penyelenggara pelayanan JKN-KIS. Adapun tujuan yang ingin dicapai pada penelitian ini adalah:

- a. Menganalisis dan menjelaskan pengaruh kualitas pelayanan kesehatan terhadap kepuasan pasien peserta JKN-KIS.
- b. Menganalisis dan menjelaskan pengaruh kualitas pelayanan kesehatan terhadap loyalitas pasien peserta JKN-KIS.
- c. Menganalisis dan menjelaskan pengaruh kepuasan pasien terhadap loyalitas pasien peserta JKN-KIS.

- d. Menganalisis dan menjelaskan pengaruh kualitas pelayanan kesehatan terhadap loyalitas pasien melalui kepuasan pasien program JKN-KIS.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoretis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pengembangan ilmu pengetahuan terutama ilmu administrasi dan kebijakan publik, khususnya mengenai kebijakan program Jaminan Kesehatan Nasional, dan ditemukannya pengembangan model teori pengukuran kualitas pelayanan kesehatan dan kepuasan pasien, serta loyalitas pasien.

1.4.2 Manfaat praktis

1) Manfaat Bagi Masyarakat

Dengan program nasional JKN-KIS ini diharapkan dapat mengkaver pelayanan kesehatan kepada seluruh rakyat Indonesia, dan masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas serta merasa puas terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan, sehingga mereka loyal terhadap rumah sakit pemberi layanan JKN-KIS.

2) Manfaat Bagi Profesi Kesehatan.

Penelitian ini dapat meningkatkan pengetahuan serta motivasi bagi para tenaga kesehatan dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan terutama mengenai pelayanan kesehatan pada pasien yang menggunakan program JKN-KIS, sehingga pelayanan yang diberikan dapat meningkatkan kepuasan dan loyalitas pasien.

3) Manfaat Bagi Peneliti Selanjutnya.

Penelitian ini dapat memberikan informasi ilmiah yang dapat dipakai sebagai pijakan untuk melakukan studi lanjutan tentang program JKN-KIS dan kualitas pelayanan kesehatan yang lebih mendalam.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Bab 2 ini menyajikan tinjauan pustaka yang mencakup kajian teoretis dan kajian empiris yang relevan dengan penelitian ini. Tinjauan pustaka ini digunakan sebagai landasan dalam menyusun hipotesis. Hipotesis disusun berdasarkan pada kajian teori dan hasil-hasil dari penelitian terdahulu.

2.1 Tinjauan Teoretis

2.1.1 Kebijakan Publik dan Layanan Publik

Surbakti (2010) 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 *redistributif*. (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. (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.

Tachjan (2006) menerangkan bahwa kebijakan publik merupakan serangkaian kegiatan yang mempunyai maksud atau tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh seorang aktor atau sekelompok aktor yang berhubungan dengan suatu permasalahan atau suatu hal yang diperhatikan. Seiring dengan pendapat tersebut Nugroho (2008) menjelaskan bahwa kebijakan publik berdasarkan usaha-usaha pencapaian tujuan nasional suatu bangsa dapat dipahami sebagai aktivitas-aktivitas yang dikerjakan untuk mencapai tujuan nasional dan keterukurannya dapat disederhanakan dengan mengetahui sejauhmana kemajuan pencapaian cita-cita telah ditempuh. Setiap kebijakan publik mempunyai tujuan-tujuan, baik yang berorientasi pencapaian tujuan maupun pemecahan masalah ataupun kombinasi dari keduanya. Tujuan kebijakan publik adalah dapat diperolehnya nilai-nilai oleh publik baik yang bertalian dengan *public goods* (barang publik) maupun *public service* (jasa publik). Nilai-nilai tersebut sangat dibutuhkan oleh publik untuk meningkatkan kualitas hidup baik fisik maupun non-fisik.

Berdasarkan teori yang dikemukakan Bromley (2006), 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.

Adapun proses kebijakan publik adalah serangkaian kegiatan dalam menyiapkan, menentukan, melaksanakan serta mengendalikan kebijakan. Efektivitas suatu kebijakan publik ditentukan oleh proses kebijakan yang melibatkan tahapan-tahapan dan variabel-variabel. Bromly (2006) 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. Winarno (2007) 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".

Tahap implementasi kebijakan tidak akan dimulai sebelum tujuan dan sasaran ditetapkan terlebih dahulu yang dilakukan oleh formulasi kebijakan. Dengan demikian, tahap implementasi kebijakan terjadi hanya setelah undang-undang ditetapkan dan dana disediakan untuk membiayai implementasi kebijakan tersebut. Implementasi kebijakan merupakan tahap yang bersifat praktis dan

berbeda dengan formulasi kebijakan sebagai tahap yang bersifat teoritis. Edward III (1980:1) menjelaskan bahwa: *“policy implementation,... is the stage of policy making between establishment of a policy...And the consequences of the policy for the people whom it affects”*.

Berdasarkan penjelasan di atas, Bromly (2006) menyimpulkan bahwa implementasi kebijakan publik merupakan proses kegiatan administratif yang dilakukan setelah kebijakan ditetapkan dan disetujui. Kegiatan ini terletak di antara perumusan kebijakan dan evaluasi kebijakan. Implementasi kebijakan mengandung logika *top-down*, maksudnya menurunkan atau menafsirkan alternatif-alternatif yang masih abstrak atau makro menjadi alternatif yang bersifat konkrit atau mikro. Implementasi kebijakan merupakan tahapan yang sangat penting dalam proses kebijakan. Artinya implementasi kebijakan menentukan keberhasilan suatu proses kebijakan dimana tujuan serta dampak kebijakan dapat dihasilkan. Pentingnya implementasi kebijakan ditegaskan oleh pendapat Dunn (2003) bahwa: *“The execution of policies is as important if not more important than policy making. Policy will remain dreams or blue prints jackets unless they are implemented”*.

Implementasi kebijakan dikenal dua pendekatan yaitu: “Pendekatan *top down* yang serupa dengan pendekatan *command and control* dan pendekatan *bottom up* yang serupa dengan pendekatan *the market approach* (Lester dan Stewart, 2000:108). Pendekatan *top down* atau *command and control* dilakukan secara tersentralisasi dimulai dari aktor di tingkat pusat dan keputusan-keputusan diambil di tingkat pusat. Pendekatan *top down* bertolak dari perspektif bahwa keputusan-keputusan politik (kebijakan) yang telah ditetapkan oleh pembuat kebijakan harus dilaksanakan oleh administrasi atau birokrat yang berada pada level bawah (*street level bureaucrat*)”. Bertolak belakang dengan pendekatan *top down*, pendekatan *bottom up* lebih menyoroti implementasi kebijakan yang terformulasi dari inisiasi warga masyarakat. Argumentasi yang diberikan adalah masalah dan persoalan yang terjadi pada level daerah hanya dapat dimengerti secara baik oleh warga setempat. Sehingga pada tahap implementasinya suatu kebijakan selalu melibatkan masyarakat secara partisipatif.

Lester dan Stewart, (2000) 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 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 Dunn (2003): "*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) bahwa "*Implementation is that set of activities directed toward putting out a program into effect*". "*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 Siagiaan (2005), 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.

Selanjutnya, Grindle (1980:11) menjelaskan bahwa isi program harus menggambarkan; “kepentingan yang dipengaruhi (*interest affected*), jenis manfaat (*type of benefit*), derajat perubahan yang diinginkan (*extent of change envisioned*), status pembuat keputusan (*site of decision making*), pelaksana program (*program implementers*) serta sumberdaya yang tersedia (*resources committed*)”. Program dalam konteks implementasi kebijakan publik terdiri dari beberapa tahap yaitu: 1) merancang bangun (*design*) program beserta perincian tugas dan perumusan tujuan yang jelas, penentuan ukuran prestasi yang jelas serta biaya dan waktu, 2) melaksanakan (*aplication*) program dengan mendayagunakan struktur-struktur dan personalia, dana serta sumber-sumber lainnya, prosedur dan metode yang tepat, 3) membangun sistem penjadwalan, monitoring dan sarana-sarana pengawasan yang tepat guna serta evaluasi (hasil) pelaksanaan kebijakan. Unsur yang terakhir adalah *target group* atau kelompok sasaran, yaitu sekelompok orang atau organisasi dalam masyarakat yang akan menerima barang atau jasa yang akan dipengaruhi perilakunya oleh kebijakan”. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan berkaitan dengan kelompok sasaran dalam konteks implementasi kebijakan bahwa karakteristik yang dimiliki oleh kelompok sasaran seperti: besaran kelompok, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pengalaman, usia serta kondisi sosial ekonomi mempengaruhi terhadap efektivitas implementasi.

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) *Bureaucraitic*

structure(struktur birokrasi), 2) *resouces* (sumber daya), 3) *disposisition* (sikap pelaksana) dan 4) *communication* (komunikasi).

Implementasi kebijakan merupakan kegiatan yang kompleks dengan begitu banyak faktor yang mempengaruhi keberhasilan suatu implementasi kebijakan. Dalam mengkaji implementasi kebijakan publik, Edward III mulai dengan mengajukan dua pertanyaan, yakni: 1) *What is the precondition for successful policy implementation?* 2) *What are the primary obstacles to successful policy implementation?*

Layanan publik merupakan hak masyarakat yang dalam pelaksanaannya pada dasarnya mengandung prinsip-prinsip: kesederhanaan, kejelasan, kepastian waktu, akurasi, keamanan, tanggung jawab, kelengkapan sarana dan prasarana, kemudahan akses, kedisiplinan-kesopanan-dan keramahan, dan kenyamanan. Agak berbeda dengan rumusan prinsip-prinsip layanan publik tersebut di atas, *The Charter of Fundamental Right of the European Union* dalam pasal 14 menyatakan prinsip-prinsip layanan publik sebagai berikut:

1. Memperoleh penanganan urusan-urusannya secara tidak memihak, adil, dan dalam waktu yang wajar.
2. Hak untuk didengar sebelum tindakan individual apapun yang akan merugikan dirinya diputuskan.
3. Hak atas akses untuk memperoleh berkas milik pribadi dengan tetap menghormati kepentingannya yang sah atas kerahasiswaan dan atas kerahasiaan profesionalitasnya.
4. Kewajiban pihak admistrasi Negara untuk memberikan alasan-alasan yang mendasari keputusannya.
5. Memperoleh ganti rugi yang ditimbulkan oleh lembaga atau aparatur pemerintah dalam menjalankan tugasnya.

Selain prinsip-prinsip di atas, dalam memberikan layanan kepada masyarakat harus berasaskan:

1. *Transparansi*: bersifat terbuka, mudah dan dapat diakses oleh semua pihak yang membutuhkan dan disediakan secara memadai serta mudah dimengerti.

2. *Akuntabilitas*: dapat dipertanggung jawabkan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.
3. *Kondisional*: sesuai dengan kondisi dan kemampuan pemberi penerima layanan dengan tetap berpegang pada prinsip efisiensi dan efektivitas.
4. *Partisipatif*: mendorong peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan masyarakat dengan memperhatikan aspirasi, kebutuhan, dan harapan masyarakat.
5. Kesamaan hak : tidak diskriminatif dalam arti tidak membedakan suku, ras, agama, golongan, gender, dan status ekonomi.
6. Keseimbangan Hak dan Kewajiban: pemberi dan penerima layanan publik harus memenuhi hak dan kewajiban masing-masing pihak.

Apabila prinsip dan asa layanan publik tersebut ditaati oleh pelaksana/pelayan publik dalam hal ini aparaturnya Negara, maka keluhan masyarakat terhadap rendahnya kualitas layanan publik tidak harus muncul. Munculnya keluhan dari masyarakat sebagai penerima layanan publik lebih banyak disebabkan belum termanifestasikannya prinsip-prinsip dan asas-asas layanan publik dalam pelaksanaan tugas aparaturnya Negara. Dalam konteks pelayanan publik dapat dipetakan paling tidak tiga pelaku sebagai berikut: 1) Penetapan kebijakan dalam layanan public, 2) Penyedia/pelaksana layanan public, 3) Penerima layanan public.

Di Negara-negara yang mana pemerintah sangat dominant, seringkali pemerintah mendominasi sebagai pelaku pertama sekaligus pelaku kedua, sedangkan penerima layanan publik adalah masyarakat. Dalam perkembangannya, penyedia/pelaksana layanan publik tidak harus pemerintah karena sudah banyak terjadi contoh swastanisasi layanan publik. Pihak swasta telah masuk dalam relasi layanan publik, sehingga sekarang dalam konteks layanan publik terdapat tiga pihak yang saling berinteraksi, Dalam proses layanan publik masing-masing pihak memegang fungsi dan peran yang berbeda tetapi saling berinteraksi dalam lingkaran proses layanan publik. Banyak model yang dicoba untuk dikembangkan berkaitan dengan penyediaan layanan publik. Berkaitan dengan layanan publik di tingkat lokal, Savas (1994) mengatakan bahwa eksistensi pemerintah lokal adalah untuk dapat memenuhi kebutuhan masyarakat dengan menggunakan jalur atau

mekanisme apapun yang paling memadai, apakah melalui pemerintah langsung, sektor swasta, maupun masyarakat. Savas (1994) mengemukakan sepuluh model hubungan antara tiga pihak dalam layanan publik, yaitu: 1) *Government service*, 2) *Government Vending*, 3) *Intergovernment Agreement*, 4) *Contract*, 5) *Franchise*, 6) *Grant*, 7) *Voucher*, 8) *Market*, 9) *Voluntary*, 10) *Self Service*.

Dalam perkembangan paradigma NPS peran pemerintah mengalami pergeseran dalam implementasi layanan publik. Sementara Savas (1994:3) dalam *privatization the key to better government*, menjelaskan bahwa “*privatization is the act of reducing the role of government, or increasing the role of the private sector, in an activity or in ownership of assets.*” adalah tindakan/aksi mengurangi peranan pemerintah, atau meningkatkan peranan sektor swasta dalam aktivitas atau dalam kepemilikan aset. Dalam arti luas dikatakan bahwa privatisasi dengan melibatkan pihak swasta adalah kunci bagi keterbatasan dan kebaikan pemerintah: keterbatasan ukuran, ruang lingkup dan kekuasaan karena lembaga-lembaga masyarakat lain; kebaikan karena kebutuhan masyarakat dipenuhi secara lebih efisien, efektif dan berkeadilan

Dari jenis kebijakan publik yang dikemukakan dalam teori sebelumnya, dalam perspektif ilmu administrasi negara menurut Surbakti (2010) program JKN-KIS di Indonesia merupakan jenis kebijakan *distributif*. Ditandai dengan pengenaan paksaan secara tidak langsung kepada seluruh penduduk, karena berdasarkan Undang-Undang nomor 40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) semua penduduk Indonesia harus mengikuti program JKN-KIS. Walaupun kemungkinan pengenaan paksaan fisik tidak mungkin diterapkan, tetapi kebijakan itu diterapkan secara langsung terhadap individu. Individu dapat menarik manfaat dari kebijakan itu, walaupun tidak dikenakan paksaan kepada individu untuk menggunakannya.

Implementasi program JKN-KIS adalah serangkaian tindakan yang dilakukan oleh pihak-pihak yang terlibat untuk melaksanakan dan memberikan pelayanan pembiayaan kesehatan gratis kepada seluruh masyarakat, agar terjadi pemerataan dalam memperoleh pelayanan kesehatan di seluruh fasilitas kesehatan. Keberadaan kebijakan tentang masalah pelayanan kesehatan dianggap sangat

penting setelah melihat kondisi dari masyarakat yang memang membutuhkan solusi terhadap masalah ini.

2.1.2 Loyalitas

2.1.2.1 Konsep Loyalitas

Secara harfiah loyal berarti setia, atau loyalitas dapat diartikan sebagai suatu kesetiaan. Kesetiaan ini timbul tanpa adanya paksaan, tetapi timbul dari kesadaran sendiri karena proses dan pengalaman pada masa lalu. Usaha yang dilakukan untuk menciptakan kepuasan konsumen lebih cenderung mempengaruhi sikap konsumen. Sedangkan konsep loyalitas konsumen lebih menekankan kepada perilaku pembeliannya. Istilah loyalitas sering kali diperdengarkan oleh pakar pemasaran maupun praktisi bisnis, loyalitas merupakan konsep yang tampak mudah dibicarakan dalam konteks sehari-hari, tetap menjadi lebih sulit ketika dianalisis maknanya (Griffin, 1996). Dalam banyak definisi loyalitas dimaknai sebagai berikut:

1. Sebagai konsep generik, loyalitas merek menunjukkan kecenderungan konsumen untuk membeli sebuah merek tertentu dengan tingkat konsistensi yang tinggi.
2. Sebagai konsep perilaku, pembelian ulang kerap kali dihubungkan dengan loyalitas merek (*brand loyalty*). Perbedaannya, bila loyalitas merek mencerminkan komitmen psikologis terhadap merek tertentu, perilaku pembelian ulang menyangkut pembelian merek yang sama secara berulang kali.
3. Pembelian ulang merupakan hasil dominasi (1) berhasil membuat produknya menjadi satu-satunya alternatif yang tersedia, (2) yang terus-menerus melakukan promosi untuk memikat dan membujuk pelanggan membeli kembali merek yang sama.

Loyalitas pelanggan merupakan salah satu tujuan inti yang diupayakan dalam pemasaran modern. Hal ini dikarenakan dengan loyalitas diharapkan perusahaan akan mendapatkan keuntungan jangka panjang atas hubungan mutualisme yang terjalin dalam kurun waktu tertentu. Loyalitas adalah respon perilaku pembelian yang dapat terungkap secara terus menerus oleh pengambil keputusan dengan memperhatikan satu atau lebih merek alternatif dari sejumlah

merek sejenis dan merupakan fungsi proses psikologis. Perlu ditekankan bahwa hal tersebut berbeda dengan perilaku membeli ulang, loyalitas pelanggan menyertakan aspek perasaan, tidak melibatkan aspek afektif didalamnya. Pelanggan yang loyal adalah pelanggan yang sangat puas dengan produk atau jasa tertentu sehingga mempunyai antusiasme untuk memperkenalkannya kepada siapapun yang dikenal. (Griffin, 1996). Seorang pelanggan yang loyal memiliki prasangka spesifik mengenai apa yang akan dibeli dan dari siapa. Pembeliannya bukan merupakan peristiwa acak. Selain itu, loyalitas menunjukkan kondisi dari durasi waktu dan mensyaratkan bahwa tidak kurang dari dua kali..

Dari berbagai uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa loyalitas pelanggan merupakan sebuah sikap yang menjadi dorongan perilaku untuk melakukan pembelian produk/jasa dari suatu perusahaan yang menyertakan aspek perasaan didalamnya, khususnya yang membeli secara teratur dan berulang-ulang dengan konsistensi yang tinggi, namun tidak hanya membeli ulang suatu barang dan jasa, tetapi juga mempunyai komitmen dan sikap yang positif terhadap perusahaan yang menawarkan produk/ jasa tersebut.

Sedangkan Lovelock (2002) berpendapat bahwa, 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.

Pemahaman loyalitas konsumen sebenarnya tidak hanya dilihat dari transaksinya saja. Ada beberapa ciri sebuah konsumen bisa dianggap loyal, antara lain: 1) konsumen yang melakukan pembelian ulang secara teratur, 2) konsumen yang membeli untuk produk atau jasa yang lain di tempat yang sama, 3) Konsumen yang mereferensikan kepada orang lain, dan 4) konsumen yang tidak dapat dipengaruhi oleh pesaing untuk pindah. Sedangkan dimensi loyalitas ada 4 yaitu: *transaction*, *relationship*, *partnership*, dan *ownership*. Bahwasanya ketika konsumen (pasien) loyal, maka tidak hanya mereka akan bertransaksi tetapi juga

berelasi menjalin kerjasama (Lovelock, 2002)

Loyalitas pasien merupakan kekuatan dalam menciptakan *barrier to new entrants* (menghalangi pemain baru masuk). Dalam rangka menciptakan *costumer loyalty* maka sebuah institusi pelayanan kesehatan harus berpikir untuk dapat menciptakan *costumer satisfaction* terlebih dahulu. 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.

2.1.2.2 Pentingnya Loyalitas

Berdasarkan berbagai kajian, arti penting mempertahankan pelanggan adalah: a). Mencegah pelanggan lari, dapat meningkatkan keuntungan. b). Mendapatkan pelanggan baru biayanya lima kali lebih besar ketimbang menjaga pelanggan yang sudah ada c). Laba atas investasi (*return of investement*) pada pemasaran untuk pelanggan lama mencapai tujuh kali lebih besar ketimbang pemasaran calon pembeli (Griffin, 1996).

Keuntungan loyalitas dapat dikatakan bersifat jangka panjang dan kumulatif, dimana meningkatnya loyalitas pelanggan dapat menyebabkan profitabilitas yang lebih tinggi, dan basis keuangan yang lebih stabil. Selain itu perusahaan yang dapat mempertahankan pelanggannya, akan mendapatkan banyak keuntungan, seperti:

- a. Menurunkan biaya pemasaran, karena biaya yang dibutuhkan untuk mendapatkan pelanggan baru adalah jauh lebih mahal daripada mempertahankan pelanggan yang sudah ada.
- b. Mempersingkat waktu dan biaya transaksi.
- c. Menurunkan biaya *turn over*.
- d. Meningkatkan *cross selling* yang akan memperbesar pangsa pasar perusahaan
- e. *Word of mouht* positif, yang berarti pelanggan setia berarti puas terhadap produk akan menjadi pemasar perusahaan.
- f. Menurunkan biaya kegagalan, seperti biaya ganti rugi.

Imbalan yang diberikan oleh loyalitas pelanggan yang tinggi sangat besar bagi perusahaan. Oleh karena itu perusahaan perlu memahami bagaimana dan mengapa loyalitas tercipta, dimana terciptanya loyalitas dapat dilihat pada siklus pembelian pelanggan, dan setiap langkah pada siklus pembelian merupakan kesempatan untuk memupuk loyalitas.

2.1.2.3 Faktor-Faktor yang mempengaruhi Loyalitas

Bologlu (2002) menyebutkan bahwa faktor-faktor yang berpengaruh loyalitas terhadap suatu produk atau jasa adalah sebagai berikut:

1. Nilai (harga dan kualitas); Penggunaan dalam waktu yang lama akan mengarahkan pada loyalitas, karena itu pihak perusahaan harus bertanggung jawab untuk menjaga merek tersebut. Perlu diperhatikan, pengurangan standar kualitas dari suatu merek akan mengecewakan konsumen bahkan konsumen yang paling loyal sekalipun begitu juga dengan perubahan harga. Karena itu pihak perusahaan harus mengontrol kualitas merek beserta harganya.
2. Citra (baik dari kepribadian yang dimilikinya dan reputasi dari nama rumah sakit tersebut) citra dari perusahaan dan nama Rumah Sakit diawali dengan kesadaran. Produk yang memiliki citra yang baik akan dapat menimbulkan loyalitas Pasien pada nama Rumah Sakit.
3. Kenyamanan dan kemudahan untuk mendapatkan; Dalam situasi yang penuh tekanan dan permintaan terhadap pasar yang menuntut akan adanya kemudahan, pihak perusahaan dituntut untuk menyediakan produk yang nyaman dan mudah untuk didapatkan.
4. Kepuasan yang dirasakan oleh konsumen.
5. Pelayanan; Kualitas pelayanan yang baik yang ditawarkan oleh pihak perusahaan dapat mempengaruhi loyalitas pasien pada perusahaan tersebut.
6. Garansi dan jaminan yang diberikan oleh pihak perusahaan.

Sedangkan Griffin (1996) menyebutkan lima faktor utama yang mempengaruhi loyalitas pelanggan, sebagai berikut :

1. Kualitas Produk; Kualitas produk yang baik secara langsung akan mempengaruhi tingkat kepuasan pasien, dan bila hal tersebut berlangsung secara terus-menerus

akan mengakibatkan konsumen yang selalu setia membeli atau menggunakan produk tersebut dan disebut loyalitas pasien.

2. Kualitas Pelayanan; Selain kualitas produk ada hal lain yang mempengaruhi loyalitas pasien yaitu kualitas pelayanan.
3. Emosional; Emosional di sini lebih diartikan sebagai keyakinan penjual itu sendiri agar lebih maju dalam usahanya. Keyakinan tersebut nantinya akan mendatangkan ide-ide yang dapat meningkatkan usahanya.
4. Harga; Sudah pasti orang menginginkan barang yang bagus dengan harga yang lebih murah atau bersaing. Jadi harga di sini lebih diartikan sebagai akibat, atau dengan kata lain harga yang tinggi adalah akibat dari kualitas produk tersebut yang bagus, atau harga yang tinggi sebagai akibat dari kualitas pelayanan yang bagus.
5. Biaya; Masyarakat berpikir bahwa perusahaan yang berani mengeluarkan biaya yang banyak dalam sebuah promosi atau produksi pasti produk yang akan dihasilkan akan bagus dan berkualitas, sehingga pasien lebih loyal terhadap produk tersebut.

Griffin (1996) menyebutkan bahwa konsumen yang loyal mempunyai karakter: a). Melakukan pembelian secara teratur, b). Membeli produk selain lini produk atau jasa yang biasa dikonsumsi, c). Memberi rekomendasi pada pihak lain, d). Menunjukkan resistensi atau daya tolak terhadap produk pesaing. Faktor-faktor yang menentukan loyalitas antara lain:

- a) Keterikatan yang tinggi terhadap jasa pelayanan tertentu dibanding dengan jasa pelayanan yang ditawarkan pesaing. Keterikatan yang dirasakan pelanggan terhadap jasa pelayanan dibentuk oleh dua dimensi yakni tingkat preferensi (seberapa besar keyakinan pelanggan terhadap jasa pelayanan tertentu) dan tingkat diferensiasi jasa yang dipersepsikan (seberapa signifikan pelanggan membedakan jasa pelayanan tertentu dari alternative-alternative lain).
- b) Pembelian berulang

Empat jenis loyalitas yang berbeda muncul bila keterikatan rendah dan tinggi diklasifikasi silang dengan pola pembelian ulang yang rendah dan tinggi. Loyalitas berkembang mengikuti 4 tahap, yaitu kognitif, afektif, konatif dan tindakan.

- (a). Tahap Pertama: Loyalitas *Kognitif*

Konsumen yang mempunyai loyalitas tahap pertama ini menggunakan basis informasi yang memaksa menunjuk pada satu merek atas merek lainnya, loyalitas hanya didasarkan pada aspek kognisi saja. Sebagai contoh suatu perusahaan menawarkan harga yang lebih rendah dari pesaing yang ada. Informasi ini cukup memaksa konsumen untuk membeli produk dari perusahaan tersebut.

(b). Tahap Kedua: *Loyalitas Afektif*

Loyalitas kedua didasarkan pada aspek afektif afektif konsumen. Sikap merupakan fungsi dari kognisi (pengharapan) pada periode masa pembelian (masa pra konsumsi) dan merupakan fungsi dari sikap sebelumnya plus kepuasan di periode berikutnya (masa pasca konsumsi). Munculnya loyalitas afektif didorong oleh factor kepuasan, namun belum menjamin adanya loyalitas.

(c). Tahap Ketiga: *Loyalitas Konatif*

Dimensi konatif (niat melakukan) yang dipengaruhi oleh perubahan-perubahan afektif terhadap merek. Konasi menunjukkan suatu niat atau komitmen untuk melakukan sesuatu kearah tujuan tertentu. Loyalitas konatif merupakan suatu kondisi kondisi loyal yang mencakup komitmen yang mendalam untuk melakukan pembelian. Afektif hanya menunjukkan kecenderungan motivasional, sedangkan komitmen melakukan menunjukkan suatu keinginan untuk menjalankan tindakan. Keinginan untuk membeli ulang atau menjadi loyal itu hanya merupakan tindakan yang terantisipasi tetapi belum terlaksana.

(d). Tahap Keempat: *Loyalitas Tindakan*

Meskipun pembelian ulang adalah suatu hal yang sangat penting bagi pemasar, pengintreprestasikan loyalitas hanya pada pembelian ulang saja tidak cukup, karena pelanggan yang membeli ulang belum tentu mempunyai sikap positif terhadap barang atau jasa yang dibeli. Pembelian dilakukan bukan karena puas, melainkan karena terpaksa atau faktor lainnya, ini tidak termasuk dimensi loyal. Oleh karena itu, untuk mengenali perilaku loyal di lihat dari dimensi ini ialah dari komitmen

pembelian ulang yang ditujukan pada suatu produk dalam kurun waktu tertentu secara teratur.

Faktor-faktor terciptanya pelanggan loyal antara lain: 1) Pengorbananan untuk mendapatkan produk atau jasa. Dalam hal ini biaya yang dikeluarkan untuk mendapatkan jasa adalah sebesar harga produk atau jasa, dimana semakin tinggi harga jasa maka semakin besar biaya yang dikeluarkan dan jika harga jasa tinggi maka pelanggan akan mencari jasa alternatif yang harganya lebih rendah dari harga produk tersebut. 2) Kualitas produk atau jasa. Pelanggan/pasien akan merasa puas sehingga loyal jika produk atau jasa dianggap memenuhi selera, pada dasarnya selera pelanggan memang berbeda-beda. Namun secara praktis pelanggan akan bertindak realistis dengan memilih yang paling mendekati selera. 3) Kedekatan produk atau jasa dengan pelanggan Hal ini menunjukkan seberapa familarnya produk itu dengan pelanggan.

2.1.2.3 Loyalitas Pasien

Loyalitas pasien merupakan kesetiaan terhadap penyedia jasa kesehatan yang telah memberikan pelayanan kepadanya. Tjiptono (2006) berpendapat bahwa, loyalitas pasien dapat diukur dengan 3 indikator, yaitu: a) *repeat*, yaitu apabila pasien membutuhkan jasa yang disediakan oleh penyedia jasa yang bersangkutan, b) *retention*, yakni ia tidak terpengaruh jasa yang ditawarkan oleh pihak lain, c) *referral*, apabila jasa 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 penyedia jasa memang berbeda-beda.

Loyalitas terhadap layanan kesehatan ke rumah sakit mencerminkan komitmen psikologis pengguna/pasien, maka perilaku menggunakan jasa layanan kesehatan ke rumah sakit itu semata mata menyangkut penggunaan layanan kesehatan ke rumah sakit yang sama secara berulang-ulang, misalnya karena hanya satu-satunya layanan kesehatan yang ada di daerah tersebut, tarifnya murah. Konsekuensinya bila ada rumah sakit lain yang memberikan layanan kesehatan

yang sama, dengan harga yang murah ada kemungkinan beralih ke rumah sakit lain. Pelanggan yang loyal akan cenderung terikat dan akan tetap menggunakan jasa layanan kesehatan pada rumah sakit tersebut walaupun banyak alternatif lainnya (Tjiptono, 2006).

Kontributor terciptanya loyalitas meliputi persepsi terhadap kesesuaian kinerja, identifikasi sosial dan emosional dengan *merk/brand*, serta kebiasaan penggunaan merek. Faktor defraktor loyalitas *merek/brand*, yaitu: daya tarik alternatif produk jasa/barang yang sama. Aplikasi dalam loyalitas pasien di rumah sakit perlu mempertahankan loyalitas pasien dari produk 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 requements*, 4) menilai kapabilitas pesaing, 5) mengukur kepuasan dan loyalitas pelanggan, 6). menganalisa umpan balik pelanggan, mantan pelanggan, non pelanggan dan pesaing, dan 7) perbaikan layanan berkesinambungan (Lovelock, 2002).

Pada hakekatnya loyalitas pasien dilandasi sepuluh prinsip pokok loyalitas pelanggan yaitu: 1) kemitraan yang didasarkan pada etika dan itegritas utuh (anggapan bahwa pelanggan sebagai mitra, anggapan bahwa pelanggan sebagai keluarga, dan anggapan bahwa pelanggan sebagai pemilik), 2) nilai tambah (kualitas, waktu siklus, teknologi, profitabilitas) dalam kemitraan antara pelanggan dan penyedia, 3) saling percaya antara manajemen dan karyawan, serta rumah sakit dan pasien, 4) keterbukaan, 5) saling membantu secara aktif dan kongkrit, 6) bertindak berdasarkan unsur (untuk produk); kualitas, keseragaman, keandalan, *dependability*, *maintainability*, diagnostik, ketersediaan, kinerja teknis, ergonomik, karakteristik, keamanan, espektasi masa depan, efektifitas operasional, layanan prabayar, layanan pascabayar, harga dan reputasi. Untuk jasa berdasarkan: kualitas, ketepatan waktu, *dependebality*, *cooperativeness* dan komunikasi. 7) berfokus pada faktor-faktor tidak terduga yang bisa menghasilkan *Customer Delight*. 8) Keterdekatan dengan pelanggan internal dan eksternal. 9) tetap membina relasi dengan pelanggan. 10) antisipasi kebutuhan dan harapan pelanggan masa yang akan dating (Lovelock, 2002).

Persaingan yang semakin ketat antara institusi penyedia produk maupun jasa pelayanan kesehatan menimbulkan kesulitan dalam meningkatkan jumlah pasien. Di pihak lain untuk memasuki pasar baru memerlukan biaya yang cukup besar. Penelitian menunjukkan bahwa biaya yang dibutuhkan untuk mendapatkan pelanggan baru 6 kali lebih besar dari biaya untuk mempertahankan pelanggan. Oleh karena itu alternatif yang lebih baik adalah melakukan berbagai upaya untuk mempertahankan pasar yang sudah ada, salah satunya adalah melalui usaha meningkatkan kesetiaan pasien. Kunci keunggulan bersaing dalam situasi yang penuh persaingan adalah kemampuan perusahaan dalam meningkatkan kesetiaan pasien. Kesetiaan pasien akan menjadi kunci sukses, tidak hanya dalam jangka pendek tetapi keunggulan bersaing yang berkelanjutan.

Jumlah pasien yang banyak dalam waktu yang lama akan memberikan profit yang besar dan berkesinambungan agar perusahaan tetap bertahan dan berkembang. Prinsip ini juga berlaku untuk rumah sakit umum pemerintah yang pengelolaannya sudah Badan Layanan Umum (BLU). Di balik jumlah pasien, tersirat mutu pelayanan yang berkaitan erat dengan kepuasan. Mutu yang baik akan memberikan pengalaman bagi pasien dan akan mengundang mereka datang kembali untuk kunjungan berikutnya bila sakit dan menjadi pasien yang loyal. Pelayanan pasien mempunyai pengaruh terhadap kelangsungan pasien dan *profitabilitas* rumah sakit. Keuntungan loyalitas dapat dikatakan bersifat jangka panjang dan kumulatif, dimana meningkatnya loyalitas pasien dapat menyebabkan *profitabilitas* yang lebih tinggi, retensi pegawai yang lebih tinggi, dan basis keuangan yang lebih stabil. Selain itu rumah sakit yang dapat mempertahankan pasien, akan mendapatkan banyak keuntungan, seperti: a). Menurunkan biaya pemasaran, karena biaya yang dibutuhkan untuk mendapatkan pasien baru adalah jauh lebih mahal daripada mempertahankan pasien yang sudah ada. b). Mempersingkat waktu dan biaya transaksi. c). Menurunkan biaya *turn over*. d). Meningkatkan *cross selling* yang akan memperbesar pangsa pasar perusahaan. e). *Word of mouth positif*, yang berarti pasien setia berarti puas terhadap produk akan menjadi pemasar perusahaan. f). Menurunkan biaya kegagalan, seperti biaya ganti rugi.

2.1.2.4 Pengukuran Loyalitas Pasien

Caruana (2002) dalam hasil penelitiannya menemukan bahwa kualitas layanan berpengaruh terhadap loyalitas konsumen. Lebih lanjut, Rangkuti (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.

Dimensi loyalitas ada 4 yaitu: *transaction, relationship, partnership*, dan *ownership*. Bahwasanya ketika konsumen (pasien) loyal, maka tidak hanya mereka akan bertransaksi tetapi juga berelasi menjalin kerjasama (Lovelock, 2002). Menurut Zeithaml (2000) terdapat 4 dimensi loyalitas, yaitu: *word of mouth communication, purchase intention, price sensitivity, complaining behavior*. Pada setiap pembelian kembali ada kesempatan untuk memperkuat atau melemahkan ikatan dengan pelanggan. Sedangkan 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 loyalitas pasien dari masing-masing dimensi tersebut dapat dilihat pada tabel 2.1:

Tabel 2.1

Indikator dan Item Pengukuran Loyalitas Pasien

No	Indikator	Item
1	Kepercayaan (<i>trus</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Kepercayaan pasien kepada manajemen rumah sakit, • Kepercayaan pasien terhadap konsistensi pelayanan rumah sakit., • Kepercayaan bahwa semua tenaga medis secara sungguh-sungguh menjawab pertanyaan pasien, • Kepercayaan komunikasi pihak rumah sakit sangat kredibel, • Kepercayaan rumah sakit akan menepati janji yang diberikan kepada pasien.
2	Komitmen Psikologi (<i>Psychological Comitment</i>):	<ul style="list-style-type: none"> • Perasaan pasien yang memiliki ikatan emosional dengan rumah sakit, • Rasa memiliki yang tinggi terhadap rumah sakit, • Keramahan para tenaga medis membuat senang pasien, • Tidak terpengaruh terhadap alternatif yang ditawarkan akan lebih kecil dibanding harus pindah ke rumah sakit yang lain.

- | | | |
|---|---|--|
| 3 | Perubahan biaya
(<i>Switching Cost</i>) | <ul style="list-style-type: none"> • Beban yang akan diterima pasien ketika terjadi perubahan • Merasa sangat kesusahan jika harus berpindah ke rumah sakit yang lain. |
| 4 | Perilaku publisitas
(<i>Word-of-mouth</i>) | <ul style="list-style-type: none"> • Merekomendasikan rumah sakit kepada pasien lain, • Menginformasikan pengalaman rumah sakit kepada pasien tentang kinerja rumah sakit. • Memberikan tanggapan yang positif kepada pasien tentang kinerja rumah sakit |
| 5 | Kerjasama
(<i>Cooperation</i>) | <ul style="list-style-type: none"> • Menginformasikan kepada manajemen rumah sakit tentang suatu ide yang baik, • Membolehkan nama dan komentar yang positif kepada rumah sakit untuk dipergunakan sarana promosi, • Lebih membicarakan masalah yang terjadi kepada pihak rumah sakit dari pada rumah sakit yang lain |

Sumber: Zeithaml (2000); Baloglu (2002); dikembangkan.

2.1.3 Jasa dalam Layanan Publik

Jasa merupakan aktivitas, manfaat, atau kepuasan yang ditawarkan untuk dijual. Contohnya bengkel reparasi, salon kecantikan, kursus keterampilan, hotel, rumah sakit, dan sebagainya. Jasa adalah setiap tindakan atau perbuatan yang dapat ditawarkan oleh suatu pihak kepada pihak lain, yang pada dasarnya bersifat intangible (tidak berwujud fisik) dan tidak menghasilkan kepemilikan sesuatu. Produksi jasa bisa berhubungan dengan produk fisik maupun tidak (Kotler, 2003). Sebenarnya perbedaan secara tegas antara barang dan jasa seringkali sukar dilakukan. Hal ini dikarenakan pembelian suatu barang seringkali disertai dengan jasa-jasa tertentu dan sebaliknya pembelian suatu jasa seringkali juga melibatkan barang-barang yang melengkapinya.

Komponen jasa ini dapat merupakan bagian kecil ataupun bagian utama/pokok dari keseluruhan penawaran tersebut. Penawaran suatu produk jasa atau produk yang melibatkan jasa oleh perusahaan dapat dibedakan menjadi empat kategori, yaitu:

- 1) Produk fisik dengan jasa pendukung; Pada kategori ini penawaran terdiri atas suatu produk fisik yang disertai dengan satu atau beberapa jasa untuk meningkatkan daya tarik pada konsumennya. Misalnya produsen mobil harus memberikan penawaran yang jauh lebih banyak daripada hanya sekedar *mobil saja*, yaitu bisa meliputi jasa pengantaran, reparasi, pemasangan suku cadang,

dan sebagainya. Dalam kategori ini, jasa dapat pula didefinisikan sebagai kegiatan yang dilakukan perusahaan kepada pelanggan yang telah membeli produknya. Semakin canggih teknologi suatu produk generik (misalnya mobil, mesin fotokopi, dan komputer), maka penjualannya semakin tergantung pada kualitas dan ketersediaan layanan pelanggan (*customer service*) yang menyertainya, seperti ruang pajangan (*showroom*), fasilitas pengantaran, bantuan aplikasi, pelatihan operator, konsultasi instalasi, dan pemenuhan garansi.

- 2) Hybrid; Penawaran terdiri dari barang dan jasa yang sama besar porsinya.
- 3) Jasa utama yang didukung dengan barang minor; Penawaran terdiri atas suatu jasa pokok bersama-sama dengan jasa tambahan (pelengkap) dan/atau barang-barang pendukung. Contohnya penumpang pesawat yang membeli jasa transportasi. Selama menempuh perjalanan menuju tempat tujuannya, ada beberapa unsur produk fisik yang terlibat, seperti makanan dan minuman, majalah atau surat kabar yang disediakan, dan lain-lain. Jasa seperti ini memerlukan barang yang bersifat kapital intensif (dalam hal ini pesawat) untuk realisasinya, tetapi penawaran utamanya adalah jasa.
- 4) Jasa murni; Penawaran hampir seluruhnya berupa jasa. Misalnya fisioterapi, konsultasi psikologi, pijatan, dan lain-lain.

Produk jasa itu tentunya jenisnya beraneka-ragam, oleh sebab itu untuk memahami sektor jasa, Wijaya (2018) menyatakan ada beberapa cara untuk mengklasifikasikan produk tersebut, diantaranya:

Berdasarkan atas tingkat kontak konsumen dengan pemberi jasa sebagai bagian dari sistem saat jasa tersebut dihasilkan. Dalam hal ini jasa dapat dibedakan menjadi:

- a) *High-contact system*, untuk menerima jasa, konsumen harus menjadi bagian dari sistem. Hal ini sebagaimana yang terjadi pada jasa sejenis pendidikan, rumah sakit, dan transportasi.
- b) *Low-contact system*, konsumen tidak perlu menjadi bagian dari sistem untuk menerima jasa. Misalnya, pada jasa reparasi mobil, konsumen tidak harus dalam kontak pada saat mobilnya yang rusak diperbaiki oleh teknisi bengkel.

Sedangkan berdasarkan kesamaannya dengan operasi manufaktur. Cara ini membagi produk jasa ke dalam tiga kelompok, yaitu:

- a) *Pure service* merupakan jasa yang tergolong *high contact* dengan tanpa persediaan, dengan kata lain benar-benar sangat berbeda dengan manufaktur. Jasa tukang cukur dan ahli bedah misalnya, memberikan perlakuan khusus (unik) dan memberikan jasanya pada saat konsumen ada.
- b) *Quasimanufacturing service*, dalam banyak hal mirip dengan manufaktur, karena jasa ini termasuk sangat *low-contact* dan konsumen tidak harus menjadi bagian dari proses produksi jasa. Termasuk dalam jasa tersebut adalah jasa asuransi, kantor pos, dan, jasa pengantaran.
- c) *Mixed service*, merupakan kelompok jasa dengan tingkat kontak menengah (*moderate-contact*) yang menggabungkan beberapa bentuk sifat *pure service* dan *quasimanufacturing service*. Termasuk dalam kelompok jasa ini adalah jasa pemadam kebakaran, toko dan lain-lain.

Produk jasa memiliki karakteristik yang berbeda dengan barang (produk fisik). Karakteristiknya sebagai berikut:

- 1) ***Intangibility*** (tidak berwujud). Jasa tidak dapat dilihat, dirasa, diraba, didengar, atau dicium sebelum jasa itu dibeli. Nilai penting dari hal ini adalah nilai tidak berwujud yang dialami konsumen dalam bentuk kenikmatan, kepuasan, atau rasa aman.
2. ***Inseparability***, umumnya pada aktivitas jasa proses produksi dan konsumsi terjadi secara bersamaan, dalam arti konsumen terlibat dalam produksi implikasinya kontak dan interaksi menjadi sangat penting.
3. ***Heterogeneity***, standarisasi sulit dilakukan karena sangat tergantung kepada sumber daya manusia yang terlibat, sehingga kualitas sulit dikendalikan.
4. ***Perishability***, jasa tidak mengenal persediaan atau penyimpanan dari produk yang telah dihasilkan.
5. ***Lack of ownership***, pelanggan tidak memiliki jasa (tidak terjadi perpindahan kepemilikan), pada pembelian jasa pelanggan hanya memiliki akses personal atas suatu jasa untuk jangka waktu yang terbatas, misalnya kamar hotel, bioskop, penerbangan dan pendidikan (Wijaya, 2018).

Secara umum layanan 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 aktifitas pelayanan terhadap masyarakat yang dilakukan oleh lembaga dan aktor-aktor pemerintah. Tujuan layanan publik adalah untuk menyediakan pelayanan 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, layanan publik harus mencakup beberapa unsur; **pertama**, terdapat kejelasan antara hak dan kewajiban pemberi dan penerima layanan. **Kedua**, pengaturan pelayanan publik disesuaikan dengan kondisi kebutuhan dan kemampuan masyarakat. **Ketiga**, kualitas proses dan hasil pelayanan memberikan keamanan, kenyamanan, kelancaran dan kepastian hukum. **Keempat**, apabila pelayanan publik dirasakan terlalu mahal, harus ada peluang bagi masyarakat untuk menyelenggarakan sistem pelayanan sendiri.

Martin dan 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 pelanggan/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 layanan 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 layanan publik, maka pemerintah harus menempuh beberapa langkah. Pertama, memonitor persepsi masyarakat tentang kualitas pelayanan yang telah

mereka terima. Kedua, mengidentifikasi penyebab kegagalan layanan. Ketiga, berusaha mengambil langkah perbaikan.

Kualitas layanan digambarkan sebagai suatu bentuk sikap (*attitude*), berhubungan namun tidak persis sama dengan kepuasan (*satisfaction*), yang diperoleh dengan membandingkan harapan (*expectations*) dengan performance (Zeithaml, *et al*, 1990: 94). Sikap adalah ekspresi dari perasaan yang terdalam yang menunjukkan kecenderungan apakah seseorang simpatik atau tidak simpatik terhadap suatu objek, misalnya terhadap merek layanan (Kanuk, dan Schiffman, 1997: 76).

Perbedaan antara kualitas layanan dengan kepuasan adalah bahwa persepsi tentang kualitas layanan merupakan sebuah sikap yang diperoleh dalam suatu evaluasi secara menyeluruh dalam waktu yang relatif lama, sedangkan kepuasan sebagai sasaran akhir sebuah layanan terhadap pelanggan merupakan ukuran sesaat dari sebuah transaksi antara produsen dan konsumen (Bolton dan Drew, 1994: 64). Adapun definisi persepsi sebagai pendukung pengertian tersebut adalah sebuah proses yang digunakan oleh seseorang (individu) dalam memilih, mengorganisir dan menginterpretasikan rangsangan (stimulir) kedalam bentuk yang dapat dipahami (Kanuk dan Schiffman, 1997: 84).

Zeithaml, *et al*. (1990: 96) menduga bahwa tingkat persepsi tentang kualitas layanan yang tinggi akan menghasilkan kepuasan terhadap pelanggan. Akan tetapi penelitian yang dilakukan oleh Bolton dan Drew (1994: 78) melihat justru kepuasan pelanggan merupakan awal dari sebuah kualitas layanan. Alasannya, persepsi tentang kualitas layanan sebagai sebuah sikap merupakan fungsi dari sisa persepsi konsumen dari layanan sebelumnya dan tingkat kepuasan atas kinerja saat ini.

Pemberian kualitas layanan yang tinggi merupakan suatu strategi bagi suksesnya suatu bisnis dalam suatu persaingan yang ketat untuk mencapai tujuan memperoleh keuntungan. Kualitas produk (*tangible*) dapat diukur dengan indikator daya tahan produk, sedangkan kualitas pelayanan yang sifatnya *intangibility*, *heterogeneity* dan *inseparability* pengukurannya hanya dapat dilakukan dengan pendekatan pengukuran persepsi konsumen tentang sebuah kualitas. Beberapa penulis menunjukkan adanya perbedaan di dalam memandang kualitas, yaitu kualitas sebagai suatu persepsi sedang yang lain memandang sebagai suatu tujuan. Hal ini

sejalan dengan pendapat Holbrook dan Corfman (1985: 124) bahwa terjadi perbedaan konsepsi antara kualitas mekanis dan kualitas humanis. Kualitas mekanis melibatkan aspek-aspek kualitas sebagai tujuan, ciri utama dari sebuah benda atau kejadian; sedangkan kualitas humanis melibatkan tanggapan seseorang terhadap sesuatu yang bersifat subyektif dan oleh karenanya merupakan gejala/fenomena yang bersifat relatif, berbeda tergantung pada pertimbangan pelanggan.

Olshavsky (1985: 96) memandang kualitas sebagai sebuah bentuk dari evaluasi secara menyeluruh terhadap produk. Sesuatu yang banyak persamannya dengan sikap (*attitude*). Demikian juga hasil penelitian yang dilakukan oleh Zeithaml, *et al.* (1990: 124) mendukung pernyataan bahwa kualitas layanan merupakan suatu tindakan evaluasi secara menyeluruh, sama dengan sebuah sikap (*attitude*). Sedangkan Gappmayer (1990: 114) menyatakan bahwa kualitas didefinisikan dengan cara menemukan keseluruhan harapan dari konsumen serta melanjutkan aktivitas meningkatkan nilai produksi atau layanan dalam rangka memenuhi harapan konsumen tersebut. Menurutnya, kualitas adalah suatu tujuan yang sukar dipahami (*ellusive goal*) sebab harapan dari konsumen selalu berubah. Setiap sebuah standard yang baik ditemukan, maka konsumen akan menuntut lagi agar diperoleh standard yang lebih baru dan lebih baik, sehingga selalu dituntut peningkatan standard. Oleh karenanya, kualitas didefinisikan sebagai suatu proses, bukan merupakan suatu hasil akhir. Sehingga peningkatan kualitas merupakan aktivitas berkelanjutan untuk mencari cara memuaskan harapan pelanggan atau dikenal dengan konsep *Continuous Quality Improvement (CQI)*.

Oliver (1997: 58) memandang tingkat kepuasan yang ditimbulkan karena adanya suatu transaksi khusus antara produsen dan konsumen, merupakan suatu kondisi psikologis yang dihasilkan ketika faktor emosi mendorong harapan (*expectations*) menyesuaikan (*matching*) dengan pengalaman mengkonsumsi pada waktu terdahulu (*perception*). Hal ini berarti ada perbedaan apabila kualitas layanan dipandang sebagai suatu sikap. Sebab antara kepuasan dengan sikap terdapat perbedaan. Sikap konsumen bersifat relatif terhadap produk atau proses (misalnya *Customer Service*), sedangkan kepuasan adalah reaksi emosional (*disconfirmation*) terhadap pengalaman mengkonsumsi sebelumnya. Sejalan dengan perbedaan

tersebut, maka kualitas layanan juga dapat dibedakan dengan tingkat kepuasan sebab persepsi tentang kualitas pelayanan merupakan suatu hasil pertimbangan menyeluruh (*global judgment*) atau sikap dalam menanggapi keunggulan dalam suatu pelayanan, sementara tingkat kepuasan berkaitan atau hanya terjadi pada suatu transaksi secara khusus dalam periode yang relatif singkat.

Ada perbedaan mendasar antara harapan dipandang dari sisi kualitas pelayanan dengan apabila dipandang dari sisi kepuasan terhadap konsumen. Dari sisi kepuasan, harapan merupakan ramalan (*predictions*) yang dibuat oleh konsumen tentang apa yang mungkin terjadi dari sebuah transaksi atau pertukaran. Sedangkan dari sisi kualitas layanan, harapan dipandang sebagai keinginan mendesak atau kemauan konsumen, seperti misalnya apa yang dirasakan oleh konsumen seharusnya mampu diberikan (oleh perusahaan), bukan hanya sekedar apa yang akan diberikan oleh perusahaan tersebut (Oliver (1988: 75).

2.1.4 Kualitas Pelayanan Kesehatan dan Pengukurannya

Kualitas layanan yang dalam bidang kesehatan disebut kualitas pelayanan kesehatan merupakan 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 (Azwar,1996). 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. Adikoesoemo (2003) menjelaskan bahwa kualitas atau mutu dibidang institusi kesehatan adalah mutu pelayanan terhadap pasien. Kualitas pelayanan kesehatan

yang baik antara lain pasien mendapat layanan yang cepat, diagnosa dan terapi yang tepat, keramah tamahan 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. Donney dan Canon (1997) 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 relevansi 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 (1999) 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 telitnya 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 (2008), 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). Napitpulu (1997) 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, *et al.* 1994). 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.

Ada tiga metode untuk mengukur kualitas pelayanan kesehatan, 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 (Garson, 2008). 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 merangking 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.

2.1.4.1 Dimensi Pengukuran Kualitas Pelayanan Kesehatan

Zeithaml, Parasuraman, dan Berry (1990) yang telah melakukan penelitian khusus terhadap beberapa jenis pelayanan di bidang jasa, mengidentifikasi sepuluh faktor utama yang menentukan kualitas pelayanan, yakni :

1. *Tangible*, yaitu segala bukti fisik seperti pegawai, fasilitas, peralatan, tampilan fisik dari pelayanan misalnya kartu kredit plastik.
 2. *Realibility*, yang mencakup konsistensi kerja (*performance*) dan kemampuan untuk dipercaya (*dependability*). Hal ini berarti perusahaan memberikan pelayanannya secara tepat sejak awal (*right the first time*) dan telah memenuhi janji (iklan)nya.
 3. *Responsiveness*, yaitu kemauan atau kesiapan para pegawai untuk memberikan pelayanan yang dibutuhkan pelanggan.
 4. *Competence*, artinya setiap pegawai perusahaan memiliki pengetahuan dan ketrampilan yang dibutuhkan untuk dapat memberikan pelayanan tertentu.
 5. *Courtesy*, yaitu sikap sopan santun, respek, perhatian, dan keramahan dari para kontak personal perusahaan
 6. *Credibility*, yaitu jujur dan dapat dipercaya. Disini menyangkut nama dan reputasi perusahaan, karakteristik pribadi, kontak personal, dan interaksi dengan pelanggan.
-

7. *Security*, yaitu aman (secara fisik, finansial dan kerahasiaan) dari bahaya, resiko atau keragu-raguan.
8. *Access*, yaitu kemudahan untuk dihubungi atau ditemui, yang berarti lokasi fasilitas pelayanan mudah dijangkau, waktu menunggu tidak terlalu lama, saluran komunikasi mudah dihubungi.
9. *Communication*, yaitu memberikan informasi yang dapat dipahami pelanggan serta selalu mendengarkan saran dan keluhan pelanggan.
10. *Understanding/knowing the customer*, yaitu upaya untuk memahami kebutuhan pelanggan.

Namun dalam perkembangan selanjutnya Parasuraman et al., (1994) sampai pada kesimpulan bahwa kesepuluh dimensi kualitas pelayanan di atas dirangkumkan menjadi lima dimensi pokok yang terdiri dari *Tangible, Reliability, Responsiveness, Assurance*; (yang mencakup *competence, courtesy, credibility, dan security*), *Empathy*; (yang mencakup *access, communication dan understanding the customer*). Penjelasan kelima dimensi untuk menilai kualitas pelayanan tersebut adalah :

1. *Tangibles* (bukti fisik); meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai dan sarana komunikasi serta kendaraan operasional. Dengan demikian bukti langsung/wujud merupakan satu indikator yang paling konkrit. Wujudnya berupa segala fasilitas yang secara nyata dapat terlihat.
2. *Reliability* (kepercayaan); merupakan kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera dan memuaskan. Menurut Lovelock & Wright (2002), *reliability to perform the promised service dependably, this means doing it right, over a period of time*. Artinya, keandalan adalah kemampuan perusahaan untuk menampilkan pelayanan yang dijanjikan secara tepat dan konsisten. Keandalan dapat diartikan mengerjakan dengan benar sampai kurun waktu tertentu. Pemenuhan janji pelayanan yang tepat dan memuaskan meliputi ketepatan waktu dan kecakapan dalam menanggapi keluhan pelanggan serta pemberian pelayanan secara wajar dan akurat.
3. *Responsiveness* (daya tanggap); yaitu sikap tanggap pegawai dalam memberikan pelayanan yang dibutuhkan dan dapat menyelesaikan dengan cepat.

Kecepatan pelayanan yang diberikan merupakan sikap tanggap dari petugas dalam pemberian pelayanan yang dibutuhkan. Sikap tanggap ini merupakan suatu akibat akal dan pikiran yang ditunjukkan pada pelanggan.

4. *Assurance* (jaminan); mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki pegawai, bebas dari bahaya, risiko dan keraguan. Jaminan adalah upaya perlindungan yang disajikan untuk masyarakat bagi warganya terhadap resiko yang apabila resiko itu terjadi akan dapat mengakibatkan gangguan dalam struktur kehidupan yang normal.
5. *Emphaty* (empati); meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik dan memahami kebutuhan pelanggan. Empati merupakan individualized attention to customer. Empati adalah perhatian yang dilaksanakan secara pribadi atau individu terhadap pelanggan dengan menempatkan dirinya pada situasi pelanggan.

Dari uraian di atas dapat disarikan bahwa kinerja pelayanan adalah hasil kerja yang dicapai oleh pegawai dalam melaksanakan tugas sesuai dengan tanggung jawabnya yang diukur berdasarkan indikator bukti fisik (*tangible*), keandalan (*reliability*), daya tanggap (*responsiveness*), jaminan (*assurance*), dan empati (*emphaty*). Kelima indikator 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 di bidang kesehatan yang didalamnya termasuk pelayanan kepada pasien program JKN-KIS termasuk pelayanan jasa yang sifatnya multidimensi, sehingga penggunaan metode *Servqual* (*Service Quality*) Parasuraman *et al.* (1994) untuk mengukur kualitas pelayanan kesehatan 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.

2.1.4.2 Komunikasi Terapeutik sebagai Indikator 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 dan 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 dan 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 dan Sundeen, 2009). Komunikasi terapeutik merupakan respon spesifik yang mendorong ekspresi perasaan dan ide, serta menyampaikan penerimaan dan penghargaan.

Menurut Stuart dan Sundeen (2009), 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 dan 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, *et al.* (1994) bila digunakan untuk mengukur kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan masih belum optimal karena mempunyai dimensi pelayanan yang berbeda. Model tersebut perlu dikembangkan dengan aspek komunikasi terapiutik (Sheldon, 2009) untuk dapat dipergunakan mengukur kualitas pelayanan kesehatan program JKN agar hasilnya lebih optimal.

Pasien sembuh, tidak sembuh, cacat dan meninggal merupakan output (luaran) dari pelayanan Rumah Sakit, sedangkan hasil akhirnya adalah pasien/keluarga puas atau tidak puas. Walaupun pasien yang keluar dari rumah sakit tidak sembuh, bukan berarti pasien/keluarga tidak puas terhadap pelayanan rumah sakit. Disini perlunya kemampuan tenaga kesehatan untuk berkomunikasi kepada pasien dan keluarganya dalam menyampaikan informasi dan permasalahan kesehatan kepada pasien dan atau keluarganya. Penyampaian informasi dengan teknik yang benar akan menyebabkan pasien mudah memahami permasalahannya, sehingga

pasien lebih kooperatif terhadap tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang diharapkan membantu mempercepat menyelesaikan masalah pasien. Pengembangan model tersebut dapat dilihat sebagaimana pada tabel 2.2 berikut :

Tabel 2.2
Indikator dan Item Pengukuran Kualitas Pelayanan Kesehatan

No	Indikator	Item
1	<i>Tangibles</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Tata letak dan model bangunan • Sarana Penunjang lengkap dan nyaman • Ruang pelayanan bersih dan nyaman • Kelengkapan alat medis dalam jumlah cukup • Peralatan dan perlengkapan untuk pelayanan pasien yang modern • Ruang pelayanan administrasi (loket dan ruang tunggu) di Rumah Sakit ini layak dan nyaman
2	<i>Reliability</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Informasi yang jelas tentang sistem administrasi dan pelayanan • Keakuratan informasi yang diberikan petugas kesehatan tentang penyakit yang diderita pasien • Keakuratan catatan / dokumentasi medis yang dibuat petugas Rumah Sakit • Proses dan prosedur penyelesaian tindakan medis yang sistematis • Perlakuan petugas Rumah Sakit terhadap pasien tidak diskriminatif. • Proses dan prosedur penyelesaian administrasi sistematis dan cepat
3	<i>Responsiveness</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Kecepatan dan kecekatan tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan) dalam menyelesaikan tindakan medis • Kemampuan tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan) memahami kebutuhan pasien • Kecepatan dan ketanggapan Rumah Sakit dalam menghadapi masalah yang timbul pada pasien dengan profesional • Rumah sakit cepat tanggap dalam merespon masalah • Sistem penyerahan resep dan atau obat cepat dan sistematis • Petugas tenaga penunjang cepat dan tanggal menyelesaikan administrasi
4	<i>Assurance</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Keamanan dan kenyamanan pasien selama di RS • Keamanan dan kerahasiaan data pribadi pasien yang tersimpan dalam dokumen RS • Citra (<i>image</i>) Rumah sakit di masyarakat • Ketelitian tenaga kesehatan saat melayani pasien. • Rumah Sakit menyediakan pelayanan administrasi yang menjamin kerahasiaan antar pasien.
5	<i>Empathy</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Tenaga kesehatan (dokter, paramedis dan tenaga penunjang) mempunyai sikap dan perilaku yang baik

- 6 *Komunikasi Terapeutik*
- Ketanggapan tenaga kesehatan (dokter, paramedis dan tenaga penunjang) menyenangkan
 - Etika tenaga kesehatan sopan dan baik
 - Tenaga kesehatan mudah dihubungi bila pasien membutuhkan pertolongan atau tindakan
 - RS punya mekanisme pengaduan keluhan pasien.
 - Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) mendengarkan keluhan pasien dengan penuh perhatian
 - Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) menunjukkan sikap menerima untuk berkomunikasi
 - Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) bertanya dengan pertanyaan terbuka (*open ended question*)
 - Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) mengulang ucapan pasien dengan menggunakan kata-kata sendiri untuk klarifikasi.
 - Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) memfokuskan komunikasi dan mengklarifikasi setiap jawaban pasien
 - 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. (1994) dan Sheldon, (2009) dimodifikasi dan dikembangkan.

2.1.5 Kepuasan Pasien

Berdasarkan jenis usahanya, rumah sakit merupakan suatu sarana di bidang kesehatan yang memberikan pelayanan baik di bidang medis maupun non medis dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. *World Health Organization* (WHO) memberikan definisi; “Rumah Sakit adalah bagian integral dari satu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan kesehatan paripurna, kuratif, dan preventif kepada masyarakat, serta pelayanan rawat jalan yang diberikannya guna menjangkau keluarga di rumah. Rumah Sakit juga merupakan pusat pendidikan dan latihan tenaga kesehatan serta penelitian biomedik”. Sementara pengertian Rumah Sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.5/Menkes/pos15/2005 adalah, “Rumah Sakit adalah suatu sarana upaya kesehatan dari pemerintah maupun swasta yang menyelenggarakan

kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian”.

Pemakai jasa Rumah Sakit khususnya di Indonesia dibedakan dalam tiga kategori: 1) *Full Purchases*; Pada kategori ini pemerintah dan perusahaan-perusahaan swasta merupakan pelanggan yang terbesar 2) *Semi Buyers*: Pemakai jasa yang tidak atau belum dapat membayar penuh nota tagihan rumah sakit 3) *Prodeo Users*: Pemakai jasa yang sama sekali tidak sanggup membayar biaya perawatan rumah sakit. Kelompok ini terbagi ke dalam dua bagian, yaitu: a. Kelompok yang secara material tidak sanggup membayar sesempun (*disadvantage people*) b. Kelompok prodeo user “*in optima forma*” yang terdiri dari: 1) Pasien yang meninggalkan rumah sakit tanpa izin 2) Pasien yang kurang puas dengan pelayanan rumah sakit 3) Pasien yang mendapat privilege social (ditanggung oleh badan) 3 Selain itu pasien berdasarkan keadaannya dapat diklasifikasikan sebagai berikut: 1. *Emergency*; Patient Kehidupan pasien menghadapi situasi ancaman kematian sehingga memerlukan pengobatan sesegera mungkin 2. *Urgent*; Patient Pasien memerlukan pengobatan segera, bila ada penundaan yang berkepanjangan dapat menimbulkan bahaya terhadap kehidupan pasien 3. *Elective Patient*; Keadaan pasien yang tidak membahayakan kehidupannya

Istilah “pasien” masih menjadi perdebatan ilmiah apakah seorang pasien dapat dikatakan sebagai konsumen rumah sakit. Berdasarkan Pasal 1 angka 10 Undang-undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (“UU 29/2004”), pasien adalah: “...setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter atau dokter gigi.” Kemudian berdasarkan pasal 1 angka 4 Undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (“UU 44/2009”), pasien adalah: “....setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di Rumah Sakit.” Adapun definisi konsumen menurut Undang-undang Perlindungan Konsumen, konsumen adalah setiap orang pemakai barang atau jasa yang tersedia dalam masyarakat, baik bagi diri sendiri, keluarga, orang lain maupun makhluk hidup lain dan tidak 4 untuk diperdagangkan.”

Sedangkan menurut Kotler (2003), konsumen adalah semua individu dan rumah tangga yang membeli atau memperoleh barang atau jasa untuk dikonsumsi pribadi. Dari beberapa pengertian di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa pasien adalah konsumen pemakai jasa layanan kesehatan. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa pasien adalah konsumen untuk rumah sakit.

Dewasa ini perhatian terhadap kepuasan dan ketidakpuasan pelanggan telah semakin besar. Hal ini disebabkan karena semakin banyaknya produsen menawarkan produk dan jasa, sehingga konsumen memiliki banyak pilihan. Bukti empiris yang menunjukkan perhatian terhadap kepuasan pelanggan adalah banyaknya hasil penelitian yang dipublikasikan menyangkut kepuasan pelanggan. Ada beberapa penulis memberikan definisi mengenai kepuasan pelanggan. Spreng, *et al.* (1996: 86) menyatakan bahwa perasaan puas pelanggan timbul ketika konsumen membandingkan persepsi mereka mengenai *performance* produk atau jasa dengan harapan mereka. Sedangkan Wilkie (1998: 94) menyatakan kepuasan dan ketidakpuasan adalah respon pelanggan terhadap evaluasi ketidaksesuaian (*disconfirmation*) yang dirasakan antara harapan sebelumnya (atau norma kinerja lainnya) dan kinerja aktual produk yang dirasakan setelah pemakaiannya. Lebih jauh lagi dikatakan bahwa ada dua variabel utama yang menentukan kepuasan pelanggan, yaitu *expectations* dan *perceived performance*. Apabila *perceived performance* melebihi *expectations*, maka pelanggan akan puas, tetapi apabila sebaliknya maka pelanggan merasa tidak puas.

Dari beberapa penulis yang telah diuraikan di atas dapat diketahui bahwa kepuasan konsumen dihasilkan dari proses perbandingan antara kinerja yang dirasakan dengan harapannya, yang menghasilkan *disconfirmation* paradigma. Walaupun *disconfirmation* paradigm dijadikan acuan oleh beberapa penulis mengenai kepuasan konsumen (Cronin, *et al.* 2000; Bolton dan Drew, 1994). Walaupun konsep ini diterima, tetapi masing-masing penulis memiliki pandangan berbeda terhadap konsep kepuasan.

Fornell, *et al.* (1996: 54) dalam temuannya menyebutkan bahwa: 1) kepuasan konsumen secara menyeluruh adalah hasil evaluasi dari pengalaman konsumsi sekarang yang berasal dari kebiasaan, keandalan dan standarisasi

pelayanan, 2) kepuasan konsumen secara menyeluruh adalah hasil perbandingan tingkat kepuasan dari usaha yang sejenis, dan 3) bahwa kepuasan konsumen secara menyeluruh diukur berdasarkan tingkat kepuasan pelanggan berdasarkan pengalaman dengan indikator harapan secara keseluruhan, harapan yang berhubungan dengan kebiasaan dan harapannya yang berhubungan dengan keterandalan jasa tersebut.

Oliver dan DeSarbo (1988: 67) memandang tingkat kepuasan (*satisfaction*) yang timbul karena adanya suatu transaksi khusus antara produsen dengan konsumen, yang merupakan kondisi psikologis yang dihasilkan ketika faktor emosi mendorong harapan (*expectations*) menyesuaikan (*matching*) dengan pengalaman mengkonsumsi sebelumnya (*perception*). Selain itu Zeithaml, *et al.* (2000: 167) mendefinisikan kepuasan pelanggan sebagai perbandingan antara layanan yang diharapkan (*expectations*) dan kinerja (*perceived performance*).

Selain teori *expectancy disconfirmation* model yang sudah dikenal, masih ada beberapa teori tentang kepuasan yakni *equity theory* dan *attribution theory*. Menurut teori *equity*, seseorang akan merasa puas bila rasio hasil (*outcome*) yang diperolehnya dibandingkan dengan input yang digunakan dirasakan fair atau adil. Dengan kata lain kepuasan terjadi apabila konsumen merasakan bahwa rasio hasil terhadap inputnya proporsional terhadap rasio yang sama (*outcome* dibanding *input*) yang diperoleh orang lain (Oliver dan DeSarbo, 1988: 72), Sedangkan *attribution theory* berasal dari teori yang dikembangkan oleh Oliver and DeSarbo (1988) dan Engel, *et al.* (1992). Teori ini menyatakan bahwa ada tiga dimensi (penyebab) yang menentukan keberhasilan atau kegagalan suatu hasil (*outcome*) sehingga dapat ditentukan apakah suatu pembelian memuaskan atau tidak memuaskan. Ketiga dimensi tersebut adalah: 1) stabilitas atau variabilitas, apakah faktor penyebabnya sementara atau permanen, 2) *locus of causality*, apakah penyebabnya berhubungan dengan konsumen (*external attribution*) atau dengan pemasar (*internal attribution*). *Internal attribution* seringkali dikaitkan dengan kemampuan dan usaha yang dilakukan oleh pemasaran. Sedangkan *external attribution* dihubungkan dengan berbagai faktor seperti tingkat kesulitan suatu tugas (*task difficulty*) dan faktor keberuntungan, dan 3) *controllability*, apakah penyebab tersebut berada dalam kendali ataukah dihambat oleh faktor luar yang tidak dapat dipengaruhi.

Kepuasan pelanggan adalah hasil yang dirasakan pembeli dari kinerja perusahaan yang memenuhi harapan mereka. Selain itu masih ada beberapa faktor yang mempengaruhi kepuasan pelanggan antara lain :

1) Harapan (*expectation*)

Harapan pelanggan diyakini mempunyai peranan yang besar dalam menentukan kualitas suatu produk (barang dan jasa) dan kepuasan pelanggan. Pada dasarnya ada hubungan yang erat antara penentuan kualitas dan kepuasan pelanggan. Dalam mengevaluasi, pelanggan akan menggunakan harapannya sebagai standar atau acuan. Dengan demikian harapan pelanggan yang melatarbelakangi mengapa dua organisasi pada bisnis yang sama dapat dinilai berbeda oleh pelanggannya. Dalam konteks kepuasan pelanggan, umumnya harapan merupakan perkiraan atau keyakinan pelanggan tentang apa yang diterimanya. Pengertian ini didasarkan pada pandangan bahwa harapan merupakan standar prediksi. Selain standar prediksi, ada pula yang menggunakan harapan sebagai standar ideal. Zeithaml, *et al.* (2000: 97) dalam penemuannya menunjukkan bahwa pelayanan yang diharapkan pelanggan berada pada dua tingkatan yang berbeda, yakni tingkat yang diinginkan (*desired level*) dan tingkat yang memadai (*adequate level*).

Tingkat yang diinginkan pelanggan adalah tingkat pelayanan yang diharapkan dan diinginkan oleh pelanggan, sedangkan tingkat yang memadai mencerminkan apa yang dapat diterima pelanggan. Antara *desired level* dengan *adequate level* dipisahkan apa yang disebut dengan batas toleransi (*zone of toleransi*) yakni, batas *performance service* yang dipertimbangkan untuk memuaskan pelanggan. Tingkat *performance* di bawah batas toleransi akan menyebabkan kekecewaan dan menurunkan loyalitas pelanggan, sedangkan tingkat *performance* di atas batas toleransi akan menyebabkan pelanggan memperkuat loyalitas mereka. Selain itu, umumnya faktor yang menentukan harapan pelanggan meliputi kebutuhan pribadi, pengalaman masa lampau, rekomendasi dari mulut ke mulut dan promosi.

Zeithaml, *et al* (1990: 76) mengemukakan bahwa, harapan pelanggan terhadap kualitas jasa terbentuk oleh 11 faktor yakni : *enduring service intensifiers, personal needs, transitory service intensifiers, perceived service alternatives, self perceived service roles, situational factors, explicit service promises, implicit service*

promises, word mouth, dan past experience. Oliver (1988: 84) mengungkapkan bahwa *expectation* meliputi estimasi dari kemungkinan *event* ditambah evaluasi mengenai kebaikan dan keburukan dari *event*, dalam hal ini *expectation* mempunyai dua komponen yakni probabilitas dan evaluasi peristiwa.

Selanjutnya Oliver (1997: 89) mengemukakan the *expectancy disconfirmation* model, yang menyatakan bahwa kepuasan pelanggan ditentukan oleh dua variabel kognitif, yakni harapan pra pembelian (*prepurchases expectation*) yaitu keyakinan kinerja yang diantisipasi dari suatu produk dan jasa dan *disconfirmation*, yaitu perbedaan antara harapan pra pembelian dan persepsi purna beli (*post purchases perception*). Engel, *et al.* (1992: 99) mengungkapkan, ada tiga pendekatan dalam mengkonseptualisasikan harapan pra pembelian: a) *equitable performance (normative performance)*, yakni penilain normatif yang mencerminkan kinerja yang seharusnya diterima seseorang atas biaya dan usaha yang telah dicurahkan untuk membeli dan menggunakan suatu produk atau jasa, b) *ideal performance*, yaitu tingkat kinerja optimum atau ideal yang diharapkan oleh seseorang konsumen, c) *expected performance*, yaitu tingkat kinerja yang diperkirakan atau yang paling diharapkan atau disukai konsumen (*what the performance probably will be*).

2) Tujuan (*objective*)

Objective dikaitkan dengan kebutuhan yang paling mendasar, tujuan hidup, atau keinginan yang kongkrit/nyata menurut kepercayaan seseorang dalam pencapaian tujuan akhir. Jadi tingkat keinginan yang lebih rendah atau yang lebih tinggi dapat dihubungkan dengan cara untuk mencapai tujuan. Karena itu, tingkat nilai dan keinginan yang lebih tinggi menuju kepada keinginan untuk mendapatkan produk/jasa yang memiliki *benefit* tertentu, dan *benefit* ini pada gilirannya menetapkan atribut-atribut dan tingkatan atau level atribut yang diinginkan pada suatu produk/jasa. Pada tingkatan yang lebih kongkrit, *objective* dapat secara langsung dibandingkan dengan *performance* yang dirasakan. Secara implisit atau eksplisit, orang mempertimbangkan tingkat atribut produk. Untuk mencapai keinginan akhir mereka dengan menguji tingkat di mana produk menghasilkan / memberikan konsekuensi atau menyediakan atribut atau benefit yang diyakini akan

menjadi alat untuk mencapai *objective* pada tingkatan yang lebih tinggi. Dari uraian sebelumnya, maka dapat diketahui perbedaan secara jelas antara harapan (*expectation*) dan tujuan (*objective*) dalam hal konsep. *Expectation* dihubungkan dengan atribut, benefit atau hasil tertentu. Sedangkan *objective* adalah evaluasi tingkat dimana atribut, benefit atau hasil menuju pencapaian nilai-nilai seseorang (Spreng, *et al.* 1996: 110).

3) ***Perceived Performance***

Wilkie, (1998: 75) menyatakan bahwa ada dua variabel utama yang menentukan kepuasan yakni: kepuasan (*expectation*) dan performa yang dirasakan (*perceived performance*). Apabila *perceived performance* melebihi *expectations*, maka pelanggan akan puas dan sebaliknya, pelanggan akan merasa tidak puas. Hasil temuan dari Tse dan Wilson juga menyebutkan pengaruh *perceived performance* lebih kuat dari pada *expectations* di dalam penentuan kepuasan pelanggan. Peneliti lain, Spreng, *et al.* (1996: 103) menyebutkan bahwa *perceived performance* adalah hasil evaluasi pengalaman konsumsi saat sekarang dan diharapkan mempunyai pengaruh langsung dan positif terhadap *overall customer satisfaction*. Sedangkan komponen utama dari *consumption experience* adalah: 1) kebiasaan, yakni tingkat dimana penawaran perusahaan dibiasakan untuk memenuhi / menemukan kebutuhan konsumen yang heterogen dan 2) realibilitas, yakni tingkat penawaran perusahaan realiable (andal), distandarisasi dan bebas dari kekurangan.

4) ***Attribute Satisfaction dan Information Satisfaction***

Oliver (1993: 41) mendefinisikan *atribute satisfaction* sebagai pertimbangan kepuasan konsumen yang subyektif yang dihasilkan dari observasi mengenai *performance* produk. Dalam mengevaluasi kepuasan terhadap produk, jasa atau perusahaan tertentu, konsumen umumnya mengacu pada beberapa faktor atau dimensi. Faktor yang sering digunakan dalam mengevaluasi kepuasan terhadap suatu produk (Lovelock, 2002: 58) antara lain meliputi : a) kinerja (*performance*) karakteristik operasi pokok dari produk inti (*core product*) yang dibeli, b) ciri-ciri atau keistimewaan tambahan (*features*), yakni karakteristik sekunder atau pelengkap, c) keandalan (*reliability*) yaitu kemungkinan kecil akan mengalami kegagalan atau

kerusakan dalam penggunaannya, d) kesesuaian dengan spesifikasi (*conformance to specifications*), yaitu sejauh mana karakteristik desain operasi memenuhi standar-standar yang telah ditetapkan sebelumnya, e) daya tahan (*durability*), berkaitan dengan berapa lama produk tersebut dapat terus digunakan, f) *serviceability*, meliputi kecepatan, kompetensi, kenyamanan dan kemudahan penggunaan, serta penanganan keluhan yang memuaskan, g) estetika, yakni daya tarik produk terhadap panca indera dan h) kualitas yang dipersepsikan, yakni citra dan reputasi produk serta tanggung jawab perusahaan terhadapnya.

Sedangkan untuk jasa yang bersifat tidak berwujud (*intangible*), konsumen umumnya menggunakan beberapa atribut (Parasuraman, *et al.*, 1994) antara lain adalah: a) bukti langsung (*tangibles*) meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai, dan sarana komunikasi, b) keandalan (*reliability*), kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat dan memuaskan. c) daya tanggap (*responsiveness*), yakni keinginan para staf dan karyawan untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap, d) jaminan (*assurance*), mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan, dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf, bebas dari bahaya dan resiko atau keragu-raguan, dan e) *empati*, meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik, perhatian pribadi, dan memahami kebutuhan para pelanggan.

Spreng, *et al.* (1996: 113) mendefinisikan *information satisfaction* sebagai pertimbangan *satisfaction* yang subyektif dari informasi yang digunakan dalam memilih produk. *Information satisfaction* menjadi penting pada situasi di mana konsumen adalah dependen pada orang lain untuk informasi. Ini dapat terjadi ketika konsumen tidak mempunyai kemampuan atau motivasi untuk mengumpulkan dan atau memproses informasi. Pada kasus ini, konsumen dapat percaya pada *marketer supplied information*, dan apabila informasi ini secara negatif dikonfirmasi, konsumen tidak akan puas dengan informasi yang pada gilirannya akan mempengaruhi *overall satisfaction*.

Dari pendapat di atas dapat dikatakan bahwa kepuasan pelanggan merupakan fungsi dari harapan pelanggan terhadap pelayanan yang diterimanya. Pelanggan akan dapat memperoleh kepuasan dari layanan yang diberikan

perusahaan bila layanan tersebut memenuhi kualitas layanan dan sesuai dengan harapan yang diharapkan oleh pelanggan. Demikian juga sebaliknya, bila harapan pelanggan tidak terpenuhi dan kualitas pelayanan yang dirasakan di bawah standar maka pelanggan akan kecewa dan mungkin akan meninggalkan perusahaan penyedia jasa tersebut dan bahkan mungkin dia akan menceritakan kekurangan tersebut kepada orang lain, hal ini akan sangat merugikan kelangsungan hidup perusahaan untuk masa yang akan datang. Diharapkan kualitas layanan yang diterima pelanggan melebihi harapan dia terhadap kualitas layanan, sehingga pelanggan akan merasa puas terhadap layanan perusahaan.

Dengan mengetahui tingkat kepuasan pelanggan, maka perusahaan dapat melakukan antisipasi terhadap kinerja dari suatu produk (Kotler, 2003: 56). Berawal dari pengalaman, cerita atau informasi dari teman/relasi atau pihak-pihak lain dan janji yang diberikan oleh *marketer* terhadap suatu produk, akan membentuk suatu *ekspektasi* (harapan) bagi konsumen atau nasabah. Harapan dari konsumen dibandingkan dengan kinerja suatu produk (*performance*) akan membentuk dua kondisi, yaitu kondisi kepuasan konsumen (*customer satisfaction*) atau ketidakpuasan konsumen (*customer dissatisfaction*). Pandangan lain yang menyatakan bahwa *customer satisfaction* dapat ditinjau dari dua sudut pandang. Pertama dari sudut konsumen meliputi pembentukan konsumen terhadap suatu produk. Kedua dari sudut lingkungan, dimana *customer satisfaction* akan dipengaruhi oleh faktor-faktor sosial, kebudayaan, dan sebagainya yang merupakan kondisi lingkungan eksternal konsumen.

Kepuasan pasien merupakan nilai subjektif terhadap kualitas layanan yang diberikan. Sabarguna (2004:8) mengemukakan bahwa, walaupun subjektif tetap ada dasar objektifnya, artinya walaupun penilaian itu dilandasi oleh: 1) pengalaman masa lalu, 2) pendidikan, 3) situasi psikis waktu itu, 4) pengaruh lingkungan waktu itu, tetap akan didasari oleh kebenaran dan kenyataan objektif yang ada, tidak semata-mata menilai buruk kalau memang tidak ada pengalaman yang menjengkelkan, tidak semata-mata bilang baik bila memang tidak ada suasana yang menyenangkan yang dialami.

Beberapa penelitian ditemukan bahwa pasien akan kembali di masa yang akan datang dan merekomendasikan kepada pasien lain apabila mereka puas kepada layanan yang diberikan Institusi Kesehatan. Kepuasan pasien adalah bagaimana nilai dan anggapan pasien terhadap perawatan yang diberikan oleh pihak perawatan kesehatan (Finley, 2001:5), sedangkan *Council on Medical Service* (1986) dalam Finley (2001:5) mengatakan kepuasan pasien merupakan suatu yang penting dalam kualitas penyampaian jasa perawatan kesehatan. Sistem perawatan kesehatan dan proses mendorong kepuasan pasien (Mercier dan Fikes, 1998:35-37). Lebih lengkap penelitian yang dilakukan oleh Bhattacharya *et.al* (2004) bahwa aspek teknis dari perawat, sikap perawat, kualitas teknis dokter, kebersihan ruangan dan koridor, makanan, toilet serta fasilitas perawatan berpengaruh terhadap kepuasan pasien.

Kepuasan pasien juga didorong oleh perawatan yang dilakukan oleh dokter (Kolodinsky, 1999:2) dan perawatan yang dilakukan oleh staff (seperti perawat) rumah sakit, penggunaan fasilitas perawatan dan penggunaan fasilitas pelayanan (Kolb *et.al*, 2000:75). Fasilitas mungkin meningkatkan kualitas perawatan dan proses penyampaian jasa pada perawatan kesehatan mampu meningkatkan kepuasan konsumen (Kolodinsky, 1999:2) juga menemukan bahwa proses penyampaian jasa pada perawatan kesehatan mampu meningkatkan kepuasan konsumen, sedangkan proses penyampaian jasa mampu meningkatkan *performance* (*Southern Ohio Medical*). Penelitian Van der Bij dan Vissers (1999:214) menemukan fasilitas, peralatan dan keahlian dari staff dalam ruang perawatan mempengaruhi *performance*.

Ada beberapa metode yang dapat dipergunakan oleh institusi pelayanan kesehatan untuk mengukur dan memantau kepuasan pasien. Hal ini dilakukan untuk mengevaluasi dan meningkatkan kinerja institusi dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Kotler (2003:64) memberikan 4 metode untuk mengukur kepuasan pelanggan atau pasien: (1) Sistem keluhan dan saran (*complain and suggestion system*). Setiap institusi pelayanan kesehatan yang berorientasi pada pelanggan (*customer oriented*) perlu memberikan kesempatan seluas-luasnya bagi para pasien untuk menyampaikan saran, pendapat, dan keluhan mereka. Institusi pelayanan kesehatan akan dapat mengetahui sejauh mana kepuasan pasien terpenuhi. Adapun

cara-cara yang dapat dilakukan berupa penempatan kotak saran ditempat-tempat strategis, menyediakan kartu komentar, saluran telepon bebas pulsa yang dapat digunakan oleh pasien dan keluarganya, sehingga institusi pelayanan kesehatan dapat menanggapi saran pendapat dan keluhan tersebut untuk ditindak lanjuti. (2) Survei kepuasan pelanggan/pasien (*customer satisfaction survey*). Banyak penelitian mengenai kepuasan pelanggan dilakukan dengan menggunakan metode survei, baik melalui pos, telepon, maupun wawancara pribadi. Melalui survei, institusi pelayanan kesehatan akan memperoleh tanggapan dan umpan balik secara langsung dari pasien. Metode ini dapat dilakukan dengan beberapa cara: (a) *Directly reported satisfaction*; Pengukuran dilakukan secara langsung melalui pertanyaan seperti “Ungkapan seberapa puas Saudara terhadap pelayanan, pada skala berikut: sangat puas, tidak puas, netral, puas, sangat tidak puas”. (b) *Derived dissatisfaction*; Pertanyaan yang ditujukan menyangkut dua hal utama, yaitu besarnya harapan pasien terhadap atribut dan besarnya kinerja yang mereka rasakan. (3) *Problem analysis*; Pasien yang dijadikan responden diminta untuk mengungkapkan dua hal pokok. Pertama adalah masalah-masalah yang mereka hadapi berkaitan dengan layanan kesehatan, dan kedua adalah saran-saran untuk melakukan perbaikan. (4) *Importance-performance analysis*; Dalam teknik ini responden diminta untuk meranking berbagai elemen (atribut) dari layanan kesehatan berdasarkan derajat pentingnya setiap elemen tersebut, selain itu responden juga diminta meranking seberapa baik kinerja institusi pelayanan kesehatan dalam masing-masing elemen/atribut tersebut. (3) *Ghost shopping*. Metode ini dilakukan dengan cara mempekerjakan beberapa orang (*ghost shopper*) untuk berperan atau bersikap sebagai pasien institusi pelayanan kesehatan lain/pesaing. Lalu *ghost shopper* tersebut menyampaikan temuan-temuannya mengenai kekuatan dan kelemahan layanan kesehatan pesaing berdasarkan pengalaman mereka dalam mendapatkan layanan kesehatan di tempat tersebut. Para *ghost shopper* dapat juga mengamati atau menilai cara institusi pelayanan kesehatan dan pesaingnya menjawab pertanyaan pasien dan menangani setiap keluhan. (4) *Lost customer analysis*. Institusi pelayanan kesehatan berusaha menghubungi para pelanggannya/pasiennya yang telah berhenti berobat atau yang

telah beralih ke tempat layanan kesehatan lain. Harapannya adalah diperolehnya informasi penyebab terjadinya hal tersebut. Informasi ini sangat bermanfaat bagi institusi pelayanan kesehatan untuk mengambil kebijakan selanjutnya dalam rangka meningkatkan kepuasan dan loyalitas pasien.

Penilaian kepuasan pasien penting diketahui karena: 1) Bagian dari mutu pelayanan, 2) Berhubungan dengan pemasaran rumah sakit, karena (a) pasien yang puas akan memberi tahu pada teman, keluarga dan tetangga, (b) pasien yang puas akan datang lagi kontrol atau membutuhkan pelayanan yang lain. (c) iklan dari mulut ke mulut akan menarik pelanggan yang baru. (3) Berhubungan dengan prioritas peningkatan pelayanan dalam dana yang terbatas, peningkatan pelayanan harus selektif, dan sesuai dengan kebutuhan pasien. (4) Analisis kuantitatif. Dengan bukti hasil survey berarti tanggapan tersebut dapat diperhitungkan dengan angka kuantitatif tidak perkiraan atau perasaan belaka, dengan angka kuantitatif memberikan kesempatan pada berbagai pihak untuk diskusi.

Menurut Sabarguna (2004) terdapat empat dimensi kepuasan pada industri jasa yang kemudian dikelompokkan kedalam empat kategori kebutuhan pelanggan atau kepuasan pasien yaitu: 1) dimensi kecepatan pelayanan, 2) dimensi ketanggapan pelayanan, 3) dimensi keberadaan pelayanan, dan 4) dimensi profesionalisme. Keempat aspek tersebut terlihat pada tabel 2.3:

Tabel 2.3

Indikator dan Item Pengukuran Kepuasan Pasien

No	Indikator	Item
1	Kecepatan pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> • Waktu yang digunakan untuk menunggu dilayani oleh Petugas RS • Kecepatan Petugas RS dalam melaksanakan pelayanan
2	Ketanggapan pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> • Ketepatan Petugas RS dalam melaksanakan janjinya • Keramahan, kesopanan, dan sikap Petugas RS dan tenaga administrasi dalam bersikap dan berbicara • Perhatian Petugas RS secara sungguh-sungguh dalam menanggapi pasien ketika meminta bantuan.

- | | | |
|---|----------------------|---|
| 3 | Profesionalisme | <ul style="list-style-type: none">• Pengetahuan Petugas RS dalam menangani tindakan medis• Prosedur dalam penyelesaian pelayanan tindakan medis• Kemudahan petugas RS untuk dihubungi lewat telepon |
| 4 | Keberadaan pelayanan | <ul style="list-style-type: none">• Kenyamanan tempat pelayanan pasien• Pelayanan yang diberikan sesuai/sebanding dengan biaya dibayarkan. |

Sumber: Sabarguna (2004) dan Ciptono (2006) dikembangkan.

2.1.6 Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN-KIS)

2.1.6.1 Sejarah Kebijakan Publik Asuransi Kesehatan di Indonesia

a. Periode Kolonial

Konsep asuransi kesehatan di wilayah Indonesia sudah dimulai sejak sebelum Indonesia merdeka, dimana sejak tahun 1934 Pemerintah Hindia Belanda sudah mengatur mekanisme pembiayaan pelayanan kesehatan melalui gaji pegawai pemerintah Hindia Belanda. Sistem yang dianut adalah *restitusi (reimbursement)* dengan landasan hukum dan sistem sebagai berikut: (1) *Staats Regeling* No. 1 tahun 1934 yang menyatakan bahwa peserta hanya PNS dengan status Eropah/disamakan, pemberi pelayanan kesehatan (PPK) adalah RS pemerintah. Paket santunan yang diberikan adalah pelayanan komprehensif ditanggung/gratis. (2) *Staats Regeling* No. 110 tahun 1938 yang menyatakan bahwa peserta adalah semua PNS dan anggota keluarganya, pemberi pelayanan kesehatan adalah RS pemerintah. Paket santunan yang diberikan adalah pelayanan komprehensif ditanggung/gratis. (3) *Staatblad* No. 104 tahun 1948 (merupakan periode revolusi) menyatakan bahwa peserta adalah golongan berhak (*derech hebbenden*) yaitu pegawai yang berhak dengan gaji kurang dari f.420/bulan. Pemberi pelayanan kesehatan adalah RS pemerintah. Paket santunan yang diberikan adalah pelayanan dasar merupakan pelayanan gratis. Rawat inap membutuhkan *co-payment* 3% dari gaji pokok. Golongan tidak berhak (*de niet rech hebbenden*) yaitu pegawai yang mempunyai gaji > f.420/bulan. Pemberi pelayanan kesehatan adalah RS pemerintah dengan pelayanan dasar gratis (Prudential, 2013).

b. Periode Pasca Revolusi dan Orde Lama

Pemerintah Republik Indonesia sudah mulai mengenalkan prinsip asuransi sejak tahun 1947 yang dimulai dalam bidang kecelakaan dan penyakit akibat kerja. Karena situasi keamanan dalam negeri masih terdapat berbagai pemberontakan dan upaya Belanda untuk merebut kembali Indonesia maka belum memungkinkan upaya tersebut terlaksana dengan baik.

Pada tahun 1960 pemerintah Indonesia mencoba lagi untuk memperkenalkan konsep asuransi kesehatan dimana terdapat UU Pokok Kesehatan 1960 yang meminta pemerintah Indonesia mengembangkan "Dana sakit" dengan tujuan untuk menyediakan akses pelayanan kesehatan untuk seluruh rakyat. Karena situasi yang masih belum kondusif maka Undang Undang tersebut belum bisa dilaksanakan. Tahun 1967, Menteri Tenaga Kerja mengeluarkan SK (Surat Keputusan) untuk mewujudkan amanat UU tersebut. Konsep yang digunakan mirip HMO (*Health Maintenance Organization*) atau JPKM (Jaringan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat) dimana Menteri menetapkan iuran 6% upah yang terdiri dari tanggungan majikan sebesar 5% dan 1% ditanggung oleh karyawan. Sayangnya SK Menteri tersebut tidak diwajibkan sehingga SK tersebut tidak berjalan sebagaimana mestinya (Prudential, 2013).

c. Periode Masa Orde Baru

Diawali pada tahun 1968, pemerintah Indonesia mengeluarkan kebijakan yang secara jelas mengatur pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri dan Penerima Pensiun (PNS dan ABRI) beserta anggota keluarganya berdasarkan Keputusan Presiden Nomor 230 Tahun 1968. Menteri Kesehatan membentuk Badan Khusus di lingkungan Departemen Kesehatan RI yaitu Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK), dimana oleh Menteri Kesehatan RI pada waktu itu dinyatakan sebagai cikal bakal Asuransi Kesehatan Nasional. Besaran premi yang ditentukan yaitu : (1) Kepres No. 122/1968 : 5% gaji pokok dan pensiunan pokok. (2) Kepres No. 36/1969 : 5% gaji pokok dan pensiunan pokok. (3) Kepres No. 22/1970 : 3,8% gaji pokok dan 5% pensiunan pokok (4) Kepres No.

56/1974 : 2,75% gaji pokok dan 5% pensiunan pokok (5) Kepres No. 7/1977 : 2% gaji pokok dan 5% pensiunan pokok.

Selanjutnya pada tahun 1971, upaya asuransi sosial dalam bidang kecelakaan kerja juga dimulai dengan didirikannya Perusahaan Asuransi Sosial Tenaga Kerja (**Astek**). Pada mulanya Astek hanya menangani asuransi kecelakaan kerja saja, namun kemudian dilakukan perluasan dengan membentuk program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Tenaga Kerja di 5 propinsi yang mencakup 70.000 tenaga kerja di tahun 1985. Program ini dimaksudkan untuk menilai kelayakan perluasan asuransi kesehatan sosial ke sektor swasta yang memiliki ciri berbeda dengan sektor publik. Akhirnya setelah 5 tahun masa uji coba, program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Tenaga Kerja dinilai layak untuk masuk dalam program jaminan sosial.

Untuk lebih meningkatkan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi peserta dan agar dapat dikelola secara profesional, pemerintah menerbitkan PP (Peraturan Pemerintah) No. 22 Tahun 1984 tentang pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun (PNS, ABRI dan Pejabat Negara) beserta anggota keluarganya. Dengan PP No. 23 Tahun 1984, status badan penyelenggara diubah menjadi **Perusahaan Husada Bhakti** (PHB). Dengan perubahan menjadi PHB maka pengelolaan Askes yang pada waktu itu dikenal juga dengan kartu kuning, dapat dilaksanakan lebih fleksibel. Namun status perum juga dinilai kurang leluasa dalam pengembangan asuransi kesehatan kepada pihak diluar pegawai negeri.

Pada tahun 1991, pemerintah menetapkan PP No. 69/1991 tentang kepesertaan program jaminan pemeliharaan kesehatan yang dikelola PHB ditambah dengan Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya. Disamping itu, perusahaan diijinkan memperluas jangkauan kepesertaannya ke badan usaha dan badan lainnya sebagai peserta sukarela. Dengan ditetapkannya peraturan pemerintah tersebut kepesertaan dibagi menjadi dua kelompok yaitu peserta wajib dan peserta sukarela.

Untuk mendukung kegiatan tersebut pada tahun 1992 pemerintah menetapkan PP No. 6 Tahun 1992 tentang perubahan status Perum yang diubah

menjadi Perusahaan Perseroan (Persero) dengan pertimbangan fleksibilitas pengelolaan keuangan, kontribusi kepada pemerintah dapat dinegosiasikan untuk kepentingan pelayanan kepada peserta dan manajemen lebih mandiri. Dengan bentuk PT (Persero) ini yang kemudian disebut dengan PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia (PT Askes) diharapkan akan lebih memungkinkan untuk menjaring kepesertaan lebih banyak lagi terutama peserta sukarela dan geraknya pun semakin flexibel.

Di penghujung masa Orde Baru banyak dikeluarkan peraturan mengenai Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat (JPKM). Dalam periode ini terjadi pertentangan antar berbagai pelaku khususnya pelaku asuransi kesehatan dengan pengelola JPKM. Pertentangan tersebut terjadi akibat berbagai faktor antara lain: (a) Kurang fahamnya pelaku terhadap persamaan dan perbedaan arti asuransi kesehatan dan jaminan kesehatan. (b) *Battle of turf* untuk lahan kegiatan dalam sistem pembiayaan kesehatan antara Ditjen Binkesmas dengan pelaku asuransi kesehatan. Akibatnya pada periode kebijakan JPKM ada pengkaburan arti jaminan dan asuransi.

Hal yang menarik adalah Departemen Kesehatan (melalui direktorat PSM di Binkesmas) saat itu menjadi regulator lembaga JPKM. Akibatnya terjadi kegagalan *system governance* dalam sejarah perkembangan asuransi kesehatan dan jaminan sosial. Pihak regulator tidak mempunyai kemampuan melakukan fungsinya sehingga ada masalah *fraud* yang terjadi dan secara hukum kurang kuat. Adanya badan pelaksana JPKM di daerah yang stafnya merupakan staff Dinas Kesehatan setempat membuat *governance* sektor asuransi kesehatan dan jaminan menjadi tidak terkelola dengan baik. Tidak jelas siapa pelaku usaha dan siapa pengatur (regulator) sistem asuransi kesehatan (Prudential, 2013).

d. Periode Orde Reformasi

Periode ini ditandai dengan kebijakan yang menggunakan dana kompensasi kenaikan BBM dan dikeluarkannya UU No.40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Dalam UU SJSN, pemerintah menunjuk **PT Askes** sebagai pihak

yang mengurus jaminan pemeliharaan kesehatan bagi rakyat miskin. Program ini dikenal dengan istilah **Askeskin**.

Pada tahun 2005 PT. Askes (Persero) diberi tugas oleh Pemerintah melalui Departemen Kesehatan RI, sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1241/MENKES/SK/XI/2004 dan Nomor 56/MENKES/SK/I/2005, sebagai Penyelenggara Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (PJKMM/ASKESKIN). Prinsip Penyelenggaraan program ini mengacu pada: (a) Diselenggarakan secara serentak di seluruh Indonesia dengan azas gotong royong sehingga terjadi subsidi silang. (b) Mengacu pada prinsip asuransi kesehatan sosial. (c) Pelayanan kesehatan dengan prinsip managed care dilaksanakan secara terstruktur dan berjenjang. (d) Program diselenggarakan dengan prinsip nirlaba. (e) Menjamin adanya protabilitas dan ekuitas dalam pelayanan kepada peserta. (f) Adanya akuntabilitas dan transparansi yang terjamin dengan mengutamakan prinsip kehati-hatian, efisiensi dan efektifitas.

Setelah resmi menjadi undang-undang, 4 bulan berselang UU SJSN kembali terusik. Pada bulan Januari 2005, kebijakan ASKESKIN membuat beberapa daerah ke MK (Mahkamah Konstitusi) untuk menguji UU SJSN terhadap UUD Negara RI Tahun 1945. Menurut beberapa daerah penetapan 4 BUMN sebagai Badan Pelaksana Jaminan Sosial di dalam UU SJSN dipahami sebagai monopoli dan menutup kesempatan daerah untuk menyelenggarakan jaminan sosial. Pada tanggal 31 Agustus 2005, MK menganulir 4 ayat dalam Pasal 5 yang mengatur penetapan 4 BUMN tersebut dan memberi peluang bagi daerah untuk membentuk BPJS Daerah (BPJSD).

Putusan MK semakin memperumit penyelenggaraan jaminan sosial di masa transisi. Pembangunan kelembagaan SJSN yang semula diatur dalam satu paket peraturan dalam UU SJSN, kini harus diatur dengan UU BPJS. Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) pun akhirnya baru terbentuk. Pemerintah secara resmi membentuk DJSN lewat Keputusan Presiden (Keppres) Nomor 110 tahun 2008 tentang pengangkatan anggota DJSN tertanggal 24 September 2008.

Pembahasan RUU BPJS berjalan alot dan memakan waktu cukup lama. Tim Kerja Menko Kesra dan Tim Kerja Meneg BUMN, yang notabene keduanya adalah

Pembantu Presiden, tidak mencapai titik temu. RUU BPJS tidak selesai dirumuskan hingga tenggat peralihan UU SJSN pada 19 Oktober 2009 terlewat. Seluruh perhatian tercurah pada RUU BPJS sehingga perintah dari 21 pasal yang mendelegasikan peraturan pelaksanaan terabaikan. Hasilnya, penyelenggaraan jaminan sosial Indonesia gagal menaati semua ketentuan UU SJSN yaitu 5 tahun.

Pada tahun 2010 Dewan Perwakilan Rakyat (DPR) mengambil alih perancangan RUU BPJS. Perdebatan konsep BPJS kembali mencuat ke permukaan sejak DPR mengajukan RUU BPJS inisiatif DPR kepada Pemerintah pada bulan Juli 2010. Bahkan area perdebatan bertambah, selain bentuk badan hukum, Pemerintah dan DPR tengah berseteru menentukan siapa BPJS dan berapa jumlah BPJS. Dikotomi BPJS multi dan BPJS tunggal tengah diperdebatkan dengan sengit.

Pro dan kontra keberadaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) akhirnya berakhir pada 29 Oktober 2011, ketika DPR RI sepakat dan kemudian mengesahkannya menjadi Undang-Undang no. 24 tahun 2011 tentang BPJS.

Setelah melalui proses panjang yang melelahkan mulai dari puluhan kali rapat di mana setidaknya dilakukan tak kurang dari 50 kali pertemuan di tingkat Pansus, Panja, hingga proses formal lainnya. Sementara di kalangan operator hal serupa dilakukan di lingkup empat BUMN penyelenggara program jaminan sosial meliputi PT Jamsostek, PT Taspen, Asabri, dan PT Askes.

Perubahan dari 4 PT (Persero) yang selama ini menyelenggarakan program jaminan sosial menjadi 2 BPJS sudah menjadi perintah Undang-Undang, karena itu harus dilaksanakan. Perubahan yang multi dimensi tersebut harus dipersiapkan dengan sebaik-baiknya agar berjalan sesuai dengan ketentuan UU BPJS. Pasal 60 ayat (1) UU BPJS menentukan BPJS Kesehatan mulai beroperasi menyelenggarakan program (Jaminan Kesehatan Nasional / JKN) pada tanggal 1 Januari 2014. Kemudian Pasal 62 ayat (1) UU BPJS menentukan PT Jamsostek (Persero) berubah menjadi BPJS Ketenagakerjaan pada tanggal 1 Januari 2014 BPJS Ketenagakerjaan dan menurut Pasal 64 UU BPJS mulai beroperasi paling lambat tanggal 1 Juli 2015.

Pada saat mulai berlakunya UU BPJS Kesehatan, Dewan Komisaris dan Direksi PT Askes (Persero) dan PT Jamsostek (Persero) ditugasi oleh UU BPJS untuk menyiapkan berbagai hal yang diperlukan untuk berjalannya proses transformasi atau perubahan dari Persero menjadi BPJS Kesehatan dengan status badan hukum publik. Perubahan tersebut mencakup struktur, mekanisme kerja dan juga kultur kelembagaan. Mengubah struktur, mekanisme kerja dan kultur kelembagaan yang lama, yang sudah mengakar dan dirasakan nyaman, sering menjadi kendala bagi penerimaan struktur, mekanisme kerja dan kultur kelembagaan yang baru, meskipun hal tersebut ditentukan dalam Undang-Undang.

Peserta program jaminan sosial di Indonesia, dibanding dengan Negara lainnya, masih terlalu sedikit (sekitar 20%). Manfaat yang diperoleh peserta juga masih sangat terbatas. Prinsip/sistem penyelenggaraan juga bervariasi, sehingga menimbulkan ketidakadilan sosial. Karena itu diperlukan Undang-Undang baru yang diharapkan dapat memayungi segenap penyelenggaraan program jaminan sosial, meningkatkan jumlah peserta, meningkatkan manfaat serta lebih berkeadilan yang kemudian dikenal sebagai Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Undang-Undang nomor 40/2004 ini mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). UU nomor 24 Tahun 2011 juga menetapkan Jaminan Sosial Nasional akan diselenggarakan oleh BPJS, yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Khusus untuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) akan diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang implementasinya telah dimulai 1 Januari 2014. Secara operasional, pelaksanaan JKN dituangkan dalam Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden, antara lain: Peraturan Pemerintah No.101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI); Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan; dan Peta Jalan JKN (Roadmap Jaminan Kesehatan Nasional).

Mendukung pelaksanaan tersebut, Kementerian Kesehatan memberikan prioritas kepada jaminan kesehatan dalam reformasi kesehatan. Kementerian Kesehatan mengeluarkan suatu regulasi berupa Peraturan Menteri, yang menjadi

payung hukum untuk mengatur antara lain pelayanan kesehatan, pelayanan kesehatan tingkat pertama, dan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Peraturan Menteri tersebut juga mengatur jenis dan plafon harga alat bantu kesehatan dan pelayanan obat dan bahan medis habis pakai untuk Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (Prudential, 2013).

2.1.6.2 Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN-KIS) di Indonesia

Asuransi kesehatan mengurangi risiko masyarakat menanggung biaya kesehatan dari kantong sendiri *out of pocket*, dalam jumlah yang sulit diprediksi dan kadang-kadang memerlukan biaya yang sangat besar. Untuk itu diperlukan suatu jaminan dalam bentuk asuransi kesehatan karena peserta membayar premi dengan besaran tetap. Dengan demikian pembiayaan kesehatan ditanggung bersama secara gotong royong oleh keseluruhan peserta, sehingga tidak memberatkan secara orang per orang.

Tetapi asuransi kesehatan saja tidak cukup. Diperlukan Asuransi Kesehatan Sosial atau Jaminan Kesehatan Sosial menyeluruh dan bersifat nasional (JKN). Hal tersebut karena; *Pertama*, premi asuransi komersial relatif tinggi sehingga tidak terjangkau bagi sebagian besar masyarakat. *Kedua*, manfaat yang ditawarkan umumnya terbatas. Sebaliknya, asuransi kesehatan sosial memberikan beberapa keuntungan sebagai berikut. *Pertama*, memberikan manfaat yang komprehensif dengan premi terjangkau. *Kedua*, asuransi kesehatan sosial menerapkan prinsip kendali biaya dan mutu. Itu berarti peserta bisa mendapatkan pelayanan bermutu memadai dengan biaya yang wajar dan terkendali, bukan “terserah dokter” atau terserah “rumah sakit”. *Ketiga*, asuransi kesehatan sosial menjamin *sustainability* (kepastian pembiayaan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan). *Keempat*, asuransi kesehatan sosial memiliki *portabilitas*, sehingga dapat digunakan di seluruh wilayah Indonesia. Oleh sebab itu, untuk melindungi seluruh warga, kepesertaan asuransi kesehatan sosial/JKN bersifat wajib.

Dengan demikian, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN-KIS) yang dikembangkan di Indonesia 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 No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, 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 gotongroyongan**; Gotong royong sesungguhnya sudah menjadi salah satu prinsip dalam hidup bermasyarakat dan juga merupakan salah satu akar dalam kebudayaan kita. Dalam SJSN, prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang berisiko tinggi, dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud karena kepesertaan SJSN bersifat wajib untuk seluruh penduduk, tanpa pandang bulu. Dengan demikian, melalui prinsip gotong- royong jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. (2) **Prinsip nirlaba**; Pengelolaan dana amanat oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah nirlaba bukan untuk mencari laba (*for profit oriented*). Sebaliknya, tujuan utama adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat, sehingga hasil pengembangannya, akan di manfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta. (3) **Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas**; Prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya. (4) **Prinsip portabilitas**; Prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia. (5) **Prinsip kepesertaan bersifat wajib**; Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional

(SJSN) dapat mencakup seluruh rakyat. (6) **Prinsip dana amanat;** Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta. (7) **Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial;** Dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta (Kemenkes, 2013).

Sedangkan peserta JKN adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Pekerja adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain. Pemberi Kerja adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum, atau badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja, atau penyelenggara negara yang mempekerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya. Peserta JKN meliputi: 1) Peserta penerima bantuan iuran (PBI) jaminan kesehatan 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) Pegawai Negeri Sipil 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; dan 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. Masa berlaku kepesertaan: a). Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional berlaku selama yang bersangkutan membayar iuran sesuai dengan kelompok peserta. b). Status kepesertaan akan hilang bila peserta tidak membayar iuran atau meninggal dunia. c). Ketentuan lebih lanjut terhadap hal tersebut diatas, akan diatur oleh Peraturan BPJS. Pentahapan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional dilakukan 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 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. Pembayaran iuran JKN dapat dilakukan diawal. BPJS Kesehatan menghitung kelebihan atau kekurangan iuran JKN sesuai dengan gaji atau upah peserta. Dalam hal terjadi kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran, BPJS Kesehatan memberitahukan secara tertulis kepada pemberi kerja dan/atau peserta paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak diterimanya iuran. Kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran

diperhitungkan dengan pembayaran Iuran bulan berikutnya. Untuk 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.

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-KIS yang diberikan.

Dalam program JKN-KIS, 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.

Sebagai bentuk pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugasnya, BPJS Kesehatan wajib menyampaikan pertanggungjawaban dalam bentuk laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan (periode 1 Januari sampai dengan 31 Desember). Laporan yang telah diaudit oleh akuntan publik dikirimkan kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN paling lambat tanggal 30 Juni tahun berikutnya. Laporan tersebut dipublikasikan dalam bentuk ringkasan eksekutif melalui media massa elektronik dan melalui paling sedikit 2 (dua) media massa cetak yang memiliki peredaran luas secara nasional, paling lambat tanggal 31 Juli tahun berikutnya (Kemenkes, 2013).

Jenis pelayanan JKN-KIS ada 2 (dua) jenis pelayanan yang akan diperoleh oleh peserta JKN-KIS, yaitu berupa pelayanan kesehatan (manfaat medis) serta akomodasi dan ambulans (manfaat non medis). Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. 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, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat. b) imunisasi dasar, meliputi Baccile Calmett Guerin (BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan Hepatitis B (DPT, HB), Polio, dan Campak. c) keluarga berencana, meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana. Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah. d) skrining kesehatan, 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 bekerja sama 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-KIS diselenggarakan oleh BPJS yang merupakan badan hukum publik milik negara yang bersifat non profit dan bertanggung jawab kepada 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 (JKN-KIS). *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. Sedangkan untuk pengawasan terhadap BPJS dilakukan secara eksternal dan internal. Pengawasan internal oleh organisasi BPJS meliputi: a) Dewan pengawas; dan b) Satuan pengawas internal. Sedangkan Pengawasan eksternal dilakukan oleh: a) DJSN; dan b) Lembaga pengawas independen. Kantor Pusat BPJS berada di ibu kota Negara, dengan jaringannya di seluruh kabupaten/kota.

2.2 Tinjauan Empiris

2.2.1 Telaah Penelitian Terdahulu

Beberapa penelitian telah dilakukan oleh para peneliti terdahulu menyangkut pengaruh kualitas pelayanan kesehatan (yang terdiri dari dimensi fasilitas fisik (*tangibles*), *kehandalan (reliability)*, *daya tanggap (responsiveness)*, *jaminan (assurance)*, dan empati (*empathy*)/SERVQUAL) terhadap kepuasan pasien dan loyalitas pasien, serta komunikasi terapeutik terhadap kepuasan pasien. Juga penelitian pengaruh kepuasan pasien terhadap loyalitas pasien. Berikut disajikan beberapa penelitian terkait variabel-variabel tersebut.

Lin, Xirasagar, dan Laditka (2004) melakukan penelitian berjudul *Patient perceptions of service quality in group versus solo practice clinics*. Tujuan penelitian ini untuk membandingkan persepsi pasien tentang kualitas layanan pada praktik pribadi dan kelompok, dan untuk menguji hubungan persepsi dengan 'potensi loyalitas pasien' (PPL), potensi untuk mencari layanan masa depan dari klinik yang sama. Desain penelitian adalah survei pada rujukan klinik rawat jalan yang dikelola sendiri, menggunakan kuesioner SERVQUAL yang disesuaikan yang diterjemahkan ke bahasa China, dengan item tambahan pada kepuasan keseluruhan dan bermaksud mengembalikan / merekomendasikan klinik kepada orang lain. Sampel dan subyek penelitian. Setiap rawat jalan ketiga pada semua praktik kelompok yang baru dimulai (empat) dan klinik solo (tiga belas) di Taiwan dalam 4-7 bulan sebelumnya, termasuk 150 dan 50 pasien dari masing-masing kelompok dan praktik solo, masing-masing untuk 1.250 pasien. Hasil penelitian ini adalah kualitas layanan yang dirasakan pada lima dimensi - *tangibles*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, dan *empathy* dan PPL. Semua konstruksi diukur pada skala lima poin. Setelah memperhitungkan efek acak dari lokasi klinis dan geografis, pasien kelompok praktek merasakan kualitas layanan secara signifikan

lebih tinggi pada semua dimensi dibandingkan dengan pasien praktik pribadi, setelah disesuaikan dengan usia, jenis kelamin, pendidikan, dan jenis penyakit. Semua dimensi kualitas layanan kecuali jaminan secara signifikan terkait dengan PPL setelah disesuaikan dengan jenis usia, jenis kelamin, pendidikan, dan penyakit, dan efek acak pada tingkat klinis dan lokasi geografis. Kesimpulan. Pasien merasakan kualitas pelayanan yang lebih baik pada praktik kelompok dibandingkan dengan praktik solo pada semua dimensi. Persepsi kualitas pasien merupakan prediktor signifikan PPL. Implikasinya terhadap praktik dokter baik internasional maupun di Taiwan dibahas, serta implikasi kebijakan untuk pemerintah Taiwan.

Zavareh, et al. (2012) melakukan penelitian dengan judul *E-Service Quality Dimensions and Their Effects on Ecustomer Satisfaction in Internet Banking Services*. Studi ini menilai penggunaan skala E-SERVQUAL untuk membangun e-Service Quality (e-SQ) untuk internet layanan perbankan. Selain itu, ia mencoba untuk menguji pengaruh e-SQ terhadap Kepuasan Pelanggan-e (e-CS). Membangun e-SQ untuk layanan internet banking dikembangkan untuk menentukan dimensi e-SQ berdasarkan instrumen E-SERVQUAL, dimensi yang digunakan untuk mengukur e-SQ di internet banking di Amerika Serikat, Hong Kong, Taiwan, Swedia dan Inggris, dan pendapat ahli. Data primer e-SQ dan e-CS adalah berasal dari 392 pengguna internet banking, mewakili 76% tingkat tanggapan, dari empat bank umum utama di Indonesia, Iran. Temuan tersebut menunjukkan bahwa layanan, pemenuhan, keamanan, kepercayaan, estetika situs yang efisien dan andal, responsiveness / contact, dan kemudahan penggunaan merupakan e-SQ untuk layanan internet banking di Iran; menunjukkan dimensi dan item E-SERVQUAL perlu direorganisasi dan ditafsirkan ulang bila sudah terbiasa ukur e-SQ untuk internet banking. Ada hubungan positif yang signifikan antara e-SQ dan e-CSI di Indonesia internet banking Analisis regresi yang dilakukan menunjukkan bahwa keamanan / kepercayaan, estetika situs, dan kemudahan penggunaan layanan internet banking memiliki efek positif pada e-CS.

Segoro, W (2013) melakukan penelitian berjudul *The Influence of Perceived Service Quality, Mooring Factor, and Relationship Quality on Customer Satisfaction and Loyalty*. Tujuan penelitian ini menganalisa hubungan antara faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan dan loyalitas pelanggan, penelitian ini

menetapkan beberapa pengukuran pada masing-masing faktor / variabel Persepsi pelanggan terhadap kualitas layanan diukur dengan dimensi kualitas panggilan, struktur harga, mobile perangkat, layanan nilai tambah, kenyamanan dalam prosedur, dan dukungan pelanggan. Faktor tambat diukur dengan sikap, pengaruh sosial, biaya switching, perilaku switching sebelumnya, dan pencarian varietas. Kualitas hubungan diukur dengan dimensi kepercayaan, keakraban dan kemitraan. Kepuasan pelanggan diukur dengan dimensi harga, fungsional, teknis, dan emosional. Yang terakhir, loyalitas pelanggan diukur dengan dimensi loyalitas kognitif, loyalitas afektif, konatif kesetiaan dan loyalitas tindakan. Untuk mengukur semua konstruksi dan indikator, penelitian ini mendistribusikan kuesioner kepada 370 siswa yang berlangganan layanan operator seluler di delapan universitas di Bandung. Metode analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah Structural Pemodelan Persamaan (SEM). Hasil penelitian membuktikan bahwa persepsi pelanggan terhadap kualitas layanan dan kualitas hubungan memiliki korelasi positif dengan faktor mooring. Kemudian, persepsi terhadap kualitas pelayanan berpengaruh positif terhadap pelanggan kepuasan. Di sisi lain, faktor tambat dan kualitas hubungan tidak berpengaruh langsung terhadap kepuasan pelanggan. Namun, faktor tambat terbukti memoderatori variabel kualitas layanan dan kualitas hubungan terhadap kepuasan pelanggan dan memiliki hubungan positif. Apalagi persepsi pelanggan terhadap kualitas layanan, kualitas hubungan, dan pelanggan Kepuasan memiliki pengaruh positif langsung terhadap loyalitas pelanggan.

Ariff, M.S. et al. (2012) melakukan penelitian berjudul *The Impacts of Service Quality and Customer Satisfaction on Customer Loyalty in Internet Banking*. Studi ini menguji hubungan dan dampak e-SQ dan e-Satisfaction terhadap e-Loyalitas pada internet banking. Yang dimodifikasi Versi instrumen E-SERVQUAL digunakan untuk menentukan e-SQ untuk layanan internet banking dari bank umum di Malaysia. Kuesioner dikumpulkan secara acak dari 265 pengguna internet banking. Temuan menunjukkan bahwa pemenuhan jaminan, ketersediaan sistem efisiensi; privasi, tanggap kontak dan estetika dan panduan situs web merupakan e-SQ untuk internet layanan perbankan Website estetika dan

panduan, ketersediaan sistem efisiensi dan ketangguhan kontak internet e-SQ perbankan secara positif mempengaruhi e-Satisfaction. E-Satisfaction positif signifikan terhadap e-Loyalty. e-Loyalty itu menemukan sebagian memediasi hubungan estetika dan Panduan Situs e-SQ dan e-Loyalitas pelanggan. Hasil menyoroti bahwa daya tarik dan penampilan, dan informasi dan bimbingan yang diberikan oleh situs web adalah fitur penting bagi pengguna internet banking. Temuan ini mencerminkan bahwa di internet banking, disamping teknis dan fungsionalitasnya aspek -SQ, seperti efisiensi, pemenuhan dan ketersediaan sistem, nilai estetika dan bimbingan yang tepat situs web juga penting untuk memastikan kualitas e-SQ yang akan menghasilkan e-Satisfaction dan e-Loyalty.

Kranias, A, dan M. Bourlessa (2013) melakukan penelitian tentang *Investigating the relationship between service quality and loyalty in Greek banking sector*. Dalam kualitas layanan lingkungan ekonomi yang bergejolak saat ini adalah aset tak ternilai yang harus dikelola oleh bank bertahan dan mendapatkan keunggulan kompetitif. Penelitian ini menilai dan membandingkan tingkat persepsi kualitas layanan ditawarkan oleh berbagai bank Yunani. Perbedaan signifikan ditemukan antara bank-bank Yunani mengenai persepsi kualitas layanan perbankan mereka. Selain itu, penelitian ini meneliti hubungan yang sangat diperdebatkan antara kualitas layanan dan loyalitas layanan. Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa kenyamanan kedekatan bank berdampak signifikan atas loyalitas nasabah bank.

Trarintya, M.A.P (2015) melakukan penelitian tentang Pengaruh Kualitas Layanan Dan Harga Terhadap Kepuasan Serta Loyalitas pada Pasien Rawat Inap Kelas I Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Sanglah. Tujuannya penelitian ini menjawab permasalahan utama yang meliputi: a) adalah kualitas layanan dan mempengaruhi kepuasan pasien, baik secara parsial atau simultan, b) jika pelayanan dan loyalitas kepada pasien baik secara parsial maupun simultan dan c) jika layanan, dan harga, terpengaruh dengan kepuasan loyalitas pasien. Penelitian dilakukan di RSUP Sanglah. Itu salah satu rumah sakit yang bisa diteliti. Sample yang digunakan dalam penelitian ini sebanyak 110 orang yang rawat inap di ruang

kelas 1. Dengan teknik pengambilan sampel purposive. Data dianalisis dengan menggunakan analisis jalur. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kualitas pelayanan dan harga secara signifikan memuaskan kepuasan pasien serta loyalitas yang baik secara bersamaan atau dengan sebagian. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa kepuasan dapat berdampak pada pasien dan kesetiaan dapat menjadi variabel intervensi yang memperkuat kualitas hubungan dan layanan loyalitas pasien.

Sibrani dan Riani (2017) melakukan penelitian dengan judul *The Effect of Health Service Quality and Brand Image on Patients Loyalty, With Patients Satisfaction as Mediating Variable (A Study in Vip Ward Of Prof. Dr R Soeharso Ortopedics Hospital In Surakarta*. Tujuan utama dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh kualitas layanan dan citra merek terhadap loyalitas pasien, dengan kepuasan pasien sebagai variabel perantara. Untuk mengetahui determinan kepuasan pasien, penelitian ini difokuskan pada pasien rawat inap, terutama mereka yang berada di bangsal VIP, Rumah Sakit Ortopedi Prof Dr R Soeharso Surakarta, Jawa Tengah, Indonesia. Metode penelitian yang digunakan adalah survei, yang dilakukan dengan menyebarkan kuesioner langsung kepada pasien yang disurvei. Responden dari penelitian ini terdiri dari 211 pasien rawat inap. Data yang terkumpul dianalisis dengan metode SEM. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas pelayanan mempengaruhi kepuasan pasien melalui *brand image* dan kualitas pelayanan. Bersamaan, kualitas layanan dan kualitas merek mempengaruhi kualitas pasien.

Neupane R. Dan M. Devkota (2017) melakukan penelitian dengan judul *Evaluation of the Impacts of Service Quality Dimensions on Patient/ Customer Satisfaction: A Study of Private Hospitals in Nepal*. Tujuan utama dari penelitian ini adalah untuk menguji dampak dimensi kualitas pelayanan terhadap kepuasan pasien sebagai studi rumah sakit swasta di Nepal. Penelitian ini juga mengevaluasi persepsi pasien tentang kualitas layanan yang ditawarkan rumah sakit swasta dan tingkat kepuasan mereka. Penelitian dilakukan melalui pengaruh filosofi positivisme dan pendekatan deduktif. Kedua hipotesis itu dihasilkan dengan

bantuan pengetahuan dan literatur yang ada terkait dengan kualitas layanan dan kepuasan pelanggan/pasien. Hipotesis yang dirumuskan diuji melalui pengumpulan data primer dari pelanggan / pasien rumah sakit swasta di Nepal. Survei kuesioner digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini. Berbeda lima faktor dimensi SERVQUAL dan empat faktor kepuasan pasien: harga, citra, persepsi kualitas dan kenyamanan digunakan untuk menganalisis kualitas pelayanan dan pasien kepuasan masing-masing. Sampel dari 490 pasien dari 10 rumah sakit swasta yang berbeda yang semuanya berbasis di Kathmandu. Hasilnya menunjukkan bahwa setiap dimensi kualitas layanan berkorelasi positif dengan kepuasan pasien, dan keseluruhan layanan. Kualitas dan kepuasan pasien memiliki koefisien korelasi 0,719 yang signifikan pada tingkat 0,01. Ini menyiratkan itu kualitas pelayanan dan kepuasan pasien berkorelasi positif satu sama lain. Hasilnya menunjukkan kualitas layanan memiliki dampak positif yang kuat terhadap kepuasan pasien karena analisis regresi menunjukkan bahwa kualitas layanan berpengaruh signifikan dampak pada kepuasan pasien sebagai $r = 0,719$ dan $P = 0,000$ yang kurang dari 0,05. Begitu pula hasilnya juga menunjukkan hal itu rumah sakit swasta di Nepal memberikan tingkat kualitas layanan yang tinggi dalam pandangan pasien/pelanggan; dan ada tingkat tinggi kepuasan pasien di rumah sakit swasta di Nepal.

Jeyasudha dan Jawaharrani (2016) melakukan penelitian dengan judul *Impact of Perceived Service Quality on Patient Satisfaction and Loyalty in Private Health Care Centres with special reference to Chennai City: A Structural Equation Modeling Approach*. Tujuannya dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui dampak kualitas pelayanan terhadap kepuasan pasien dan loyalitas pasien di industri perawatan kesehatan swasta di Chennai, Tamil Nadu, dengan menggunakan pendekatan pemodelan persamaan struktural. Skala kualitas layanan dikembangkan berdasarkan instrumen SERVQUAL yang dikembangkan oleh Parasuraman dan rekan-rekannya; dan dimodifikasi menurut industri kesehatan. Instrumen survei dikembangkan untuk mengukur pengaruh kualitas pelayanan terhadap pasien kepuasan dan kesetiaan mereka di kota Chennai. Teknik sampling stratified random sampling digunakan untuk memilih sampel dari pusat layanan

kesehatan swasta terpilih. Kuesioner terstruktur digunakan untuk mengumpulkan data primer. Kuesioner survei didistribusikan di antara pasien yang telah menjalani perawatan di pusat kesehatan terpilih dan yang datang untuk pemeriksaan kesehatan secara berkala. Ukuran sampel survei adalah 562. Data diperiksa menggunakan IBM SPSS 23.0 dan IBM AMOS 23.0. Hasil yang ditunjukkan dalam model yang diusulkan sudah sesuai dan dimensi kualitas layanan yang dirasakan memiliki dampak yang kuat terhadap kepuasan dan loyalitas pasien.

Patawyati, et al. (2013) melakukan penelitian berjudul *Patient Satisfaction, Trust and Commitment: Mediator of Service Quality and Its Impact on Loyalty (An Empirical Study in Southeast Sulawesi Public Hospitals)*. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengkonseptualisasikan kualitas layanan rumah sakit menjadi indikator komponennya dari perspektif pasien. Lebih khusus lagi, penelitian ini bertujuan untuk menguji dan menjelaskan secara empiris mediator hubungan antara kepuasan pasien, kepercayaan, komitmen dan loyalitas di rumah sakit umum Sulawesi Tenggara di Indonesia. Penelitian ini menggunakan pendekatan survei kuesioner untuk mendapatkan persepsi pasien. Instrumen yang dikembangkan telah divalidasi menggunakan uji reliabilitas, validitas dan unitdimensionalitas. Data dianalisis dengan menggunakan pemodelan persamaan struktural. Hasilnya menunjukkan bahwa Kualitas layanan memiliki efek positif dan signifikan terhadap kepuasan pasien, dan kepercayaan dan komitmen pasien secara signifikan mempengaruhi loyalitas pasien. Namun, kepuasan pasien tidak berpengaruh signifikan terhadap loyalitas pasien. Selain itu, kepercayaan dan komitmen pasien secara positif dipengaruhi oleh kepuasan pasien. Selanjutnya, penelitian ini dapat membuktikan adanya peningkatan kepuasan pasien yang mampu meningkatkan loyalitas pasien melalui mediasi peran kepercayaan dan komitmen pasien (mediasi lengkap), namun kepuasan pasien tidak memediasi hubungan antara kualitas pelayanan terhadap loyalitas pasien. Akhirnya, komitmen pasien tingkat tinggi terbukti menjadi mediator parsial hubungan antara kepercayaan terhadap loyalitas pasien. Orisinalitas penelitian ini mengkonseptualisasikan kualitas layanan rumah sakit sebagai kerangka lima indikator. Selanjutnya, ini juga menyajikan terpadu

model hubungan antara kualitas pelayanan, kepuasan pasien dan loyalitas, dengan kepercayaan pasien dan komitmen sebagai mediator di rumah sakit umum provinsi Sulawesi Tenggara.

Sutharjana, et al. (2013) melakukan penelitian dengan judul *Organizational Citizenship Behavior Effect On Patient Satisfaction And Loyalty Through Service Quality (Study On Maternity Hospitals In Indonesia)*. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menguji peran OCB dalam meningkatkan kualitas pelayanan, kepuasan pasien dan loyalitas pasien. Survei dilakukan terhadap wanita yang telah melahirkan di Rumah Sakit Bersalin di Denpasar, sebanyak 160 orang. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan teknik analisis SEM. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perilaku OCB memang dapat meningkatkan kualitas pelayanan secara signifikan; Namun demikian OCB belum dapat secara langsung dan secara signifikan meningkatkan loyalitas pasien. Selain itu, kualitas pelayanan dan kepuasan pasien sangat mampu dalam menengahi efek OCB terhadap loyalitas pasien. Implikasi praktis dari penelitian ini adalah bahwa Rumah Sakit Bersalin di masa depan harus memprioritaskan dalam meningkatkan kualitas layanan dan kepuasan pasien untuk mencapai loyalitas pasien.

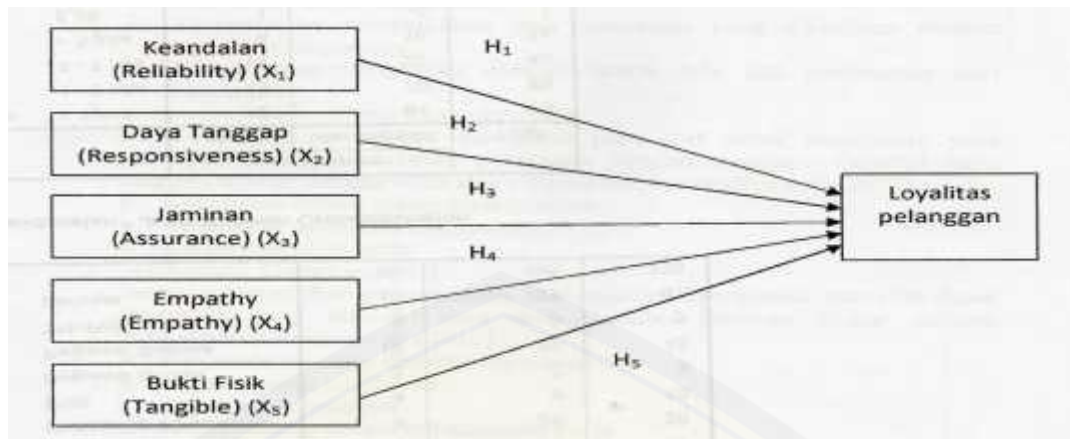
Mahanani, P dan D.D Karya (2016) melakukan penelitian yang berjudul *Loyalitas Pasien Rawat Inap Melalui Layanan BPJS Kesehatan (Studi pada RSI Jemursari Surabaya)*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efeknya kualitas pelayanan terhadap loyalitas pelanggan. Dalam hal ini kepuasan pelanggan adalah sesuatu yang perlu dipenuhi terlebih dahulu sebelum konsumen sampai pada tahap loyalitas. Responden ini Studi rawat inap di RSI Jemursari Surabaya sebanyak 100 orang yang menggunakan layanan ini BPJS kelas tiga. Penelitian ini menggunakan metode survei dan dianalisis dengan menggunakan analisis jalur dengan *Partial Least Square* (PLS). Hasil dari penelitian ini adalah kualitas pelayanan yang memiliki pengaruh pada loyalitas dengan mediasi kepuasan konsumen. Kesetiaan bisa terjadi jika kepuasan dirasakan oleh konsumen. Dengan demikian, dalam penelitian ini, kepuasan pelanggan merupakan variabel perantara untuk hubungan antara variabel kualitas layanan dan loyalitas pelanggan.

Abdurrouf M. Dan D.W.P. Sari (2017) melakukan penelitian dengan judul Model Loyalitas Pasien Berbasis Kualitas Pelayanan Rumah Sakit Islam di Semarang. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis loyalitas pasien dan menyusun model peningkatan loyalitas pasien berbasis kualitas pelayanan rumah sakit. Subyek penelitian ini adalah pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam di wilayah Semarang, tehnik sampling yang digunakan adalah purposive sampling dengan jumlah 100 responden. Metode penelitian ini adalah metode survai analitik menggunakan pendekatan *cross sectional*. Tehnik analisis data dalam penelitian ini digunakan *Structural Equation Modelling (SEM)*. Hasil dalam penelitian ini adalah Pelayanan keperawatan, pelayanan operasional, kualitas pelayanan, berhubungan secara positif dengan loyalitas pasien dan menunjukkan hubungan yang signifikan. Pelayanan medis berhubungan secara positif dengan loyalitas pasien dan menunjukkan hubungan yang tidak signifikan. Jenis kelamin berhubungan secara positif dengan pelayanan medis, namun tidak menunjukkan hubungan yang signifikan, sedangkan hubungan antara jenis kelamin dengan pelayanan keperawatan, pelayanan operasional, kualitas pelayanan keseluruhan dan loyalitas pasien tidak berhubungan secara signifikan. Implikasi penelitian ini dapat menjadi acuan dalam meningkatkan kualitas pelayanan di rumah sakit sehingga loyalitas pasien kepada rumah sakit meningkat.

Adil, A. et al. (2016) mengadakan penelitian dengan judul Pengaruh Kualitas Pelayanan dan Biaya terhadap Kepuasan dan Loyalitas Pasien RSUD Kota Bogor. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh kualitas pelayanan dan biaya terhadap kepuasan dan loyalitas pasien. Penelitian ini menggunakan data primer yang diperoleh melalui wawancara dan pengisian kuesioner terhadap pasien Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Bogor. Metode analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Structural Equation Modeling (SEM)*. Hasil analisis *Partial Least Square (PLS)* menunjukkan kualitas pelayanan dan biaya berpengaruh signifikan terhadap kepuasan pasien. Kualitas pelayanan memiliki pengaruh signifikan terhadap loyalitas pasien sedangkan biaya tidak berpengaruh signifikan

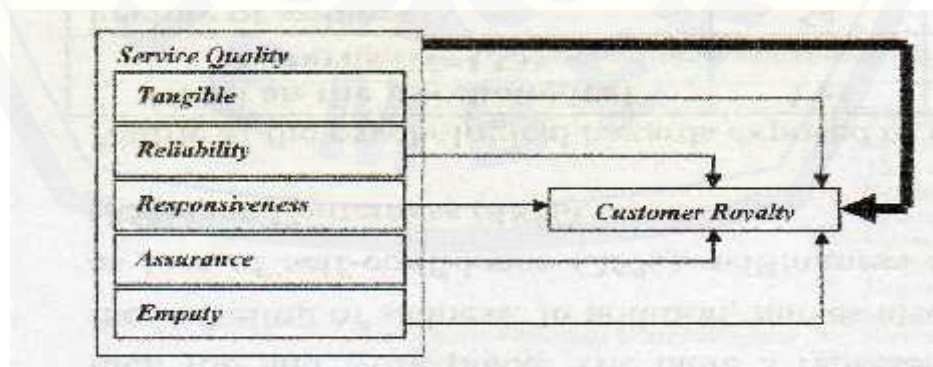
terhadap loyalitas pasien. Penelitian ini juga menunjukkan kepuasan pasien berpengaruh signifikan terhadap loyalitas pasien. Berdasarkan hasil penelitian ini, RSUD Kota Bogor perlu terus meningkatkan kualitas pelayanan dan biaya karena mempunyai pengaruh langsung terhadap kepuasan pasien. Kepuasan pasien yang meningkat secara signifikan meningkatkan loyalitas pasien.

Arab M. dan Tabatabaei (2012) melakukan penelitian berjudul *The Effect of Service Quality on Patient loyalty: a Study of Hospitals in Tehran, Iran*. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui kualitas pelayanan rumah sakit dari sudut pandang pasien dan pentingnya dimensi kualitas dalam memprediksi loyalitas pasien. Sebuah studi *cross-sectional* dilakukan pada tahun 2010. Sampel penelitian terdiri dari 943 pasien yang dipilih dari delapan rumah sakit umum di Teheran. Instrumen survei adalah kuesioner yang memasukkan 24 item tentang kualitas layanan dan 3 item tentang loyalitas pasien. Analisis faktor eksplorasi digunakan untuk mengekstraksi dimensi kualitas layanan. Selain itu, analisis regresi dilakukan untuk menentukan kepentingan relatif dimensi kualitas layanan dalam memprediksi loyalitas pasien. Hasil penelitian skor rata-rata kualitas layanan dan loyalitas pasien masing-masing adalah 3,99 dan 4,16 dari 5. Sekitar 29% varians loyalitas dijelaskan oleh dimensi kualitas layanan. Empat dimensi kualitas (*Costing, Quality Process, Kualitas Interaksi dan Kualitas Lingkungan*) ditemukan sebagai faktor penentu utama loyalitas pasien di rumah sakit umum di Teheran. Kesimpulan dari riset ini adalah pengalaman pasien dalam kaitannya dengan layanan rumah sakit umum memiliki dampak yang kuat pada variabel hasil seperti kemauan untuk kembali ke rumah sakit yang sama dan menggunakan kembali jasanya atau merekomendasikannya kepada orang lain. Hubungan antara kualitas layanan dan loyalitas pasien membuktikan pentingnya strategis untuk meningkatkan kualitas layanan untuk menyeret dan mempertahankan pasien dan memperluas pangsa pasar.



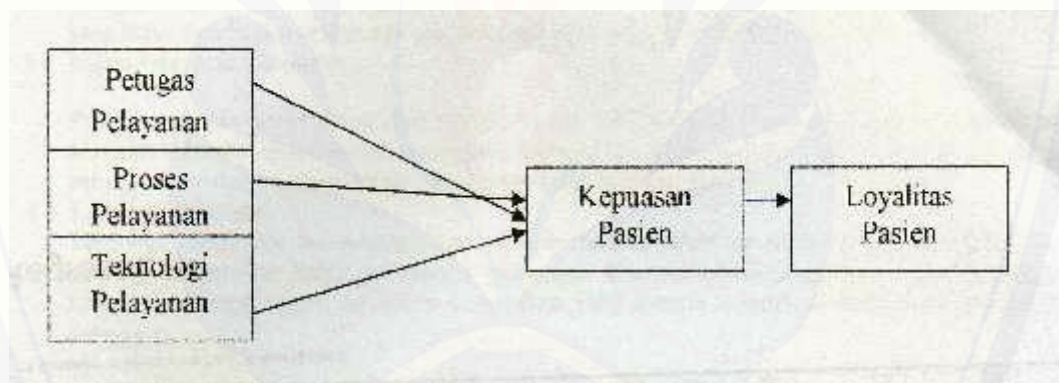
Gambar 2.1 Model Penelitian Arab M. dan Tabatabaei (2012)

Gunawan K. dan S.P. Djati (2011) melakukan penelitian dengan judul Kualitas Layanan dan Loyalitas Pasien (Studi pada Rumah Sakit Umum di Kota Singaraja Bali). Kualitas layanan yang terdiri dari tampilan fisik (*tangibles*), empati (*emphaty*), kehandalan (*reliability*), daya tanggap (*responsiveness*), jaminan (*assurance*), dan empati (*emphaty*) berpengaruh secara parsial terhadap loyalitas pasien. Sedangkan keenam dimensi ini serta dimensi jaminan, berpengaruh secara simultan terhadap loyalitas pasien. Kehandalan (*reliability*) merupakan dimensi yang mempunyai pengaruh dominan terhadap loyalitas pasien. Hasil analisis secara parsial menunjukkan bahwa dimensi jaminan (*assurance*) tidak berpengaruh terhadap loyalitas pasien. Kehandalan (*reliability*) sebagai dimensi yang mempunyai pengaruh dominan terhadap loyalitas pasien. Dengan demikian, dimensi ini harus mampu dipertahankan dan ditingkatkan secara berkelanjutan. Berdasarkan hasil-hasil penelitian, maka Rumah Sakit Umum di kota Singaraja-Bali hendaknya memperhatikan kualitas layanannya.



Gambar 2.2 Model Penelitian Gunawan K. dan S.P. Djati, (2011)

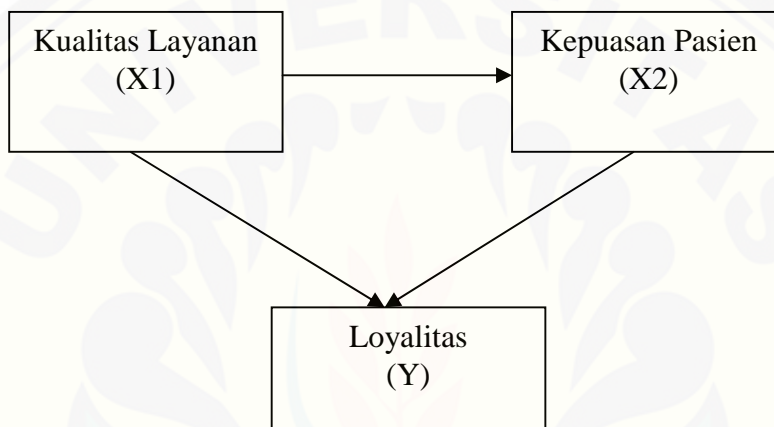
Qomariah, N. (2015) melakukan penelitian dengan judul Pengukuran Kepuasan dan Loyalitas Pasien Rumah Sakit Berbasis Customer Relationship Management. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh *Customer Relationship Management* (orang, proses dan teknologi) terhadap kepuasan dan loyalitas pasien di Klinik Primer dr. Suherman Universitas Muhammadiyah Jember. Populasi penelitian ini adalah semua pasien yang dirawat di Klinik Primer dr. Suherman Universitas Muhammadiyah Jember. Metode pengambilan sampel adalah purposive sampling dengan metode jumlah 100 pasien. Penelitian ini dilakukan dengan menyebarkan kuesioner kepada pasien di Sekolah Dasar Klinik Dr. Suherman Universitas Muhammadiyah Jember. Metode penelitian yang menggunakan banyak linier analisis regresi. Hasilnya menunjukkan bahwa layanan klinis, proses perawatan klinis dan layanan klinis pengaruh teknologi terhadap kepuasan pasien. Sedangkan kepuasan pasien juga dipengaruhi oleh loyalitas pasien di Klinik Primer dr.M.Suherman Universitas Muhammadiyah Jember.



Gambar 2.3 Model Penelitian Qomariah, N. (2015)

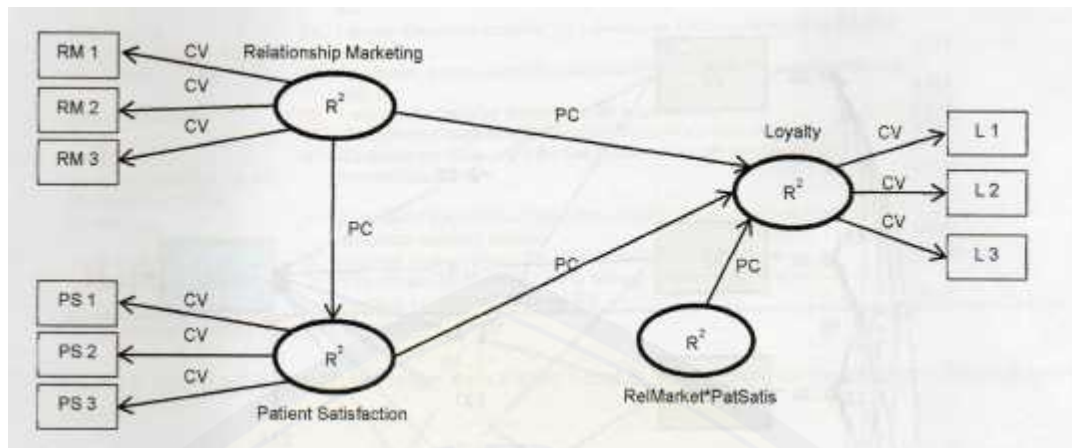
Alhasan *et al.* (2014) meneliti dengan judul Kualitas Pelayanan Pengaruhnya Terhadap Kepuasan Pasien dalam Meningkatkan Loyalitas Pasien peserta Nasional Health Insurance Upper West Region, Ghana. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh kualitas layanan (X1) terhadap loyalitas pasien (Y), pengaruh kepuasan pasien (X2) terhadap loyalitas (Y) dan sekaligus ingin mengetahui peran Kepuasan pasien sebagai variabel mediasi pengaruh kualitas layanan terhadap Loyalitas pasien. Jenis penelitian ini adalah bersifat kuantitatif dengan rancangan penelitian tanpa perlakuan (observasional) analitik melalui pendekatan *cross sectional*. Populasi pada penelitian ini adalah semua pasien yang melakukan kunjungan

ulang Pasien peserta *Nasional Health Insurance* Upper West Region, Ghana. Dalam penelitian ini digunakan 200 sampel. Sedangkan teknik sampling yang digunakan adalah *non probability sampling*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas layanan berpengaruh terhadap kepuasan pasien dan kepuasan pasien berpengaruh terhadap loyalitas pasien. Selain itu, kepuasan pasien menjadi mediator pengaruh antara kualitas layanan terhadap loyalitas pasien. Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh kualitas layanan terhadap loyalitas pasien yang dimediasi oleh kepuasan pasien Pasien peserta *Nasional Health Insurance* Upper West Region, Ghana.



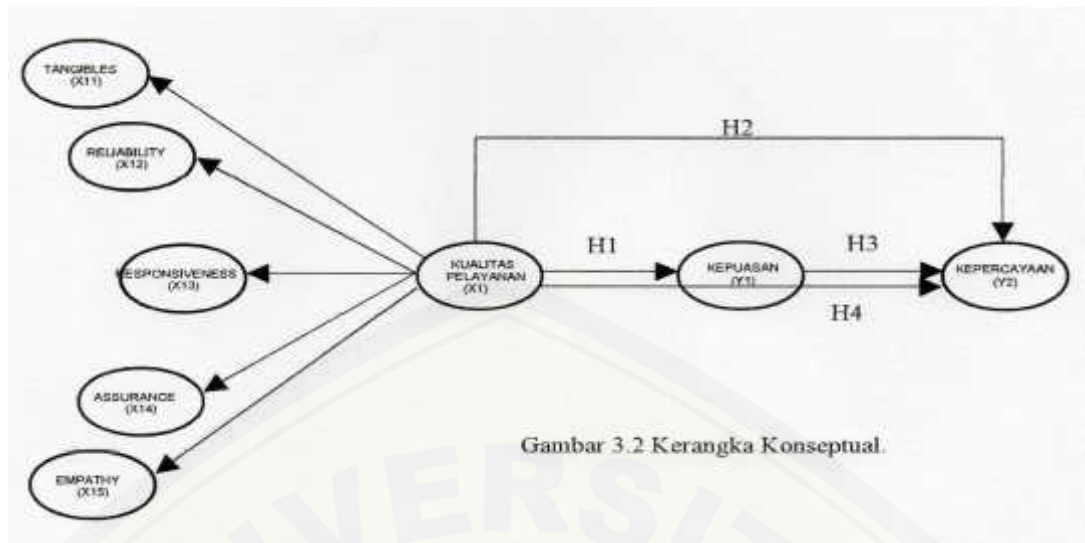
Gambar 2.4 Model Penelitian Alhasan *et al.* (2014)

Astuti, H.J. dan K. Nagase. (2014) dari Kanazawa University, meneliti tentang *Patient Loyalty To Healthcare Organizations: Relationship Marketing And Satisfaction*. Penelitian ini menguji model loyalitas pasien dari perspektif hubungan pemasaran dan kepuasan pasien. Data dianalisis dalam dua tahap terpisah namun berurutan dengan menggunakan pemodelan persamaan struktural dengan kuadrat parsial. Kepuasan pasien secara langsung mempengaruhi loyalitas, namun tidak memediasi hubungan antara relationship marketing dan loyalitas. Meskipun penyedia layanan kesehatan dapat meningkatkan kepuasan pasien dengan menunjukkan kepercayaan dan komitmen dan dengan penggunaan barang keterampilan komunikasi, faktor-faktor ini tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap loyalitas meskipun dampaknya secara keseluruhan.



Gambar 2.5 Model Penelitian Astuti dan Nagase (2014)

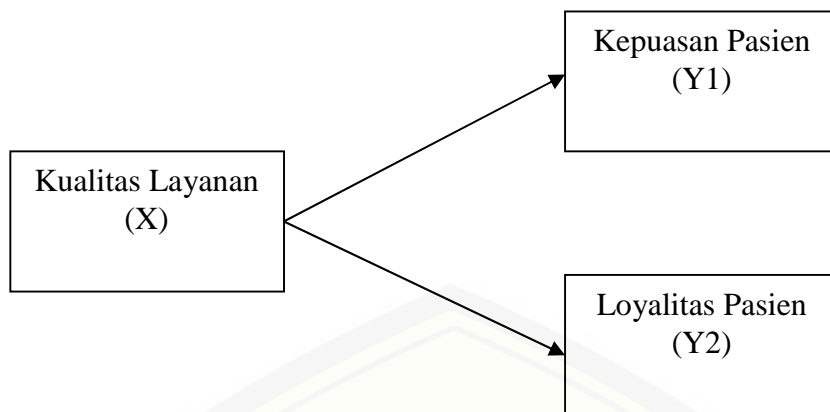
Mulyana (2010) meneliti 118 pasien yang sedikitnya satu kali pernah merasakan jasa layanan rawat inap di Rumah Sakit Ganesha Gianyar Bali. Penelitian ini menggunakan metode *stratified random sampling*. Variabel dalam penelitian ini adalah kualitas layanan sebagai variabel *exogenous*, Kepuasan sebagai variabel *interviening*, kepercayaan sebagai variabel *endogenous*. Sikap responden diukur dengan menggunakan skala *Likert 5*, dan pengujian hipotesis penelitian digunakan teknik analisis SEM (*Structural Equation Modelling*), dengan alat bantu AMOS (*analysis of Moment Structure*) versi 6.0. Hasil analisis data dengan menggunakan SEM dan diperoleh hasil pengaruh langsung yang sangat kuat kualitas pelayanan terhadap kepuasan sebesar 78 %, pengaruh yang lemah antara kualitas layanan terhadap kepercayaan sebesar 31 %, dan pengaruh yang kuat antara kepuasan terhadap kepercayaan sebesar 58 %. Disamping itu terdapat pengaruh tidak langsung yang cukup kuat dari kualitas layanan terhadap kepercayaan melalui kepuasan sebesar 46 %. Simpulan dari penelitian ini adalah kualitas pelayanan secara langsung berpengaruh kuat terhadap kepuasan dan secara tidak langsung berpengaruh cukup kuat terhadap kepercayaan pasien rawat inap RS. Ganesha Gianyar Bali.



Gambar 3.2 Kerangka Konseptual.

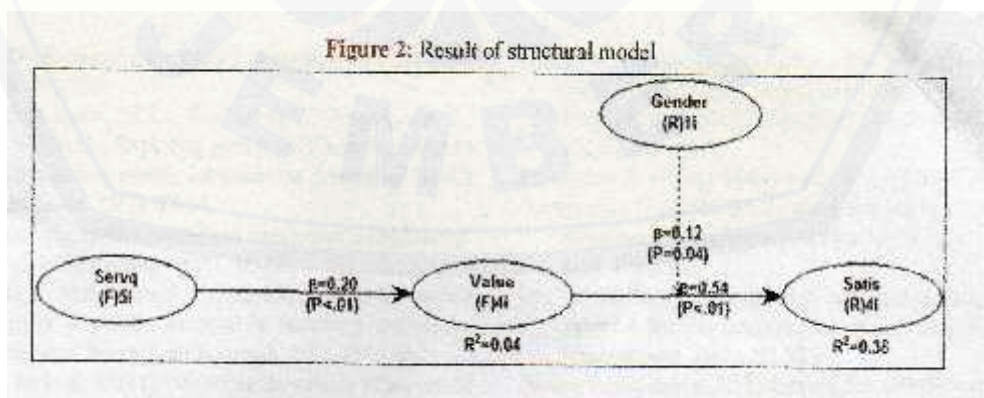
Gambar 2.6 Model Penelitian Mulyana (2010)

Rizal, Suardi, dan Yuliharsi, (2015) meneliti 105 pasien rawat inap di dibergabai RSUD kota Padang. Rancangan jenis penelitian ini adalah *probability sampling*, dengan populasi pasien dilingkungan rumah sakit umum pemerintah di kota Padang, yaitu RSUP Dr. M. Djamil Padang, RSUD Dr. Rasidin Padang dan RST Dr. Reksodiwiryono Padang yang pernah berobat menggunakan kartu BPJS Kesehatan dari Januari sampai Juni 2014. Variabel penelitian ini kualitas pelayanan farmasi (X1) kepuasan pasien (Y1) dan loyalitas pasien (Y2). Analisis data dilakukan dengan menggunakan Analisis Regresi Berganda, R Square, Uji t dan *path analysis* dengan SPSS versi 11.5. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kualitas pelayanan berpengaruh terhadap kepuasan pasien pada dimensi daya tanggap, jaminan dan bukti langsung bernilai $p < 0,05$ sedangkan terhadap loyalitas pasien pada dimensi bukti langsung bernilai $p < 0,05$ dan terhadap loyalitas pasien dengan dimediasi kepuasan pasien pada dimensi bukti langsung bernilai $p < 0,05$. Terbentuknya persepsi positif dari pasien diharapkan dapat memunculkan kepuasan pelayanan sehingga adanya loyalitas pasien atas jasa lembaga pelayanan kesehatan yang pernah digunakannya.



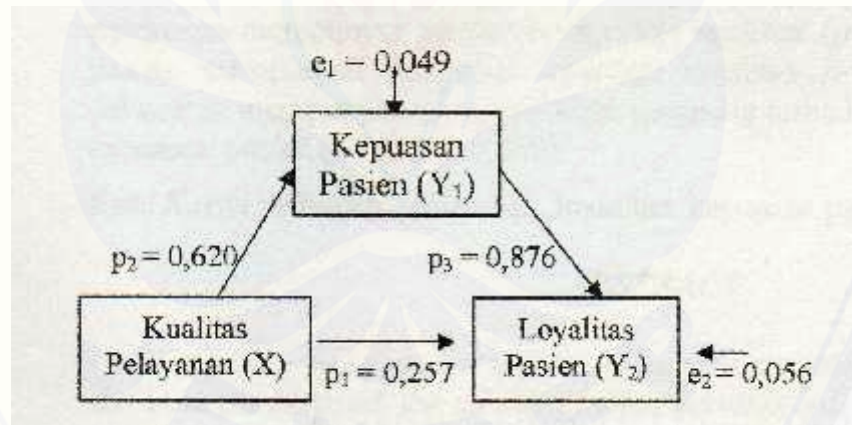
Gambar 2.7 Model Penelitian Rizal, Suardi, dan Yulihastri, (2015)

Surydana, L. (2015) meneliti dengan judul *Service Quality, Customer Value and Patient Satisfaction on Public Hospital in Bandung District, Indonesia*. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh kualitas pelayanan terhadap nilai pelanggan serta kepuasan pasien di RSUD. Analisis data menggunakan pemodelan persamaan struktural *partial least square*. Sampel dalam penelitian ini adalah 158 pasien dari rumah sakit pemerintah di kabupaten Bandung, Indonesia. Hasil penelitian menunjukkan pengaruh yang signifikan terhadap kualitas pelayanan terhadap nilai pelanggan dan kepuasan pasien. Selanjutnya, hasil penelitian juga menunjukkan bahwa gender berperan sebagai variabel moderating antara nilai pelanggan dan kepuasan pasien. Hal ini menunjukkan bahwa layanan yang diberikan oleh rumah sakit umum dapat meningkatkan implikasi nilai pelanggan terhadap kepuasan pasien.



Gambar 2.8 Model Penelitian Surydana, L. (2015)

Fitriani, dan Trisnawati, (2015) meneliti tentang Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Loyalitas Melalui Kepuasan Pasien Rawat Inap di RSUD Dr. Moewardi Yogyakarta. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis dampak kualitas pelayanan terhadap loyalitas pasien, menganalisis kualitas pelayanan terhadap kepuasan, menganalisis pengaruh kepuasan terhadap loyalitas melalui penggunaan kepuasan pasien. Penelitian ini bersifat deskriptif dan analitis, penelitian di rumah sakit dimana Dr. Moewardi dengan mengambil sampel 100 pasien. Teknik analisis data yang digunakan adalah analisis jalur. Hasil penelitian menunjukkan: Kualitas pelayanan berpengaruh terhadap loyalitas ($p\text{-value} = 0,000$), kualitas pelayanan berpengaruh terhadap loyalitas ($p\text{-value} = 0,000$), kepuasan pasien berpengaruh terhadap loyalitas ($p\text{-value} = 0,010$), kualitas pelayanan belum mengaruh langsung kepada loyalitas pasien melalui kepuasan pasien ($p\text{-value} = 0,275$). Kualitas layanan adalah bentuk layanan yang diberikan oleh penyedia layanan, dalam hal ini rumah sakit, kualitas layanan ini akan berdampak pada kepuasan dan loyalitas pasien.



Gambar 2.9 Model Penelitian Fitriani, dan Trisnawati, (2015)

Sewow, R.N.J dan A.J.M. Rattu (2016) melakukan penelitian berjudul Hubungan Antara Mutu Pelayanan Dengan Loyalitas Pasien Di Poliklinik Interna Rumah Sakit Gunung Maria. Tujuan penelitian adalah mencari hubungan antara mutu pelayanan dengan loyalitas pasien di Poliklinik Interna Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon. Jenis penelitian ini ialah survey analitik dengan pendekatan cross

sectional di Poliklinik Interna Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon dan sampelnya adalah pasien umum yang mendapatkan pelayanan di Poliklinik Interna Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon. Analisis ini mulai dari univariat, bivariate dan multivariate. Hasil penelitian menunjukkan nilai signifikansi variabel bukti fisik (0,000), kehandalan (0,000), daya tanggap (0,044), jaminan (0,000) dan perhatian (0,000) dengan loyalitas pasien di Poliklinik Interna Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon dan kehandalan adalah variabel paling dominan dengan nilai wald 6.024 dibandingkan dengan variabel-variabel lainnya terhadap di Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon.

Thimang, Y. (2017) melakukan penelitian berjudul Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Loyalitas Pasien Rumah Sakit Meloy Di Sangatta. Tujuan penelitian ini untuk menguji dan menganalisis pengaruh kualitas pelayanan terhadap loyalitas pasien Rumah Sakit Meloy di Sangatta. Jenis penelitian yang dilakukan adalah kuantitatif. Metode yang digunakan adalah penelitian yang digunakan metode analisis regresi linear berganda dan uji asumsi klasik. Pengujian dilakukan dengan bantuan software SPSS. Data bersumber dari Rumah Sakit Meloy di Sangatta dengan teknik pengumpulan data yaitu dengan riset kepustakaan dan riset lapangan. Hasil uji f (simultan) menunjukkan bahwa variable bukti fisik, kehandalan, daya tanggan, jaminan dan empati berpengaruh signifikan terhadap loyalitas pasien Rumah Sakit Meloy di Sangatta. Hasil uji t (parsial) menunjukkan bahwa bukti fisik berpengaruh signifikan, kehandalan tidak berpengaruh signifikan, daya tanggap tidak berpengaruh signifikan, jaminan tidak berpengaruh signifikan dan empati tidak berpengaruh signifikan terhadap loyalitas pasien Rumah Sakit Meloy di Sangatta. Variable bukti fisik adalah variable yang paling berpengaruh dominan terhadap loyalitas pasien Rumah Sakit Meloy di Sangatta.

2.2.2 Research Gap Penelitian Perdahulu

Salah satu kelemahan dari penelitian Alhasan *et al.* (2014) dan Rizal, Suardi dan Yuliasri, (2015) Jeyasudha dan Jawaharrani (2016), Patawyati, et al. (2013) adalah tidak menguji dampak tidak langsung dari pengaruh kualitas pelayanan kesehatan terhadap loyalitas pasien. Sedangkan indikator yang digunakan unt

mengukur kualitas pelayanan dalam penelitian tersebut adalah SERVQUAL. Semua variabel yang diuji kualitas pelayanan kesehatan, kepuasan pasien dan loyalitas berpengaruh dan signifikan.

Ringkasan *Research Gap* penelitian terdahulu disajikan pada tabel 2.4.

Tabel 2.4 Research Gap Penelitian Perdahulu

No.	Peneliti	Variabel Penelitian		
		Eksogen (X)	Confonding (Z)	Endogen (Y)
		Kualitas Pelayanan Kesehatan	Kepuasan Pasien	Loyalitas Pasien
1.	Lin, Xirasagar, dan Laditka (2004)	positif ^S	positif ^S	-
2.	Zavareh, et al. (2012)	positif ^S	positif ^S	-
3.	Segoro, W (2013)	positif ^S	positif ^S	positif ^S
4.	Ariff, M.S. et al. (2012)	positif ^S	positif ^S	positif ^S
5.	Kranias, A, dan M. Bourlessa (2013)	positif ^S	-	positif ^S
6.	Trarintya, MAP (2015)	positif ^S	positif ^S	positif ^S
7.	Sibrani dan Riani (2017)	positif ^S	positif ^S	positif ^S
8.	Neupanel R. Dan M. Devkota (2017)	positif ^S	positif ^S	-
9.	Jeyasudha dan Jawaharrani (2016)	positif ^S	positif ^S	positif ^S
10.	Patawyati, et al. (2013)	positif ^S	positif ^S	positif ^S
11.	Sutharjana, et al. (2013)	-	positif ^S	positif ^S
12.	Mahanani, P dan D.D Karya (2016)	-	positif ^S	positif ^S
13.	Abdurrouf M. Dan D.W.P. Sari (2017)	positif ^S	-	positif ^S
14.	Adil, A. et al. (2016)	positif ^S	positif ^S	positif ^S
15.	Arab M dan Tabatabei (2012)	positif ^S	-	positif ^S
16.	Gunawan dan Djati (2011)	positif ^{TS}	-	positif ^S
17.	Qomariah N (2015)	negatif ^{TS}	positif ^S	positif ^S
18.	Alhasan <i>et al.</i> (2014)	positif ^S	negatif ^S	positif ^S
19.	Astuti dan Nagase (2014)	-	negatif ^{TS}	positif ^S
20.	Mulyana (2010)	positif ^S	positif ^S	-
21.	Rizal, Suardi dan Yuliharsi (2015)	positif ^S	positif ^S	positif ^{TS}
22.	Suryadana L. (2015)	positif ^S	positif ^S	-
23.	Fitriani dan Trisnawati (2015)	positif ^S	negatif ^{TS}	positif ^S
24.	Sewow, R.N.J dan A.J.M. Rattu (2016)	positif ^{TS}	-	positif ^S

25.	Thimang, Y. (2017)	positif ^{TS}	-	positif ^S
-----	--------------------	-----------------------	---	----------------------

Keterangan :

S = Signifikan

TS = Tidak Signifikan

- = Tidak diteliti

Penelitian ini menambahkan dimensi lain untuk mengukur kualitas pelayanan kesehatan yaitu komunikasi terapeutik. Dimensi ini dimungkinkan bisa lebih sensitif dan relevan untuk menguji kualitas pelayanan kesehatan karena memang mempunyai karakteristik yang berbeda dari pelayanan jasa lainnya. Penelitian ini juga menganalisis pengaruh langsung maupun tidak langsung kualitas pelayanan kesehatan terhadap loyalitas pasien melalui kepuasan pasien.

2.3 Hubungan dan Pengaruh Antar Variabel

2.3.1 Hubungan Kualitas Pelayanan Kesehatan dan Kepuasan Pasien

Belanger *et al.* (2002:687) mengemukakan bahwa kualitas layanan berhubungan dengan kepuasan, kepuasan akan mempengaruhi loyalitas, dan loyalitas mempengaruhi komitmen pelanggan. Komitmen pelanggan mempunyai pengaruh yang kuat terhadap intensi pembelian kembali, intensitas harga dan *word of mouth (WOM)*.

Zeithaml, *et al.* (1990: 96) dalam risetnya mengemukakan bahwa tingkat persepsi tentang kualitas layanan yang tinggi akan menghasilkan kepuasan terhadap pelanggan, sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Bolton dan Drew (1994: 78) melihat bahwa kepuasan pelanggan merupakan awal dari sebuah kualitas layanan. Persepsi tentang kualitas layanan sebagai sebuah sikap merupakan fungsi dari persepsi konsumen dari layanan sebelumnya dan tingkat kepuasan atas kinerja saat ini.

Pemberian kualitas pelayanan yang tinggi terhadap mutu layanan kesehatan merupakan suatu strategi bagi suksesnya suatu pengelolaan institusi pelayanan kesehatan. Hal tersebut karena tingkat persepsi tentang kualitas layanan kesehatan yang tinggi akan menghasilkan kepuasan pasien. Persepsi pasien tentang kualitas layanan kesehatan sebagai sebuah sikap merupakan fungsi dari persepsi pasien dari

layanan kesehatan sebelumnya dan tingkat kepuasan atas kinerja layanan kesehatan saat ini.

Kualitas layanan kesehatan yang sifatnya *intangibility*, *heterogeneity* dan *inseparability* pengukurannya hanya dapat dilakukan dengan pendekatan pengukuran persepsi pasien tentang sebuah kualitas layanan. Beberapa penulis menunjukkan adanya perbedaan di dalam memandang kualitas, yaitu kualitas sebagai suatu persepsi sedang yang lain memandang sebagai suatu tujuan.

Kualitas pelayanan kesehatan memiliki hubungan yang erat dengan kepuasan pasien. Kualitas 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 untuk 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 atau meniadakan pengalaman pasien yang kurang menyenangkan.

Dari uraian di atas, jelas bahwa Kualitas pelayanan kesehatan yang bermutu akan memediasi pengaruh kepuasan pasien terhadap layanan yang diberikan. Oleh karena itu, jika layanan kesehatan yang diterima pasien baik dan bermutu tinggi, maka akan meningkatkan kepuasan pasien.

2.3.2 Hubungan Kualitas Pelayanan Kesehatan dan Loyalitas Pasien

Kualitas pelayanan merupakan jaminan terbaik untuk menciptakan dan mempertahankan kesetiaan konsumen dan benteng pertahanan dalam menghadapi persaingan global. Caruana (2002) dalam risetnya menyimpulkan bahwa kualitas layanan berpengaruh terhadap loyalitas konsumen. Lebih lanjut, Rifai (2015) 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.

Sedangkan loyalitas pasien merupakan kekuatan setiap rumah sakit dalam menciptakan *barrier to new entrants* (menghalangi pemain baru masuk) dalam menghadapi era persaingan bebas terhadap layanan rumah sakit. Dalam rangka

menciptakan *customer loyalty* maka sebuah institusi pelayanan kesehatan harus berpikir untuk dapat menciptakan *customer satisfaction* terlebih dahulu. 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.

Tjiptono (2004) mengemukakan bahwa, kontributor terciptanya loyalitas meliputi persepsi terhadap kesesuaian kinerja, identifikasi sosial dan emosional dengan merk, serta kebiasaan penggunaan merk. Faktor defraktor loyalitas merk, yaitu: daya tarik alternatif produk jasa/barang yang sama. Aplikasi dalam loyalitas pasien di rumah sakit perlu mempertahankan loyalitas pasien dari produk 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 pelanggan, 6). menganalisa umpan balik pelanggan, mantan pelanggan, non pelanggan dan pesaing, dan 7) perbaikan layanan berkesinambungan.

Loyalitas pasien (konsumen) merupakan kesetiaan konsumen terhadap penyedia jasa yang telah memberikan pelayanan kepadanya. 4) Kedekatan produk atau jasa dengan pelanggan. Hal ini menunjukkan seberapa familiarnya produk itu dengan pelanggan. Loyalitas pasien merupakan kesetiaan konsumen terhadap penyedia jasa yang telah memberikan pelayanan kepadanya (Bologlu, 2002). Pada gilirannya kualitas pelayanan kesehatan akan menciptakan kepuasan pasien dan dapat menciptakan kesetiaan atau loyalitas pasien kepada institusi pelayanan yang memberikan kualitas memuaskan.

Dari uraian di atas, jelas bahwa Kualitas pelayanan kesehatan yang bermutu akan memediasi pengaruh kepuasan pasien terhadap loyalitas pasien. Oleh karena itu, jika layanan kesehatan yang diterima pasien baik dan bermutu tinggi, maka akan meningkatkan loyalitas pasien.

2.3.3 Hubungan Kepuasan Pasien dan Loyalitas Pasien

Beberapa hasil penelitian ditemukan bahwa pasien akan kembali di masa yang akan datang dan merekomendasikan kepada pasien lain apabila mereka puas kepada layanan yang diberikan Institusi Kesehatan. Kepuasan pasien adalah bagaimana nilai dan anggapan pasien terhadap perawatan yang diberikan oleh pihak perawatan kesehatan (Finley, 2001:5)

Kepuasan pelanggan merupakan fungsi dari harapan pelanggan terhadap pelayanan yang diterimanya. Pelanggan akan dapat memperoleh kepuasan dari layanan yang diberikan perusahaan bila layanan tersebut memenuhi kualitas layanan dan sesuai dengan harapan yang diharapkan oleh pelanggan. Demikian juga sebaliknya, bila harapan pelanggan tidak terpenuhi dan kualitas pelayanan yang dirasakan di bawah standar maka pelanggan akan kecewa dan mungkin akan meninggalkan perusahaan penyedia jasa tersebut dan bahkan mungkin dia akan menceritakan kekurangan tersebut kepada orang lain, hal ini akan sangat merugikan kelangsungan hidup perusahaan untuk masa yang akan datang.

Dengan mengetahui tingkat kepuasan pelanggan, maka perusahaan dapat melakukan antisipasi terhadap kinerja dari suatu produk (Kotler, 2003: 56). Berawal dari pengalaman, cerita atau informasi dari teman/relasi atau pihak-pihak lain dan janji yang diberikan oleh *marketer* terhadap suatu produk, akan membentuk suatu *ekspektasi* (harapan) bagi konsumen atau nasabah. Harapan dari konsumen dibandingkan dengan kinerja suatu produk (*performance*) akan membentuk dua kondisi, yaitu kondisi kepuasan konsumen (*customer satisfaction*) atau ketidakpuasan konsumen (*customer dissatisfaction*). Pandangan lain yang menyatakan bahwa *customer satisfaction* dapat ditinjau dari dua sudut pandang. Pertama dari sudut konsumen meliputi pembentukan konsumen terhadap suatu produk. Kedua dari sudut lingkungan, dimana *customer satisfaction* akan dipengaruhi oleh faktor-faktor sosial, kebudayaan, dan sebagainya yang merupakan kondisi lingkungan eksternal konsumen.

Kepuasan pasien merupakan nilai subjektif terhadap kualitas layanan yang diberikan. Sabarguna (2004:8) mengemukakan bahwa, walaupun subjektif tetap ada dasar objektifnya, artinya walaupun penilaian itu dilandasi oleh: 1) pengalaman masa lalu, 2) pendidikan, 3) situasi psikis waktu itu, 4) pengaruh lingkungan waktu

itu, tetap akan didasari oleh kebenaran dan kenyataan objektif yang ada, tidak semata-mata menilai buruk kalau memang tidak ada pengalaman yang menjengkelkan, tidak semata-mata bilang baik bila memang tidak ada suasana yang menyenangkan yang dialami.

Beberapa penelitian ditemukan bahwa pasien akan kembali di masa yang akan datang dan merekomendasikan kepada pasien lain apabila mereka puas kepada layanan yang diberikan Institusi Kesehatan. Kepuasan pasien adalah bagaimana nilai dan anggapan pasien terhadap perawatan yang diberikan oleh pihak perawatan kesehatan (Finley, 2001:5), Kepuasan pasien merupakan suatu yang penting dalam kualitas penyampaian jasa perawatan kesehatan. Sistem perawatan kesehatan dan proses mendorong kepuasan pasien (Mercier dan Fikes, 1998:35-37). Lebih lengkap penelitian yang dilakukan oleh Bhattacharya *et.al* (2003) bahwa aspek teknis dari perawat, sikap perawat, kualitas teknis dokter, kebersihan ruangan dan koridor, makanan, toilet serta fasilitas perawatan berpengaruh terhadap kepuasan pasien.

Memuaskan pelanggan adalah pertahanan paling baik melawan persaingan. Perusahaan yang berhasil menjaga agar pelanggannya selalu puas hampir tak terkalahkan. Para pelanggannya menjadi lebih setia atau memiliki loyalitas yang tinggi sehingga mereka lebih sering membeli, rela membayar lebih banyak dan tetap mau menjadi pelanggan meskipun perusahaan sedang mengalami kesulitan.

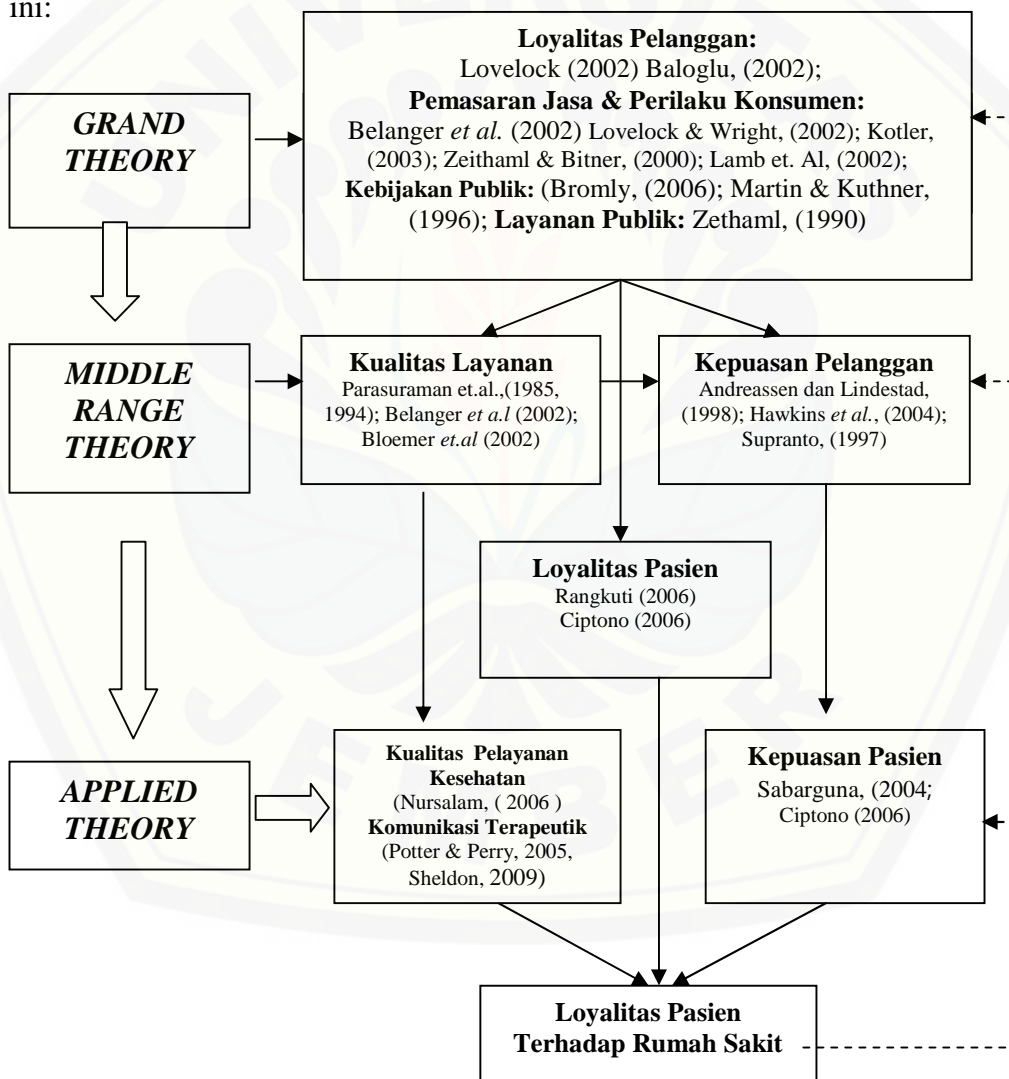
Kepuasan belum tentu menyebabkan loyalitas, tetapi loyalitas biasanya diawali dengan kepuasan terlebih dahulu. Adanya hubungan antara kepuasan pasien dengan loyalitas pasien yaitu intensi kehadiran ulang untuk berobat dan keinginan merekomendasikan kepada orang lain. Pasien yang merasa puas terhadap pelayanan kesehatan yang diterima akan kembali di masa yang akan datang bila mengalami sakit dan merekomendasikan kepada keluarga atau pasien lainnya.

Dari uraian di atas, jelas bahwa Kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan yang diterima akan memediasi pengaruh terhadap loyalitas pasien. Oleh karena itu, jika layanan kesehatan yang diterima pasien baik dan bermutu tinggi, maka akan meningkatkan kepuasan pasien, dan pasien akan loyal.

2.4 Kerangka Teori dan Kerangka Konseptual Penelitian

2.3.1 Kerangka Teori

Secara keseluruhan dari tinjauan pustaka di bab 2, urutan konseptual dari *grand theory* teori tentang Loyalitas Pelanggan, pemasaran jasa dan perilaku konsumen, kualitas layanan dan kepuasan pelanggan, kemudian dilengkapi dengan *middle range theory* yang berkaitan dengan kualitas pelayanan kesehatan dan kepuasan pasien dan loyalitas pasien, kemudian diaplikasikan terhadap kebijakan publik (Program Jaminan Kesehatan Nasional). Kajian pustaka yang menjadi landasan teori dalam penelitian ini dapat digambarkan seperti gambar 2.10 berikut ini:



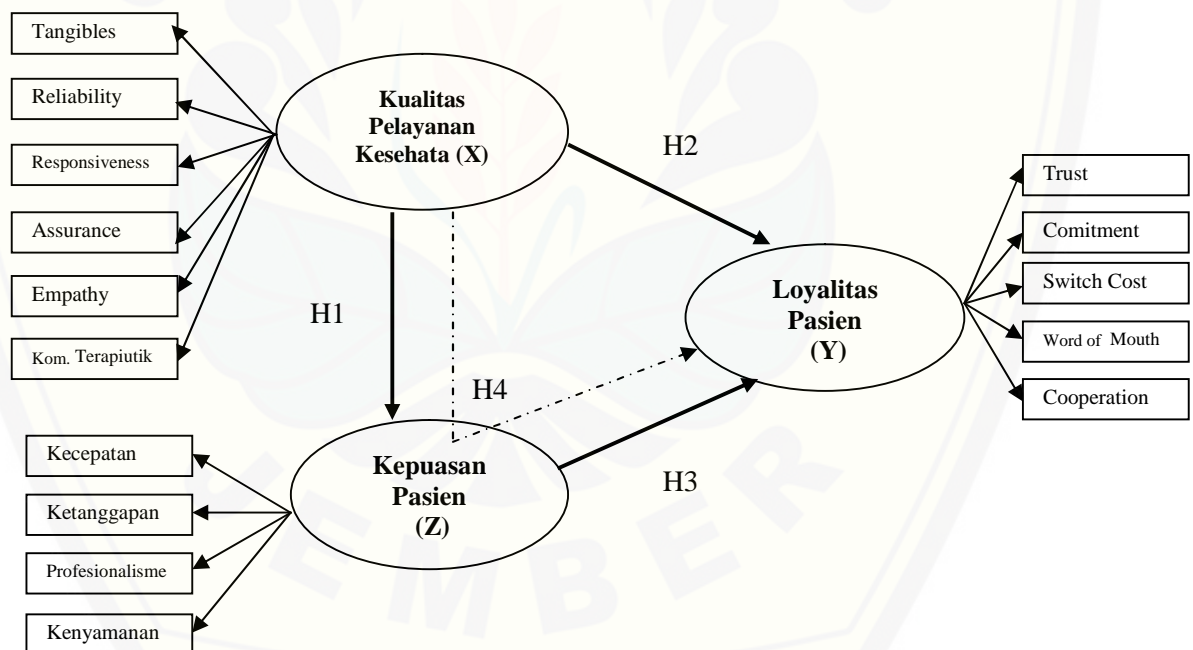
Gambar 2.10 : Perkembangan Teori & Kerangka Teori Penelitian

Keterangan: \longrightarrow Alur Landasan teori dalam cakupan penelitian
 \dashrightarrow Alur balik melengkapi dan memprakasai teori

2.4.2 Kerangka Konseptual Penelitian

Konsep penelitian dibangun berdasarkan model penelitian yang dibangun oleh Alhasan *et al.* (2014) dan Rizal, Suardi, dan Yuliasari, (2015). Alhasan *et al.* (2014) mengarahkan peneliti selanjutnya untuk menambahkan indikator dalam mengukur kualitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pengukuran yang lebih sensitif dari persepsi pasien. Ketiga penelitian tersebut meneliti pada pasien umum di rumah sakit.

Berdasarkan pada landasan teori penelitian, guna menjawab keseluruhan permasalahan sebagaimana diungkap di dalam identifikasi dan perumusan masalah maka kerangka konseptual yang dikembangkan guna merumuskan permasalahan tersebut seperti gambar 2.11 berikut ini:



Gambar 2.11
Kerangka Konseptual Penelitian

Pengaruh antara Kualitas Pelayanan Kesehatan terhadap *Kepuasan Pasien* dan *Loyalitas pasien*.

Secara rinci rancangan ini meliputi :

1. Variabel X dengan Variabel Z
Pengaruh antara *Kualitas Pelayanan Kesehatan* terhadap *Kepuasan pasien*.
2. Variabel X dengan Variabel Y
Pengaruh antara *Kualitas Pelayanan Kesehatan* terhadap *Loyalitas pasien*.
3. Variabel Z dengan Variabel Y
Pengaruh antara *Kepuasan Pasien* terhadap *Loyalitas pasien*.
4. Variabel X melalui Z dengan Variabel Y
Pengaruh antara *Kualitas Pelayanan Kesehatan* terhadap *Loyalitas pasien* melalui *Kepuasan Pasien* .

Dalam penelitian ini, dilakukan modifikasi dari beberapa model yang telah dikembangkan oleh peneliti sebelumnya. **Pertama**, memodifikasi model *SERVQUAL* dari Parasuraman, *et al* (1994) indikator fasilitas fisik, kehandalan, daya tanggap, jaminan, empati; dikembangkan dan dikombinasi dengan indikator komunikasi terapeutik (Potter dan Perry, 2005; Sheldon, 2009) di mana pada konsep ini kami mengkaji dan menganalisis pengaruh langsung antara kualitas pelayanan kesehatan terhadap peningkatan kepuasan pasien yang mendapat pelayanan program JKN. **Kedua**, mengkaji dan menganalisis pengaruh langsung antara kualitas pelayanan kesehatan terhadap terhadap loyalitas pasien terhadap rumah sakit pemberi pelayanan JKN-KIS. **Ketiga** mengkaji apakah ada pengaruh kepuasan pasien terhadap loyalitas pasien terhadap rumah sakit pemberi pelayanan JKN-KIS. **Keempat**, mengkaji apakah ada pengaruh tidak langsung faktor fasilitas fisik, kehandalan, daya tanggap, jaminan, empati, serta komunikasi terapeutik terhadap loyalitas pasien melalui kepuasan pasien.

2.5 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan, rumusan masalah, tujuan penelitian dan kajian pustaka yang telah dikemukakan sebelumnya, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah :

H1 : Kualitas pelayanan kesehatan berpengaruh signifikan terhadap kepuasan pasien.

H2 : Kualitas pelayanan kesehatan berpengaruh signifikan terhadap loyalitas pasien.

H3 : Kepuasan Pasien berpengaruh signifikan terhadap loyalitas pasien.

H4 : Kualitas pelayanan kesehatan berpengaruh signifikan terhadap loyalitas pasien melalui kepuasan pasien.



BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Rancangan penelitian adalah keseluruhan proses yang dibutuhkan dalam perencanaan dan pelaksanaan penelitian (Arikunto, 2013:32). Dengan kata lain rancangan penelitian adalah rencana dan struktur penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga peneliti dapat memperoleh jawaban untuk pertanyaan-pertanyaan penelitiannya. Nirwana (2008:36) mengemukakan bahwa secara umum rancangan penelitian terbagi atas tiga jenis, yakni penelitian *eksploratori* yaitu jenis penelitian yang berusaha untuk mencari ide-ide atau hubungan-hubungan baru, penelitian *deskriptif* yaitu penelitian yang bertujuan menguraikan sifat atau karakteristik dari suatu fenomena tertentu, sedangkan penelitian *eksplanatori* adalah penelitian yang bertujuan menganalisis hubungan-hubungan antara satu variabel dengan variabel lainnya atau bagaimana suatu variabel mempengaruhi variabel lainnya.

Berdasarkan penjelasan tersebut, maka rancangan penelitian ini termasuk dalam jenis penelitian *explanatory research* (penelitian penjelasan) atau *confirmatory research* (penelitian konfirmatori) karena tujuannya menjelaskan hubungan kausal antar variabel melalui pengujian hipotesis (Singarimbun dan Effendi, 2005:3-4). Penelitian ini menggunakan desain *expost facto research*, karena peneliti tidak menguji keputusannya dengan jalan menempatkan subjek dalam dua kondisi yang berbeda yang memungkinkan memanipulasi variabel bebas secara langsung. Penelitian *expost facto* adalah suatu penelitian yang dilakukan untuk meneliti peristiwa-peristiwa yang telah terjadi dan kemudian mengurutkan ke belakang untuk mengetahui faktor-faktor yang dapat menimbulkan kejadian tersebut (Sugiyono, 2012:7). Penelitian ini menggunakan pendekatan *kuantitatif*, karena bertujuan menganalisis hubungan-hubungan antara satu variabel dengan variabel lainnya atau bagaimana suatu variabel mempengaruhi variabel lainnya. Dalam hal ini variabel yang diukur adalah kualitas layanan publik (pelayanan kesehatan program JKN-BPJS Kesehatan)

dengan kepuasan pasien dan loyalitas pasien di Rumah Sakit Umum Rujukan utama peserta JKN-KIS di Jawa Timur.

Secara *ontologis* penelitian ini memandang realita sebagai “obyektifitas tunggal” yang terlepas dari subyektifitas peneliti. Data yang diperoleh dapat diukur dengan obyektif dengan menggunakan daftar pertanyaan atau instrumen penelitian yang telah disusun dan telah diuji *validitas* dan *reabilitasnya*. Secara *epistemologis* hubungan peneliti dengan yang diteliti terlepas satu sama lain. Artinya peneliti berada diluar obyek yang diteliti, dan responden diberi keleluasaan dalam menjawab dan mengisi instrumen penelitian sesuai dengan persepsinya tentang kualitas kinerja pelayanan publik (program JKN) dengan mengukur kepuasan pasien dan loyalitas pasien. Tanggapan ini juga memiliki pengaruh terhadap aspek *aksiologis* mengenai peran nilai dalam penelitian ini. Dalam penelitian ini peneliti terpisah dari penelitian. Hal ini dilakukan dengan menghilangkan semua pernyataan mengenai nilai dan laporan tertulis, menggunakan bahasa umum dan melaporkan fakta, bukti yang dikumpulkan dalam penelitian. Maksud penelitian ini adalah mengembangkan generalisasi yang menyumbang pada pengembangan teori dan yang memungkinkan orang untuk memprediksikan, menjelaskan dan memahami fenomena dengan lebih baik. Generalisasi ini berkembang jika informasi dan alat yang digunakan dapat dipercaya.

3.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel

Yang dimaksud populasi adalah keseluruhan subyek yang akan dijadikan obyek penelitian. Arikunto (2013:108) mengemukakan bahwa populasi adalah keseluruhan subyek penelitian, sedangkan menurut Hadi (2004:221) populasi adalah seluruh penduduk yang dimaksud untuk diselidiki. Dengan demikian yang dimaksud dengan populasi adalah sekelompok subyek dalam daerah atau lingkungan tertentu yang akan diselidiki. Populasi penelitian ini adalah pasien yang berobat menggunakan kartu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) atau Kartu Indonesia Sehat (KIS) mendapat rujukan dan rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Rujukan Utama di Jawa Timur.

Berdasarkan data dari Persatuan Rumah Sakit Indonesia (PERSI) rumah sakit rujukan utama di Jawa Timur yang melayani peserta JKN-KIS adalah tipe A RSUD dr. Soetomo Surabaya dan RSUD dr. Saiful Anwar Malang. Sedangkan tipe B adalah RSD dr. Soebandi Jember. Dengan demikian penelitian ini dilakukan di: 1) Rumah sakit umum Rujukan utama di Jawa Timur Tipe A: RSUD dr. Soetomo Surabaya. 2) Rumah umum Rujukan utama di Jawa Timur Tipe A: RSUD dr. Saiful Anwar Malang. 3) Rumah umum Rujukan utama di Jawa Timur Tipe B: RSD dr. Soebandi Jember. Pemilihan ketiga rumah sakit umum tersebut dilandasi pertimbangan:

- 1) Ketiga rumah sakit tersebut merupakan mitra BPJS Kesehatan dan penyelenggara pelayanan JKN-KIS.
- 2) Ketiga rumah sakit umum tersebut merupakan rumah sakit pendidikan yang ada di Jawa Timur.
- 3) Pelayanan kesehatan di ketiga rumah sakit tersebut mencakup pelayanan yang komprehensif dari aspek kasus yang ditangani.
- 4) Lokasi ketiga rumah sakit tersebut mewakili distribusi secara geografi di Jawa Timur.
- 5) Ketiga rumah sakit umum tersebut relatif mempunyai Standard Operasional yang sama.

Jumlah populasi penelitian ini ditentukan berdasarkan estimasi jumlah pasien peserta JKN pada tahun sebelumnya. Menurut Sugiyono (2012) apabila jumlah populasi tidak diketahui saat ini, bisa menggunakan data-data statistik pada tahun-tahun sebelumnya sebagai estimasi. Berdasarkan data Profil Rumah Sakit tahun 2014 jumlah pasien peserta JKN KIS di setiap rumah sakit adalah sebagai mana pada tabel 3.1.

Tabel 3.1 Jumlah Pasien Rawat Inap dan Pasien Peserta JKN-KIS tahun 2014

No.	Rumah Sakit	Jumlah Pasien	Jumlah Pasien Peserta JKN	Rata-Rata Pasien JKN per bulan
1	RSUD dr. Soetomo	52.240	23.344	1.945
2	RSUD dr. Saiful Anwar	37.243	19.794	1.649
3	RSD dr. Soebandi	19.082	8.989	749
	Total	128.565	52.117	4.343

Sumber : Profil Kesehatan Rumah Sakit 2015

Penelitian ini dilaksanakan selama 1 bulan, dengan demikian maka populasi penelitian ini adalah estimasi jumlah pasien selama 1 bulan berjumlah 4.343 pasien. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *proportionate sampling method* yaitu pengambilan sampel dari anggota populasi secara proporsional berdasarkan jumlah pasien masing-masing rumah sakit Metode yang digunakan untuk menentukan jumlah sampel adalah menggunakan rumus Slovin dengan tingkat kesalahan sebesar 5% (Sugiyono, 2012).

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

dimana: n = jumlah sampel
N = jumlah populasi
e = tingkat kesalahan

$$\text{Maka ; } n = \frac{4.343}{1 + (4.343 \times (0,05)^2)} = \frac{4.343}{11,857} = 366 \text{ responden}$$

Jadi jumlah sampel pada penelitian ini adalah 366 responden.

Sedangkan jumlah sampel berdasarkan proporsi responden di setiap rumah sakit adalah sebagai berikut :

Tabel 3.2 Jumlah proporsi responden disetiap rumah sakit

No.	Rumah Sakit	Estimasi Pasien JKN per bulan	Jumlah Responden
1	RSUD dr. Soetomo	1.945	164
2	RSUD dr. Saiful Anwar	1.649	139
3	RSD dr. Soebandi	749	63
	Total	4.343	366

Teknik pemilihan sampel (responden) di setiap rumah sakit ditentukan dengan *proporsional sampling* yaitu pengambilan sampel dari anggota populasi secara proporsional berdasarkan jumlah pasien masing-masing rumah sakit (Sugiyono, 2012: 93).

Kriteria *inklusi* pasien yang digunakan sebagai sampel adalah:

- 1) Pasien rawat inap yang menggunakan kartu JKN-KIS oleh BPJS Kesehatan.
- 2) Pasien rawat inap yang telah diijinkan pulang oleh dokter dengan minimal telah menjalani rawat inap 3 hari.
- 3) Diagnosa pasien bukan super spesialis, yang hanya bisa ditangani di rumah sakit tersebut.
- 4) Pasien atau keluarga bersedia menjadi responden.

Sedangkan kriteria *eksklusi* pasien yang dijadikan sampel adalah:

- 1) Pasien yang mengalami gangguan kesadaran.
- 2) Pasien yang tidak bisa berkomunikasi.
- 3) Pasien yang mendapat pelayanan kesehatan dirumah sakit dengan naik kelas dari kelas kepesertaan JKN nya.

Data primer dalam penelitian ini didapat dari para pasien atau keluarganya sebagai responden melalui pemberian kuesioner yang dapat langsung diisi setelah mendapatkan pelayanan kesehatan yang komprehensif. Langkah pengambilan data dilakukan sebagai berikut:

- 1) Peneliti atau enumerator mencari informasi pasien yang sudah diperbolehkan pulang oleh dokter rumah sakit.
- 2) Pasien di kaji apakah sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi penelitian.
- 3) Selanjutnya melakukan *informed choise* dan *informed consent* kepada pasien dan keluarganya.
- 4) Memberikan quisioner kepada pasien dan keluarganya untuk di isi dan ditunggu sampai selesai mengisi.
- 5) Peneliti atau enumerator memberi penjelasan apabila pasien atau keluarganya kurang paham terhadap pertanyaan di quisioner.
- 6) Mengumpulkan kembali quisioner yang telah diisi oleh pasien atau keluarganya.

3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.3.1 Lokasi Penelitian:

Penelitian ini dilaksanakan di rumah sakit yang menjadi pusat rujukan utama peserta JKN BPJS di Jawa Timur adalah: (1) RSD dr. Soebandi Jember, (2) RSUD dr. Saiful Anwar Malang, (3) RSUD dr. Soetomo Surabaya,

3.3.2 Waktu Penelitian:

Pengumpulan data penelitian ini dilaksanakan selama 3 bulan pada bulan Nopember sampai dengan Desember 2015.

3.4 Variabel Penelitian

3.4.1 Identifikasi Variabel

Variabel adalah sesuatu yang mempunyai variasi nilai atau memiliki bermacam-macam nilai atau sebagai segala sesuatu yang menjadi obyek pengamatan penelitian (Singarimbun dan Effendi, 2005:42). Sesuai dengan kerangka konseptual, maka variabel-variabel di dalam penelitian ini dapat diklasifikasikan sebagai berikut.

- 1) *Independent variable (eksogen)*; yaitu Kualitas Pelayanan Kesehatan program JKN (**X**) yang terdiri dari indikator: (1) fasilitas fisik (*tangible*), (2) kehandalan (*reliability*) (3) daya tanggap (*responsiveness*), (4) jaminan (*assurance*), (5) empati (*empathy*), (6) komunikasi terapeutik.
- 2) *Konfounding variable (Confounding)*: adalah Kepuasan Pasien (**Z**) yang terdiri dari indikator: (1) kenyamanan, (2) hubungan pasien dengan petugas, (3) kompetensi teknis petugas, (4) biaya dan
- 3) *Dependent variable (endogen)*; adalah Loyalitas Pasien (**Y**) yang terdiri dari indikator; (1) kepercayaan (*trust*), (2) komitmen psikologis (*psychological comitment*), (3) perubahan biaya (*switching cost*), (4) perilaku publisitas (*word-of-mouth*), (5) kerjasama (*cooperation*).

3.4.2 Definisi Operasional Variabel

Definisi operasional, dibuat untuk menyamakan persepsi antara peneliti dengan pembaca, atau pengguna hasil penelitian (Hadi, 2004:151). Adapun

definisi operasional dari masing-masing variabel penelitian dapat diuraikan sebagai berikut.

3.4.2.1 Kualitas Pelayanan Kesehatan Program JKN (X)

Kualitas Pelayanan Kesehatan merupakan tingkatan atau derajat yang menunjukkan kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata pasien dimana penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan yang ditetapkan.

Variabel kualitas pelayanan kesehatan pada peserta program JKN, meliputi:

1) Indikator Fasilitas Fisik (X_{1.1})

Fasilitas fisik (*tangible*), yaitu tampilan fasilitas fisik rumah sakit, kelengkapan peralatan medis dan peralatan penunjang, yang tercakup dalam item:

X_{1.1-1} Tata Letak ruang pelayanan yang layak dan nyaman.

X_{1.1-2} Perlengkapan dan sarana ruang pelayanan pasien dan ruang tunggu (TV dan tempat duduk yang cukup di ruang tunggu).

X_{1.1-3} Tata letak ruang kantor/ruang perawatan yang praktis.

X_{1.1-4} Kelengkapan alat medis.

X_{1.1-5} Kelengkapan alat medis memadai dan modern.

X_{1.1-6} Ruang pelayanan administrasi (loket dan ruang tunggu) layak dan nyaman.

2) Indikator Keandalan (X_{1.2})

Kehandalan (*reliability*), yaitu kemampuan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang dijanjikan secara akurat, teliti dan terpercaya, yang tercakup dalam dalam item:

X_{1.2-7} Keakuratan penjelasan tentang penyakit yang diderita.

X_{1.2-8} Keakuratan catatan/dokumentasi medis pasien.

X_{1.2-9} Proses dan prosedur penyelesaian tindakan medis yang tidak berbelit-belit.

X_{1.2-10} Perlakuan terhadap pasien yang tidak diskriminatif.

X_{1.2-11} Informasi yang diberikan tenaga kesehatan akurat dan memuaskan.

X_{1.2-12} Proses dan prosedur penyelesaian administrasi.

3) Indikator Daya Tanggap (X_{1.3})

Daya tanggap (*responsiveness*), menunjukkan daya tanggap tenaga kesehatan dalam menyelesaikan pelayanan, kemampuan rumah sakit untuk cepat tanggap dalam menghadapi masalah yang timbul dan respons terhadap keberatan/komplain pasien, terdiri dalam item:

- X_{1.3-13} Kecepatan tenaga kesehatan dalam menyelesaikan tindakan medis.
- X_{1.3-14} Kemampuan tenaga kesehatan untuk memahami kebutuhan pasien.
- X_{1.3-15} Pelayanan yang diberikan oleh *tenaga kesehatan* kepada pasien.
- X_{1.3-16} Kemampuan RS untuk cepat tanggap dalam menghadapi masalah yang timbul.
- X_{1.3-17} Kecepatan penyerahan resep dan atau obat.
- X_{1.3-18} Fleksibilitas waktu pelayanan/jam kerja.

4) Indikator Jaminan (X_{1.4})

Jaminan (*assurance*), adalah indikator yang memberikan rasa aman kepada pasien, baik keamanan tindakan, keamanan rahasia pribadi, ketelitian tenaga kesehatan maupun keamanan keluarga pasien pada saat melakukan kunjungan, yang terdiri dalam item:

- X_{1.4-19} Rasa aman pasien selama di RS.
- X_{1.4-20} Jaminan keamanan rahasia data pribadi yang tersimpan dalam dokumen RS.
- X_{1.4-21} Jaminan kerahasiaan antar pasien.
- X_{1.4-22} Citra (*image*) Rumah sakit.
- X_{1.4-24} Ketelitian *tenaga kesehatan* saat melayani pasien.

5) Indikator Empati (X_{1.5})

Empati (*empathy*), dimensi ini mengukur sikap dan perilaku tenaga kesehatan, kemampuannya berhubungan dengan pasien, dapat memahami kebutuhan khusus pasien dan mudah dihubungi melalui telpon. Indikator ini terdiri dalam item:

- X_{1.5-25} Sikap dan perilaku tenaga kesehatan (dokter, paramedis dan tenaga penunjang).

- X_{1.5-26} Tegur sapa dan tutur kata tenaga kesehatan (dokter, paramedis dan tenaga penunjang).
- X_{1.5-27} Etika hubungan tenaga kesehatan dengan pasien.
- X_{1.5-29} Kemudahan dihubungi tenaga kesehatan.
- X_{1.5-29} Kemampuan tenaga kesehatan (dokter, paramedis dan tenaga penunjang) dalam memahami kebutuhan khusus pasien.

6) Indikator Komunikasi Terapeutik (X_{1.6})

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dilakukan secara sadar oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan) bertujuan untuk kesembuhan pasien. Hubungan antara pasien dengan tenaga kesehatan yang terapeutik merupakan pengalaman belajar bersama sekaligus perbaikan emosi pasien.. Indikator ini terdiri dalam item:

- X_{1.6-30} Mendengarkan keluhan pasien dengan penuh perhatian
- X_{1.6-31} Menunjukkan penerimaan untuk berkomunikasi
- X_{1.6-32} Bertanya dengan pertanyaan terbuka (*open ended question*)
- X_{1.6-33} Mengulang ucapan pasien dengan menggunakan kata-kata sendiri
- X_{1.6-34} Memfokuskan komunikasi dan mengklarifikasi jawaban
- X_{1.6-35} Menawarkan informasi dan menyatakan hasil observasi
- X_{1.6-36} Memberi kesempatan Diam (memelihara ketenangan)
- X_{1.6-37} Menyimpulkan hasil komunikasi

Penilaian pasien terhadap kualitas layanan kesehatan diukur dengan menggunakan skala angka 1 sampai dengan 4. Untuk variabel ini terdapat 37 item pertanyaan, dengan batasan kriteria sebagai berikut :

1. Sangat Tidak Setuju (STS): bila sikap anda sangat tidak setuju terhadap pernyataan dalam kuisisioner.
2. Tidak Setuju (TS): bila sikap anda tidak setuju terhadap pernyataan dalam kuisisioner.
3. Setuju (S): bila sikap anda setuju terhadap pernyataan dalam kuisisioner.
4. Sangat Setuju (SS): bila sikap anda sangat setuju terhadap pernyataan dalam kuisisioner.

3.4.2.2 Kepuasan Pasien (Z)

Kepuasan pasien, adalah ungkapan perasaan senang terhadap layanan kesehatan pada saat dilakukan penelitian. Kepuasan ini menyangkut kesesuaian harapan (pelayanan) dengan kenyataan pelayanan yang diterima pasien. Apabila kenyataan pelayanan yang diterima pasien adalah pelayanan yang dibawah harapannya, maka pasien tidak akan puas dan sebaliknya. Kepuasan pasien dapat dilihat antara lain dari tanggapan responden sebagai pasien yang menggunakan program JKN tentang pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan (dokter, paramedis dan tenaga penunjang).

Indikator kepuasan pasien yaitu: 1) dimensi kecepatan pelayanan, 2) dimensi ketanggapan pelayanan, 3) dimensi keberadaan pelayanan, dan 4) dimensi profesionalisme. Lebih lanjut indikator dan item yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1) Indikator kecepatan pelayanan, terdiri dari 2 item:

Z₁₋₁ Waktu yang digunakan untuk menunggu dilayani oleh tenaga kesehatan

Z₁₋₂ Kecepatan tenaga kesehatan dalam melaksanakan pelayanan

2) Indikator ketanggapan pelayanan, terdiri dari 3 item:

Z₁₋₃ Ketepatan *tenaga kesehatan* dalam melaksanakan janjinya

Z₁₋₄ Keramahan, kesopanan, dan sikap dari tenaga kesehatan dan tenaga administrasi dalam bersikap dan berbicara

Z₁₋₅ Perhatian tenaga kesehatan secara sungguh-sungguh dalam menanggapi pasien ketika meminta bantuan.

3) Indikator profesionalisme, terdiri dari 3 item:

Z₁₋₆ Pengetahuan tenaga kesehatan dalam menangani tindakan medis.

Z₁₋₇ Prosedur dalam penyelesaian pelayanan tindakan medis

Z₁₋₈ Kemudahan petugas RS/Puskesmas untuk dihubungi lewat telepon

4) Indikator keberadaan pelayanan, terdiri dari 2 item:

Z₁₋₉ Kenyamanan tempat pelayanan pasien

Z₁₋₁₀ Pelayanan yang diberikan sesuai/sebanding dengan biaya dibayarkan.

Kepuasan pasien terhadap kualitas layanan kesehatan program JKN, untuk variabel ini terdiri dari 10 item pertanyaan dan diukur dengan menggunakan skala penilaian angka 1 sampai dengan 4 dengan batasan kriteria sebagai berikut :

1. Sangat Tidak Puas (STP): bila anda merasa sangat tidak sesuai dengan harapan terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh petugas kesehatan.
2. Tidak Puas (TP): bila anda merasa tidak sesuai dengan harapan terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh petugas kesehatan.
3. Puas (P) : bila anda merasa sesuai dengan harapan terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh petugas kesehatan.
4. Sangat Puas (SS): bila anda merasa sangat sesuai dengan harapan terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh petugas kesehatan.

3.4.2.3 Loyalitas Pasien (Y)

Loyalitas pasien adalah suatu perilaku kesetiaan seorang pasien peserta JKN-KIS terhadap suatu jasa pelayanan kesehatan dari Rumah Sakit, sehingga mempunyai rasa percaya pada Rumah Sakit dan mau merekomendasikan jasa pelayanan RS tersebut kepada orang lain. Loyalitas pasien memiliki lima Indikator, yaitu kepercayaan (*trust*), komitmen psikologi (*psychological comitment*), perubahan biaya (*switching cost*), perilaku publisitas (*word-of-mouth*), dan kerjasama (*cooperation*). Adapun indikator dan item yang digunakan adalah:

1) Indikator Kepercayaan (*trus*), terdiri dari 5 item:

Y₁₋₁ Kepercayaan terhadap manajemen rumah sakit,

Y₁₋₂ Kepercayaan terhadap konsistensi pelayanan rumah sakit yang diterima,

Y₁₋₃ Kepercayaan bahwa semua pertanyaan pasien akan dijawab tenaga medis secara sungguh-sungguh,

Y₁₋₄ Kepercayaan bahwa komunikasi yang diterima dari pihak rumah sakit sangat kredibel,

Y₁₋₅ Kepercayaan bahwa rumah sakit akan menepati janji yang diberikan kepada

pasien

2) Indikator Komitmen Psikologi (*Psychological Comitment*), terdiri dari 4 item:

- Y₁₋₆ Perasaan memiliki ikatan emosional terhadap rumah sakit,
- Y₁₋₇ Rasa memiliki yang tinggi terhadap rumah sakit,
- Y₁₋₈ Keramahan para tenaga medis membuat senang pasien,
- Y₁₋₉ Tidak terpengaruh terhadap alternatif yang ditawarkan akan lebih kecil dibanding harus pindah ke rumah sakit yang lain

3) Indikator Perubahan biaya (*Switching Cost*), terdiri dari 2 item:

- Y₁₋₁₀ Beban yang akan diterima pasien ketika terjadi perubahan
- Y₁₋₁₁ Merasa sangat kesusahan jika harus berpindah ke rumah sakit yang lain.

4) Indikator Perilaku publisitas (*Word-of-mouth*), terdiri dari 3 item:

- Y₁₋₁₂ Merekomendasikan rumah sakit kepada pasien lain
- Y₁₋₁₃ Menginformasikan pengalaman rumah sakit kepada pasien tentang kinerja rumah sakit
- Y₁₋₁₄ Memberikan tanggapan yang positif kepada pasien tentang kinerja rumah sakit.

5) Indikator Kerjasama (*Cooperation*), terdiri dari 3 item:

- Y₁₋₁₅ Menginformasikan kepada manajemen rumah sakit tentang suatu ide yang baik
- Y₁₋₁₆ Membolehkan nama dan komentar yang positif kepada rumah sakit untuk dipergunakan sarana promosi perusahaan
- Y₁₋₁₇ Lebih membicarakan masalah yang terjadi kepada pihak rumah sakit dari pada rumah sakit yang lain.

Penilaian terhadap loyalitas pasien diukur dengan menggunakan Skala angka 1 sampai dengan 4. Untuk variabel ini terdapat 17 item pertanyaan, dengan batasan kriteria sebagai berikut :

1. Sangat Tidak Setuju (STS): bila sikap anda sangat tidak setuju terhadap pernyataan dalam kuisisioner.
2. Tidak Setuju (TS) : bila sikap anda tidak setuju terhadap pernyataan dalam kuisisioner.

3. Setuju (S): bila sikap anda setuju terhadap pernyataan dalam kuisisioner.
4. Sangat Setuju (SS): bila sikap anda sangat setuju terhadap pernyataan dalam kuisisioner.

Pada prinsipnya data yang diperoleh melalui instrumen dengan skala likert adalah berbentuk ordinal. Untuk itu agar diperoleh data dengan ciri-ciri interval maka data yang diperoleh dari variabel kualitas pelayanan kesehatan, kepuasan pasien dan loyalitas pasien akan ditransformasi dengan *z-skor* dan *t-skor* untuk memenuhi syarat uji statistik *inferensial*.

3.5 Instrumen Penelitian

Instrumen pada penelitian ini berupa kuisisioner. Untuk mengetahui apakah data yang diperoleh dapat mengukur apa yang ingin diukur dan data dapat dipercaya, maka instrument penelitian perlu diuji terlebih dahulu, untuk itu perlu dilakukan uji *validitas* dan *reliabilitas*. Adapun uji tersebut adalah:

1) Pengujian *Validitas*

Validitas didefinisikan sebagai ukuran seberapa akurat suatu alat tes melakukan fungsi ukurannya. Instrumen dikatakan valid apabila mampu mengukur apa yang diinginkan, dan dapat mengungkapkan data dari variabel yang diteliti secara tepat. *Validitas* menunjukkan sejauh mana alat ukur itu mengukur apa yang diukur. Tinggi rendahnya *validitas* instrumen menunjukkan sejauh mana data terkumpul tidak menyimpang dari gambaran tentang variabel yang diteliti. Apabila *validitas* yang didapatkan semakin tinggi, maka tes tersebut akan semakin mengenai sasaran dan semakin menunjukkan apa yang seharusnya ditunjukkan. Pengujian *validitas* ini dilakukan dengan internal validity, dimana kriteria yang dipakai berasal dari dalam alat tes itu sendiri dan masing-masing item tiap variabel dikorelasi dengan nilai total yang diperoleh dari koefisien korelasi *product moment*. Apabila koefisien korelasi tidak signifikan, maka item yang bersangkutan gugur. Kriteria *validitas* setiap item atau butir pertanyaan adalah jika nilai sig. (*probability*) *correlation pearson* di bawah nilai α berarti butir pertanyaan tersebut valid, dan jika nilai sig. (*probability*) *correlation pearson* di atas nilai α , berarti butir pertanyaan tersebut tidak valid.

2). Pengujian *Reliabilitas* (Uji Keandalan)

Suatu alat pengukuran dikatakan reliabel apabila mendapatkan hasil yang tetap sama dari gejala pengukuran yang tidak berubah yang dilakukan pada waktu yang berbeda. *Reliabilitas* adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan (Singarimbun dan Efendi, 2005:140). Sedangkan Sugiyono (2012:97) berpendapat bahwa instrumen dikatakan reliabel apabila dipergunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama akan menghasilkan data yang sama. Uji *reliabilitas* digunakan juga untuk menguji keajegan hasil pengukuran kuesioner yang erat hubungannya dengan masalah kepercayaan. Suatu taraf tes dikatakan mempunyai taraf kepercayaan bila tes tersebut memberikan hasil yang tepat (ajeg). Pada pengujian ini, uji *reliabilitas* dengan uji statistik *Cronbach Alpha* dan diketahui bahwa variabel dikatakan reliabel jika memberikan nilai *cronbach alpha* $>0,7$.

Untuk mendapatkan kepastian seluruh item instrumen dalam penelitian ini dapat dimengerti atau tidak sebelum disebarkan ke responden, instrumen telah dilakukan Uji *validitas* dan *reliabilitas* instrumen yang dilakukan terhadap 30 Pasien di RSD dr. Soebandi Jember diluar responden yang sesungguhnya. Selanjutnya hasil uji coba instrumen dianalisis dengan bantuan komputer program SPSS versi 21. Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen pada indikator fasilitas fisik dapat dilihat pada tabel 3.3.

Tabel 3.3 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Indikator Fasilitas Fisik

Item	Korelasi	value	Kesimpulan
X _{1,1}	,752	0,000	Valid
X _{1,2}	,759	0,002	Valid
X _{1,3}	,751	0,000	Valid
X _{1,4}	,752	0,000	Valid
X _{1,5}	,751	0,000	Valid
X _{1,6}	,752	0,000	Valid

Koefisien *cronbach alpha* = 0,758 (Reliabel)

Sumber: Lampiran : 4

Indikator fasilitas fisik dengan enam item dan semua memiliki nilai korelasi yang signifikan karena $\text{value} < (0,01)$ sehingga dapat disimpulkan bahwa seluruh item indikator fasilitas fisik dinyatakan valid. Nilai koefisien *cronbach alpha* $> 0,70$ sehingga instrumen indikator fasilitas fisik dinyatakan reliabel. Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen pada indikator kehandalan dapat dilihat pada tabel 3.4.

Tabel 3.4 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Indikator Kehandalan

Item	Korelasi	value	Kesimpulan
X _{2.7}	,594	0,001	Valid
X _{2.8}	,787	0,000	Valid
X _{2.9}	,820	0,000	Valid
X _{2.10}	,589	0,001	Valid
X _{2.11}	,643	0,000	Valid
X _{2.12}	,685	0,000	Valid

Koefisien *cronbach alpha* = 0,784 (Reliabel)

Sumber: Lampiran : 4

Indikator kehandalan terdiri dari enam item, dan hasilnya semua memiliki nilai korelasi yang signifikan karena $\text{value} < (0,05)$ sehingga dapat disimpulkan bahwa seluruh item indikator kehandalan dinyatakan valid. Nilai koefisien *cronbach alpha* $> 0,70$ sehingga instrumen indikator kehandalan dinyatakan reliabel. Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen pada indikator daya tanggap dapat dilihat pada tabel 3.5.

Tabel 3.5 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Indikator Daya Tanggap

Item	Korelasi	value	Kesimpulan
X _{3.13}	,655	0,000	Valid
X _{3.14}	,767	0,000	Valid
X _{3.15}	,786	0,000	Valid
X _{3.16}	,658	0,000	Valid
X _{3.17}	,558	0,001	Valid
X _{3.18}	,426	0,019	Valid

Koefisien *cronbach alpha* = 0,778 (Reliabel)

Sumber: Lampiran : 4

Indikator daya tanggap terdiri dari enam item, dan semua memiliki nilai korelasi yang signifikan karena $\text{value} < (0,05)$ sehingga dapat disimpulkan bahwa seluruh item indikator daya tanggap dinyatakan valid. Nilai koefisien *cronbach alpha* $> 0,70$ sehingga instrumen indikator daya tanggap dinyatakan reliabel.

Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen pada indikator jaminan dapat dilihat pada tabel 3.6. Indikator jaminan dengan lima item dan semua memiliki nilai korelasi yang signifikan karena $\text{value} < (0,05)$ sehingga dapat disimpulkan bahwa seluruh item indikator jaminan dinyatakan valid. Nilai koefisien *cronbach alpha* $> 0,70$ sehingga instrumen indikator jaminan dinyatakan reliabel.

Tabel 3.6 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Indikator Jaminan

Item	Korelasi	value	Kesimpulan
X _{4.19}	,624	0,000	Valid
X _{4.20}	,404	0,027	Valid
X _{4.21}	,474	0,008	Valid
X _{4.22}	,683	0,000	Valid
X _{4.23}	,830	0,000	Valid
Koefisien <i>cronbach alpha</i> = 0,762 (Reliabel)			

Sumber: Lampiran : 4

Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen pada indikator empati dapat dilihat pada tabel 3.7. Indikator empati dengan lima item dan semua memiliki nilai korelasi yang signifikan karena $\text{value} < (0,05)$ sehingga dapat disimpulkan bahwa seluruh item indikator empati dinyatakan valid. Nilai koefisien *cronbach alpha* $> 0,70$ sehingga instrumen dimensi indikator dinyatakan reliabel.

Tabel 3.7 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Indikator Empati

Item	Korelasi	value	Kesimpulan
X _{5.24}	,806	0,000	Valid
X _{5.25}	,677	0,000	Valid
X _{5.26}	,473	0,008	Valid
X _{5.27}	,604	0,000	Valid
X _{5.28}	,854	0,000	Valid
Koefisien <i>cronbach alpha</i> = 0,787(Reliabel)			

Sumber: Lampiran : 4

Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen pada indikator komunikasi terapiutik dapat dilihat pada tabel 3.8. Indikator komunikasi terapiutik terdiri dari delapan item, dan semua memiliki nilai korelasi yang signifikan karena $\text{value} < (0,05)$ sehingga dapat disimpulkan bahwa seluruh item indikator komunikasi terapiutik dinyatakan valid. Nilai koefisien *cronbach alpha* $> 0,70$ sehingga instrumen indikator komunikasi terapiutik dinyatakan reliabel.

Tabel 3.8 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Indikator Komunikasi Terapiutik

Item	Korelasi	value	Kesimpulan
X _{6.29}	,735	0,000	Valid
X _{6.30}	,615	0,000	Valid
X _{6.31}	,776	0,000	Valid
X _{6.32}	,819	0,000	Valid
X _{6.33}	,706	0,000	Valid
X _{6.34}	,761	0,000	Valid
X _{6.35}	,662	0,000	Valid
X _{6.36}	,807	0,000	Valid

Koefisien *cronbach alpha* = 0,788 (Reliabel)

Sumber: Lampiran : 4

Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen pada variabel kepuasan pasien dapat dilihat pada tabel 3.9.

Tabel 3.9 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Variabel Kepuasan Pasien (Z)

Item	Korelasi	value	Kesimpulan
Z ₁	,537	0,002	Valid
Z ₂	,657	0,000	Valid
Z ₃	,615	0,000	Valid
Z ₄	,649	0,000	Valid
Z ₅	,803	0,000	Valid
Z ₆	,733	0,000	Valid
Z ₇	,721	0,000	Valid
Z ₈	,479	0,007	Valid
Z ₉	,479	0,007	Valid
Z ₁₀	,663	0,000	Valid

Koefisien *cronbach alpha* = 0,759 (Reliabel)

Sumber: Lampiran : 4

Variabel kepuasan pasien terdiri dari sepuluh item dan semua memiliki nilai korelasi yang signifikan karena $\text{value} < (0,05)$ sehingga dapat disimpulkan bahwa seluruh item variabel kepuasan pasien dinyatakan valid. Nilai koefisien *cronbach alpha* $> 0,70$ sehingga instrumen variabel kepuasan pasien dinyatakan reliabel.

Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen pada variabel loyalitas pasien dapat dilihat pada tabel 3.10. Variabel loyalitas pasien terdiri dari lima belas item dan semua memiliki nilai korelasi yang signifikan karena $\text{value} < (0,05)$ sehingga dapat disimpulkan bahwa seluruh item variabel loyalitas pasien dinyatakan valid. Nilai koefisien *cronbach alpha* $> 0,70$ sehingga instrumen variabel loyalitas pasien dinyatakan reliabel.

Tabel 3.10 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Variabel Loyalitas Pasien (Y)

Item	Korelasi	value	Kesimpulan
Y _{.1}	,386	0,035	Valid
Y _{.2}	,471	0,009	Valid
Y _{.3}	,643	0,000	Valid
Y _{.4}	,585	0,001	Valid
Y _{.5}	,615	0,000	Valid
Y _{.6}	,467	0,009	Valid
Y _{.7}	,592	0,001	Valid
Y _{.8}	,584	0,001	Valid
Y _{.9}	,647	0,000	Valid
Y _{.10}	,559	0,001	Valid
Y _{.11}	,597	0,000	Valid
Y _{.12}	,520	0,003	Valid
Y _{.13}	,484	0,007	Valid
Y _{.14}	,488	0,006	Valid
Y _{.15}	,499	0,005	Valid
Y _{.16}	,459	0,011	Valid
Y _{.17}	,512	0,004	Valid

Koefisien *cronbach alpha* = 0,831 (Reliabel)

Sumber: Lampiran : 4

3.6 Jenis dan Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah prosedur yang sistematis dan standar untuk memperoleh data yang diperlukan. Dalam penelitian ini teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara terstruktur, yakni pengumpulan data yang dilakukan dengan mengadakan wawancara langsung dengan pihak yang dianggap perlu dan berhubungan dengan obyek penelitian. Dalam hal ini informasi atau keterangan diperoleh langsung dari responden dengan cara tatap muka dan bercakap-cakap. Dalam penelitian ini responden adalah pasien rumah sakit daerah yang menggunakan kartu JKN-KIS.

Data yang digunakan dalam penelitian ini terdiri atas 2 jenis yaitu data primer dan data sekunder. Data primer yaitu data yang diperoleh dari pihak pelanggan rumah sakit/pasien dengan cara wawancara dan mengacu pada kuesioner yang telah disiapkan, dengan responden yang mewakili populasi. Data primer diperoleh dengan mengambil sampel dari sebagian populasi. Sedangkan data sekunder yaitu data yang diperoleh dari pihak kedua dalam hal ini berupa data jumlah pasien dan identitas lengkap pasien serta profil dari puskesmas dan rumah sakit yang menjadi obyek penelitian.

Langkah pengambilan data dilakukan sebagai berikut:

- 1) Peneliti atau enumerator mencari informasi pasien yang sudah diperbolehkan pulang oleh dokter rumah sakit.
- 2) Pasien di kaji apakah sesuai dengan kriteria *inklusi* dan *eksklusi* penelitian.
- 3) Selanjutnya melakukan *informed choise* dan *informed consent* kepada pasien dan keluarganya.
- 4) Memberikan quisioner kepada pasien dan keluarganya untuk di isi dan ditunggu sampai selesai mengisi.
- 5) Peneliti atau enumerator memberi penjelasan apabila pasien atau keluarganya kurang paham terhadap pertanyaan di quisioner.
- 6) Mengumpulkan kembali quisioner yang telah diisi oleh pasien atau keluarganya.

3.7 Analisis Data

3.7.1 Analisis Deskriptif

Analisis statistik deskriptif digunakan untuk memberikan gambaran atau deskripsi empiris atas data yang dikumpulkan dalam penelitian (Ferdinand, 2006). Analisis deskriptif dalam penelitian ini menggunakan distribusi yang mencakup dua aspek, yaitu:

- a. Deskripsi umum responden digunakan untuk menggambarkan jumlah dan persentase responden berdasarkan jenis kelamin, umur, status perkawinan, pendidikan terakhir, dan lamanya memimpin usaha, dan
- b. Deskripsi variabel penelitian digunakan untuk menggambarkan ukuran tendensi sentral dari masing-masing item dalam indikator.

3.7.2 Analisis Inferensial

Pada prinsipnya data yang diperoleh melalui instrumen dengan skala likert adalah berbentuk ordinal. Untuk itu agar diperoleh data dengan ciri-ciri interval maka data yang diperoleh dari variabel kualitas pelayanan kesehatan, kepuasan pasien dan loyalitas pasien akan ditransformasi dengan *z-skor* dan *t-skor* untuk memenuhi syarat uji statistik *inferensial*.

Statistik inferensial penelitian ini adalah analisis jalur (*Path Analysis*) dengan menggunakan *Amos*. Analisis jalur digunakan untuk menganalisis pola hubungan antar variabel dengan tujuan untuk mengetahui hubungan langsung maupun tidak langsung seperangkat variabel bebas (*eksogen*) terhadap variabel terikat (*endogen*).

Pertimbangan penggunaan analisis jalur didasarkan pada dua asumsi sebagai berikut (Sugiyono, 2012):

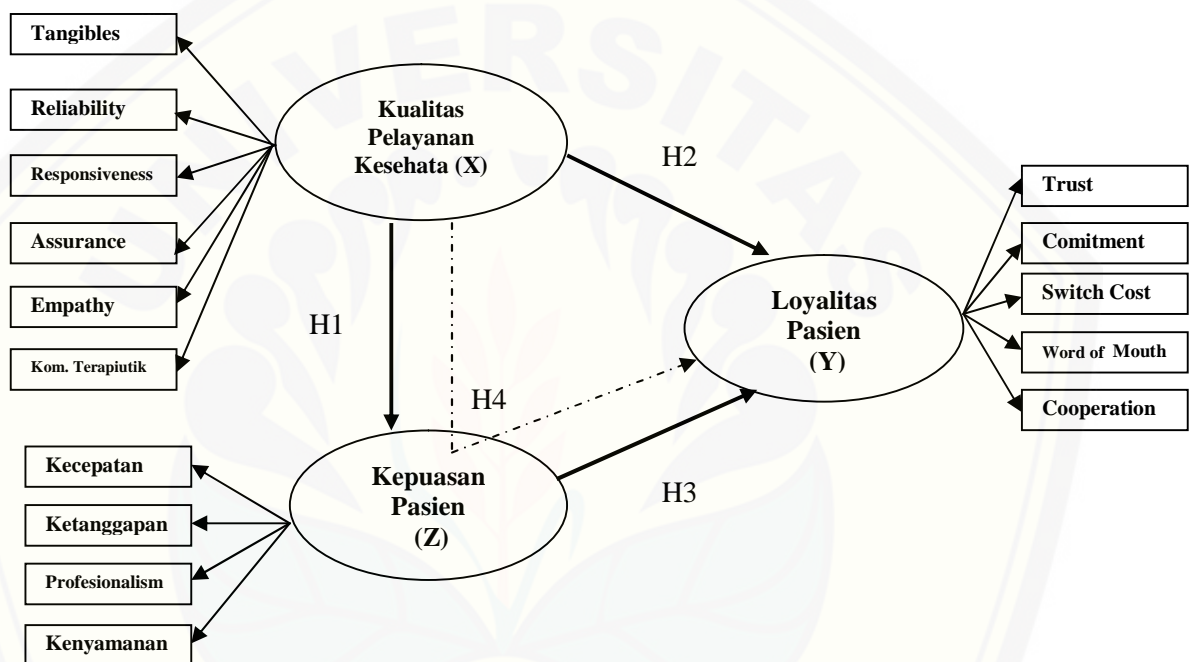
- a. Model hubungan variabel hanya terdapat jalur kausal atau sebab akibat searah, dan
- b. Mata setiap variabel yang dianalisis minimal dalam skala ukuran interval dan berasal dari sumber yang sama.

Langkah-langkah dalam analisis jalur diuraikan sebagai berikut.

- a. Merancang model berdasarkan konsep dan teori

Model persamaan struktural didasarkan pada hubungan kausalitas, dimana perubahan satu variabel diasumsikan akan berakibat pada perubahan variabel lainnya. Kuatnya hubungan kausalitas antara dua variabel terletak pada justifikasi (pembenaran) secara teoretis untuk mendukung analisis. Hubungan antar variabel dalam model merupakan deduksi dari teori (Ghozali, 2014).

Berdasarkan hubungan antar variabel secara teoritis dapat dibuat model dalam bentuk diagram jalur seperti ditunjukkan pada Gambar 3.1.



Gambar 3.1. Model Diagram Jalur

b. Pemeriksaan asumsi

Menurut Dachlan (2014), sebelum menggunakan data mentah maupun data berupa ringkasan statistik untuk analisis jalur, data asli seharusnya diperiksa terlebih dahulu untuk memastikan bahwa data telah memenuhi sejumlah asumsi yang dipersyaratkan. Hal ini dilakukan agar tidak akan memunculkan masalah pada analisis lanjutan.

Garson (2008) menyatakan bahwa analisis jalur memiliki beberapa asumsi diantaranya adalah linearitas, skala data minimal interval, dan sampel yang

cukup. Analisis jalur merupakan kasus spesial dari *Structural Equation Modeling/SEM* (Xue, 2007) sehingga data yang akan diuji menggunakan analisis jalur harus memenuhi asumsi SEM. Dachlan (2014) menyebutkan bahwa beberapa asumsi yang seharusnya terpenuhi dalam analisis SEM diantaranya adalah normalitas multivariat, linearitas, homoskedastisitas dan multikolinearitas serta identifikasi terhadap keberadaan data yang tidak lazim (*outlier*).

1) Normalitas multivariat

Asumsi normalitas dibutuhkan dalam analisis jalur karena jika asumsi ini dilanggar, maka signifikansi pengujian parameter (koefisien jalur) yang pada umumnya menggunakan uji t dinyatakan tidak valid, karena distribusi yang dijadikan dasar pengujian berangkat dari distribusi normal. Ada dua macam asumsi normalitas yang harus terpenuhi, yaitu normalitas univariat dan normalitas multivariat. Asumsi normalitas multivariat memiliki arti bahwa seluruh variabel memenuhi normalitas univariat, distribusi bersama (*joint distribution*) untuk setiap sembarang pasang variabel memenuhi normalitas bivariat, semua diagram pencar (*scatterplot*) pasangan variabel memenuhi asumsi linearitas dan homoskedastisitas. Evaluasi normalitas dilakukan dengan menggunakan harga absolut *critical ratio* sebesar 1,96 pada tingkat signifikansi 0,05 (Dachlan, 2014). Jika harga absolut *critical ratio* < 1,96 maka hipotesis nol yang mengatakan bahwa “data memenuhi asumsi normalitas multivariat” tidak bisa ditolak jadi data terdistribusi normal.

2) Multikolinearitas

Multikolinearitas dimaknai sebagai adanya hubungan sempurna antara beberapa variabel atau seluruh variabel independen dalam model regresi. Secara umum multikolinearitas merepresentasikan derajat dimana suatu variabel dapat dijelaskan oleh variabel-variabel yang lain atau terjadi interkorelasi yang sangat tinggi. Multikolinearitas terjadi karena variabel-variabel yang tampaknya terpisah secara independen namun sesungguhnya mengukur sesuatu yang sama (Dachlan, 2014).

Multikolinearitas dapat dilihat dari determinan matriks kovarian. Nilai determinan yang sangat kecil menunjukkan indikasi terdapatnya masalah multikolinearitas atau singularitas. Nilai yang jauh dari nol menunjukkan tidak ada masalah dengan multikolinearitas dan singularitas pada data yang dianalisis (Ghozali, 2014).

3) *Outlier*

Outlier adalah kondisi observasi dari suatu data yang memiliki karakteristik unik yang terlihat sangat berbeda jauh dari observasi-observasi lainnya dan muncul dalam bentuk yang ekstrim, baik untuk variabel tunggal maupun variabel kombinasi. Deteksi terhadap multivariat *outlier* dilakukan dengan memperhatikan nilai *Mahalanobis d-squared*.

Menurut Dachlan (2014), observasi yang mempunyai nilai D^2 (*Mahalanobis d-squared*) terbesar (ditampilkan AMOS di baris pertama) ditetapkan sebagai outlier jika:

- a) Mempunyai nilai p_1 dan/atau p_2 yang kecil ($<0,001$), dan
- b) Nilai D^2 nya jauh lebih besar (sangat berbeda) dibandingkan nilai D^2 untuk observasi-observasi lainnya.

4) Jumlah sampel

Sampel yang cukup dibutuhkan untuk menilai signifikansi. Hair *et al.* (2013) menyebutkan besar sampel minimum yang direkomendasikan adalah antara 100-150.

c. Menilai kelayakan model (*goodness of fit*)

Goodness of fit merupakan indikasi dari perbandingan antara model yang dispesifikasi dan matriks kovarian antar indikator atau *observed variabel*. Jika *goodness of fit* yang dihasilkan dari suatu model itu baik, maka model tersebut dapat diterima dan sebaliknya, jika *goodness of fit* yang dihasilkan dari suatu model itu buruk, maka model tersebut harus ditolak. *Goodness of fit* dapat diukur dengan menggunakan *absolute fit indices*, yaitu merupakan jenis *goodness of fit* yang membandingkan antara fit model secara teoritis dengan data yang dikumpulkan (Latan, 2012).

Chi-Square (χ^2) merupakan kriteria *fit indices* yang menunjukkan adanya penyimpangan antara *sample covariance matrix* dan model (*fitted covariance matrix*). Namun nilai chi-square hanya akan fit apabila asumsi normalitas data terpenuhi dan ukuran sampel adalah besar atau asymptotic (Hair *et al.*, 2013). Model dikatakan fit jika mempunyai nilai chi-square sama dengan 0 (nol) yang berarti tidak ada perbedaan antara input matriks kovarian yang diobservasi dengan model yang diprediksi.

d. Perhitungan koefisien korelasi

Korelasi, atau lebih tepatnya koefisien korelasi adalah ukuran yang menyatakan keeratan hubungan antar variabel (Dachlan, 2014). Ada beberapa jenis koefisien korelasi, namun yang paling banyak digunakan, termasuk dalam SEM, adalah koefisien korelasi linier momen hasil kali Pearson, atau disingkat dengan sebutan koefisien korelasi Pearson. Koefisien korelasi Pearson yang juga dikenal sebagai korelasi sederhana (*simple correlation*) ini mengukur tingkat keeratan hubungan linier antar dua buah variabel.

Koefisien korelasi mempunyai nilai berkisar dari -1 hingga +1. Nilai r yang semakin mendekati -1 berarti hubungan linier negatif antar kedua variabel semakin kuat. Hubungan linier negatif berarti semakin besar harga X maka harga Y akan semakin rendah, demikian sebaliknya. Nilai r yang semakin mendekati +1 berarti hubungan linier positif antar kedua variabel semakin kuat. Hubungan linier positif berarti semakin besar harga X maka harga Y juga akan semakin besar, demikian sebaliknya.

Nilai r yang semakin mendekati 0, baik dari arah negatif (kiri) maupun arah positif (kanan) berarti hubungan linier antar kedua variabel semakin lemah. Jika $r = 0$, maka bukan berarti kedua variabel tidak ada hubungan, melainkan sekedar tidak ada hubungan linier. Hal ini karena bisa jadi hubungan antar kedua variabel tetap ada namun berupa hubungan yang non linier, seperti misalnya hubungan kuadratis. Interpretasi kuat-lemahnya hubungan antar variabel yang dihasilkan menggunakan pedoman seperti pada Tabel 3.11.

Tabel 3.11 Pedoman Interpretasi Koefisien Korelasi

Interval Koefisien	Tingkat Hubungan
0,00 – 0,199	Sangat rendah
0,20 – 0,399	Rendah
0,40 – 0,599	Sedang
0,60 – 0,799	Kuat
0,80 – 1,00	Sangat kuat

Sumber: Sugiyono (2012)

e. Perhitungan koefisien jalur

Dalam korelasi arah dan kuatnya hubungan antar variabel ditunjukkan dengan koefisien korelasi. Arah hubungan adalah positif dan negatif, sedangkan kuatnya hubungan ditunjukkan dengan besar kecilnya angka korelasi. Koefisien korelasi yang mendekati angka 1 berarti kedua variabel mempunyai hubungan kuat atau sempurna (Sugiyono, 2012).

Dalam analisis jalur juga terdapat koefisien jalur. Koefisien jalur menunjukkan kuatnya pengaruh variabel eksogen terhadap variabel endogen. Koefisien jalur adalah koefisien regresi standar (standar z) yang menunjukkan pengaruh variabel eksogen terhadap endogen yang telah tersusun dalam diagram jalur. Hubungan jalur antar variabel dalam diagram jalur adalah hubungan korelasi, oleh karena itu perhitungan angka koefisien jalur menggunakan standar skor z. Pada setiap variabel eksogen tidak dipengaruhi oleh variabel-variabel yang lain dalam diagram, sehingga yang ada hanyalah suku residunya yang diberi notasi e atau sering juga disebut dengan variabel residual.

f. Pengujian hipotesis

Uji signifikansi parameter ini fokus pada nilai *critical ratio* (C.R) beserta *p-valuenya* dari loading struktural tersebut (Dachlan, 2014). Untuk pengujian hipotesis pengaruh langsung, kriteria pengambilan keputusan sebagai berikut:

- 1) Jika nilai $C.R > 1,96$ dan nilai $P < 0,05$ maka pengaruh antara variabel signifikan pada tingkat $\alpha = 5\%$.

- 2) Jika nilai $C.R > 1,645$ dan nilai $P < 0,1$ maka pengaruh antara variabel signifikan pada tingkat $\alpha = 10\%$.

Sedangkan untuk pengujian hipotesis pengaruh tak langsung, kriteria pengambilan keputusan sebagai berikut:

- 1) Jika nilai $|C.R| > |\pm 1,96|$, maka terdapat pengaruh tak langsung antar variabel-variabel tersebut yang signifikan pada tingkat $\alpha = 5\%$.
- 2) Jika nilai $|C.R| > |\pm 1,645|$, maka terdapat pengaruh tak langsung antar variabel-variabel tersebut yang signifikan pada tingkat $\alpha = 10\%$.

g. Interpretasi hasil analisis

Interpretasi hasil analisis adalah menafsirkan hasil yang diperoleh dari analisis jalur terhadap realita dan konsekuensinya bagi kepentingan praktis maupun pengembangan ilmu pengetahuan. Interpretasi yang dapat dilakukan meliputi: membaca angka-angka (statistik) yang diperoleh dari hasil analisis, menafsirkan koefisien-koefisien beserta tafsiran statistik dikaitkan dengan model penelitian (relasi antar variabel) yang diajukan, menafsirkan implikasi teoretis atas hasil yang diperoleh, menafsirkan implikasi praktis atas hasil yang diperoleh, membuat rekomendasi teoritis dengan mendasarkan pada implikasi teoretisnya, serta membuat rekomendasi praktis berdasarkan pada implikasi praktisnya (Dachlan, 2014).

3.7 Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian, peneliti mengajukan ijin kepada masing-masing Direktur Rumah Sakit untuk mendapatkan persetujuan melakukan penelitian pada subjek pasien dengan menekankan masalah etika yaitu meliputi :

- 3.1.1 *Etical Clereance*; peneliti ini telah mendapat rekomendati kelaikan etik penelitian dari Komisi Etik RSUD dr. Soetomo Surabaya, Fakultas Kedokteran Unair Surabaya, nomor: 466 /Panke. KKE /IX 2015 tanggal 29 September 2015

3.1.2 *Informed Consent*; Lembar penjelasan dan Lembar persetujuan penelitian diberikan kepada responden jika subyek bersedia diteliti harus bersedia menandatangani lembar persetujuan. Jika subyek menolak untuk diteliti maka peneliti tidak memaksa dan menghormati hak-haknya.

3.1.3 *Anonimity* (Tanpa Nama)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas subyek, peneliti tidak mencantumkan nama subyek pada lembar pengumpulan data (kuesioner). Yang diisi oleh subyek, lembar tersebut hanya diberi nomer kode tertentu.

3.1.4 *Confidentialy*

Kerahasiaan informasi identitas subyek dijamin oleh peneliti.

3.8 Keterbatasan Penelitian

Meskipun penelitian ini telah menghasilkan temuan yang berkaitan dengan pengukuran kualitas kinerja pelayanan publik khususnya bidang kesehatan, kepuasan pasien dan loyalitas pasien, namun terdapat beberapa keterbatasan yaitu:

- a. Penelitian ini dilakukan hanya di Rumah Sakit Umum pemerintah, tidak mengambil data di Rumah Sakit Umum swasta, sehingga hasilnya belum menggambarkan kondisi loyalitas pasien yang menyeluruh, tetapi spesifik generalisasi pelayanan di rumah sakit pemerintah dengan pasien peserta JKN-KIS. Hal ini karena makna dan indikator loyalitas pasien di Rumah Sakit pemerintah dan swasta berbeda.
- b. Penelitian ini dilakukan secara spesifik hanya di Rumah Sakit Umum tingkat rujukan, tidak mengambil data di fasilitas kesehatan (FASKES) tingkat pratama, sehingga hasilnya belum menggambarkan kondisi loyalitas pasien kualitas pelayanan kesehatan dan kepuasan pasien peserta JKN secara menyeluruh, tetapi spesifik generalisasi pelayanan di rumah sakit tingkat rujukan saja.

- c. Penelitian ini dilakukan hanya di Rumah Sakit Umum pemerintah dengan karakteristik responden mayoritas peserta JKN-KIS dari kelas 3, golongan PBI (penerima bantuan iuran), sehingga persepsi mereka tentang kepuasan dan loyalitas mempengaruhi tingkat loyalitasnya.



BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan loyalitas pasien JKN-KIS di Rumah Sakit rujukan utama di Jawa Timur dengan cara menguji dan menganalisis kualitas pelayanan kesehatan (dengan indikator fasilitas fisik, kehandalan, daya tanggap, jaminan, empati (*SERVQUEL*), ditambah dengan indikator komunikasi terapeutik) dan kepuasan pasien. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 366 pasien rumah sakit rujukan utama di Jawa Timur, yaitu RSUD dr. Soetomo Surabaya, RSUD Syaiful Anwar Malang dan RSD dr. Soebandi Jember. Data yang sudah terkumpul kemudian dianalisis dengan menggunakan analisis jalur program Amos. Berdasarkan pembahasan dan temuan studi, dapat ditarik beberapa kesimpulan sebagai berikut.

Secara keseluruhan, dari empat hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini terdapat tiga hipotesis yang diterima dan satu hipotesis yang ditolak. Hasil pengujian hipotesis pengaruh langsung terdapat 2 jalur langsung berpengaruh signifikan, yaitu kualitas pelayanan kesehatan terhadap kepuasan pasien, dan kepuasan pasien terhadap loyalitas pasien. Sedangkan 1 jalur berpengaruh tidak signifikan yaitu kualitas pelayanan kesehatan terhadap loyalitas pasien. Hasil pengujian hipotesis pengaruh tak langsung terdapat 1 jalur tidak langsung yang berpengaruh signifikan, yaitu kualitas pelayanan kesehatan terhadap loyalitas pasien melalui kepuasan pasien.

Secara umum kualitas layanan publik dalam hal ini kualitas pelayanan kesehatan kepada peserta program JKN-KIS di rumah sakit rujukan utama di Jawa Timur, menurut persepsi pasien mayoritas kualitasnya baik. Tetapi masih ada sebagian kecil pasien yang merasa kualitasnya kurang baik dan masih perlu ditingkatkan.

Variabel kualitas pelayanan kesehatan berpengaruh langsung terhadap kepuasan pasien. Pengaruh tersebut baik secara sendiri-sendiri atau secara bersamaan. Artinya, untuk mendapatkan kepuasan pasien peserta JKN-KIS terhadap pelayanan kesehatan di rumah sakit harus didahului dengan

meningkatkan kualitas fasilitas fisik, meningkatkan kualitas kehandalan pegawai, meningkatkan kualitas daya tanggap pegawai, meningkatkan kualitas jaminan, meningkatkan empati petugas terhadap pasien dan meningkatkan kemampuan dalam berkomunikasi yang terapiutik seluruh tenaga kesehatan rumah sakit dengan pasien. Pelayanan kepada pasien dirumah sakit harus mempertimbangkan prinsip *justice* atau rasa keadilan masyarakat sehingga semua masyarakat mendapat pelayanan dengan standard yang sama. Dengan kebijakan JKN-KIS ini diharapkan masyarakat Indonesia semua mendapat pelayanan kesehatan bila menderita sakit dengan rasa keadilan tidak memandang kaya atau miskin, karena sudah dijamin oleh BPJS Kesehatan.

Variabel kualitas pelayanan kesehatan berpengaruh tidak signifikan terhadap loyalitas pasien. Pengaruh tidak signifikan tersebut ketika dilakukan secara sendiri-sendiri maupun secara bersamaan. Artinya, untuk mendapatkan loyalitas pasien peserta JKN-KIS terhadap rumah sakit tidak bisa hanya sekedar meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan tanpa membuat pasien puas terlebih dahulu. Pasien peserta JKN-KIS khususnya peserta dari golongan PBI (keluarga miskin), cenderung mudah loyal kepada rumah sakit karena merasa tidak membayar biaya perawatan, sehingga kondisi kualitas pelayanan kesehatan apapun mereka tetap loyal kepada rumah sakit karena merasa tidak membayar dan tidak ada pilihan.

Kualitas pelayanan kesehatan secara tak langsung berpengaruh signifikan dalam meningkatkan loyalitas pasien melalui kepuasan pasien. Artinya, untuk mendapatkan pasien yang loyal terhadap rumah sakit, dapat diperoleh apabila pasien merasa puas terhadap pelayanan kesehatan yang diterima selama dirawat dirumah sakit. Dengan demikian untuk mendapatkan loyalitas dari pasien dan keluarganya harus dimulai dari meningkatkan kualitas pelayanannya yang bisa membuat pasien merasa puas, dengan meningkatkan kualitas fasilitas fisik, meningkatkan kualitas kehandalan dan keterampilan pegawai, meningkatkan kualitas daya tanggap pegawai terhadap pasien, meningkatkan kualitas jaminan rumah sakit terhadap pasien, meningkatkan empati petugas terhadap pasien dan meningkatkan kemampuan dalam berkomunikasi yang terapiutik seluruh tenaga

kesehatan rumah sakit dengan pasien. Dengan demikian apabila pasien merasa puas terhadap pelayanan kesehatan yang diterima mereka akan loyal terhadap rumah sakit dimana dia dirawat.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan keterbatasan penelitian, maka saran yang diajukan dalam penelitian ini yaitu:

- a. Penelitian selanjutnya mungkin bisa mengambil sektor pelayanan JKN-KIS yang lebih luas dimulai dari pelayanan di tingkat pratama sampai rujukan ke rumah sakit dengan semua strata sehingga data relatif komprehensif, artinya hasil analisis dan generalisasi lebih luas. Penelitian selanjutnya diharapkan menggunakan sampel yang lebih banyak dan mencakup daerah yang lebih luas sehingga hasilnya dapat digeneralisasi secara nasional.
- b. Untuk mengukur kualitas pelayanan kesehatan bisa menggunakan indikator fasilitas fisik, kehandalan, daya tanggap, jaminan, empati (*SERVQUEL*), dan komunikasi terapiutik menjadi satu variabel.
- c. Loyalitas yang tinggi peserta JKN-KIS di Rumah Sakit pemerintah terjadi bukan karena kualitas pelayanan semata, tetapi lebih karena mereka merasa tidak membayar dan tidak ada pilihan lain, sehingga rumah sakit pemerintah harus terus meningkatkan kualitas pelayanannya sehingga pasien merasa puas dan menjadi loyal agar pasien tidak berpindah ke rumah sakit swasta yang dikenal lebih *private* dalam pelayanannya, karena di era persaingan bebas sekarang ini BPJS-Kesehatan selaku operator program JKN-KIS melaksanakan kerjasama pelayanan kesehatan dengan semua rumah yang memenuhi persyaratan baik pemerintah maupun swasta. Demikian pula sebaliknya, rumah sakit swasta juga harus meningkatkan kualitas pelayanannya dengan meningkatkan kehandalan tenaga medis dan paramedis, meningkatkan kelengkapan sarana dan peralatan medis dengan menggunakan teknologi yang modern untuk meningkatkan kepuasan pasien dan menjadikan loyal pasiennya, sehingga penyebaran pelayanan kesehatan menjadi lebih merata.

- d. BPJS Kesehatan sebagai operator pelaksana implementasi kebijakan JKN-KIS harus lebih selektif dan melakukan evaluasi berkala kepada rumah sakit-rumah sakit mitra terhadap kualitas pelayanan setiap rumah sakit. Perlunya *reward* and *punishment* terhadap rumah sakit mitra agar selalu meningkatkan kualitas pelayanannya kepada peserta JKN-KIS.



DAFTAR PUSTAKA

- Abdurrouf, M., dan D.W.P. Sari., 2017. Model Loyalitas Pasien Berbasis Kualitas Pelayanan Rumah Sakit Islam di Semarang. *Jurnal Kesehatan*, Volume VIII, Nomor 3, November 2017, hlm 435-440
- Abu, S.D. 2015. Kualitas Pelayanan Pengaruhnya Terhadap Kepuasan Pasien Dalam Meningkatkan Loyalitas Pasien Rawat Jalan Di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul. *Thesis*. Yogyakarta, Program Studi Manajemen Rumah Sakit, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Adil, A., M. Syamsun, dan M.Najib. 2017. Pengaruh Kualitas Pelayanan dan Biaya terhadap Kepuasan dan Loyalitas Pasien RSUD Kota Bogor. *Jurnal Aplikasi Manajemen (JAM)* Vol 14 No 3, 2016.
- Adikoesoemo, S. 2003. *Manajemen Rumah Sakit*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan : 46-48.
- Aditama, Y.T. 2006. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: Universitas Indonesia: 169-241.
- Ah-Keng Kau dan E. Wan-Yiun Loh, 2006. The effects of service recovery on consumer satisfaction: a comparison between complainants and non complainants, *Journal of Services Marketing*, Vol. 20 Issue: 2, pp.101-111, <https://doi.org/10.1108/08876040610657039>
- Ahyani, D. dan A.K. Djaelani. 2014. Pengaruh Harga dan Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap di RSD dr. Syaiful Anwar Malang, *JEMA*, Vol.12 no.2. Agustus 2014
- Alhassan, F. 2014. Service Quality in National Health Insurance Scheme Healthcare: A Case Study of WA Municipal National Health Insurance Scheme in the Upper West Region of Ghana. *Journal of IISTE*, Vol.4, No.20, 2014. pp. 108-123
- Arab, M. 2012. The Effect of Service Quality on Patient loyalty: a Study of Private Hospitals in Tehran, Iran. *Iran J Public Health*. 2012; 41(9): 71–77
- Ariff, M.S.M, L. O. Yun, N. Zakuan, K. Ismail. 2012 The Impacts of Service Quality and Customer Satisfaction on Customer Loyalty in Internet Banking. *1st World Congress of Administrative & Political Sciences (ADPOL-2012)*
- Arikunto, S. 2013. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta .Edisi revisi kelima, penerbit Renika Cipta.
- Astuti, H.J. dan K. Nagase. 2014. Patient Loyalty To Healthcare Organizations: Relationship Marketing And Satisfaction. *International Journal of Management and Marketing Research*. Vol. 7, No. 2, 2014, pp. 39-56

- Azwar, A. 1996. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Sinar Harapan.
- Belanger, C., J. Mount, M. Wilson. 2002. *Institutional Image and Retention. Tertiary Education and Managemenet* 8: 217-230.
- Bhattacharya, A.P.M., V. Kaushal, K.L.N Rao. 2004. Sudy Patient Satisfaction in a Tertiary Referral Hospital. *Journal of the Academy of Hospital Administration* Vol.15 No.1: 29-32.
- Blomer, S. 2002. *Dimensions of Customer Loyalty-Separating Friends from Well Wishers Cornell Hotel and Restaurant*. Administration Quarterly, Cornel University: 49-50.
- Bolla, I.N. 2002. Hubungan Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Di Ruang Rawat Inap Melati RSUD Subang. Stikes A. Yani. Cimahi. *E-Journal Kesehatan Ahmad Yani*, www.stikesayani.ac.id/publikasi/e-journal/filesx
- Bologlu, S. 2002. Dimention Of Costumer Loyalty-Separating Friends From Well Wishers Cornell Hotel And Restaurant. Administration Quarterly, Cornel University, *European Journal of Marketing*, page 1372-1388.
- Bolton, N.R. dan J.H. Drew. 1994, A Longitudinal of the Impact of Service Changes on Consumer Attitudes, *Journal of Marketing*, 55 (January).
- Bromley, Donald W. 2006. *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.
- Chunlaka, P. 2010. Patients Satisfaction Toward Nurses Service Quality At Samitivej Srinakaran Hospital. *Thesis*, http://thesis.swu.ac.th/swuthesis/Bus_Eng_Int_Com/Poramaphorn.C.pdf. Accessed Maret 2016
- Cooper, P.D. 1994. *Health Care Marketing: A Foundation For Managed Quality*. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publisher, Inc.: 1-331.
- Cronin, J., K., M.G. Brady dan T. M. Hult. 2000. "Assesing The Effects of Quality, Value, and Customer Satisfaction on Con-sumer Behavioral Intentions in Service Envi-ronment", *Journal of Retailing*, page 193-218.
- Dachlan, U. 2014. *Panduan Lengkap Structural Equation Modeling*, Edisi Pertama. Semarang: Lentera Ilmu.
- Denhardt, J.V dan R.B. Denhardt. 2003. *The New Public Service: Serving Rather Than Steering*. NJ: Prentice Hall
- Donney, P.M dan J.P. Cannon. 1997. An Examination of the Nature of Trust in Buyer Seller Relationship. *Journal of Marketing* 61: 35-51.

- Dunn, W.N. 2003. *Public Policy Analysis: And Introduction*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- Edwards III, George, C. 1980. *Implementing Public Policy*. Washington DC; Congressional Quarterly Press.
- Engel, J.F. dan R.D. Blakweel. 1992, *Customer Behavior*, 6th Edition, The Dryden Press., New York.
- Ferdinand, A. 2006. *Metode Penelitian Manajemen*, Edisi 2, Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Finley, V.M. 2001. *Patient Satisfaction in Managed Care*. Departement of Public Administration University of Nevada, Las Vegas (March 25). Melalui [http://www.indonusa-ac.id/pdf5_acade_med/writing/publichealth/pdf\(4/21/04\)](http://www.indonusa-ac.id/pdf5_acade_med/writing/publichealth/pdf(4/21/04)).
- Fitriani, S dan R. Trisnawati, 2015. Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Loyalitas Melalui Kepuasan Pasien Pengguna BPJS Di Rawat Inap RSUD Dr. Moewardi. *Jurnal Ekonomi Manajemen Sumber Daya*, Vol. 17, No. 1, Juni 2015
- Fornell, J., A. Cha. dan Bryyant, 1996, A National Customer satisfaction Barometer : The Swedish Experience, *Journal of Marketing*, 56 (January).
- Gappmayer, Dawson, 1990, *Quality Service Management*, 1st Edition, Boston: Pws-Kent Publishing Company.
- Garson, D, 2008, *Path Analysis*, Raleigh, North Carolina: North Carolina State University.
- Ghozali, I. 2014. *Model Persamaan Struktural: Konsep dan Aplikasi dengan Program AMOS 22.0*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Grindle, Mirilee, S. 1980. *Politics and Implementation in The Third World*. New Jersey: Princeton University Press.
- Griffin, J., 1996, *Customer Loyalty: How to Earn It, How to Keep It*, New York: Simon and Chuster, Inc..
- Gunawan K. dan S.P. Djati, 2011. Kualitas Layanan dan Loyalitas Pasien (Studi pada Rumah Sakit Umum di Kota Singaraja Bali) *Jurnal Manaajemen dan Kewirausahaan Vol. 13 No. 1* Maret 2011 32-39
- Hadi, S., 2004, *Statistik*, Jilid I, Yogyakarta, Andy Offset.
- Hair, Jr., W. C. Black, B. J. Babin, dan R. E. Anderson. 2013. *Multivariate Data Analysis* (Seventh Edition). London, England: Pearson Education Limited.

- Hardiman, A. 2003. *Rumah Sakit Indonesia Belum Siap Bersaing*. Melalui <http://www.kompas.com/kompas-cetakr/0412/22/humaniora1455383.html-4k>. (diakses 4/21/14)
- 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)
- Haryono, E, H. Kusnanto dan M. S. Nusyirwa. 2006. Hubungan Persepsi terhadap Kualitas Pelayanan dengan Minat Pemanfaat-an Pelayanan Rawat Inap Puskesmas dan Balai Pengobatan Swasta di Kabupaten Tapanuli Tengah, *Working Paper Series No.4*, Universitas Gadjah Mada.
- Hayes, B.E (1997) *Measuring Customer Satisfaction; Survey Design, Use, and Statistical Analysis Methods*. Second Edition. Wilwaukee, Wisconsin. AQS Quality Press.
- Hollbrook A.C., and Coffman, Deal, 1985, *Services Management*, 4th Edition, International Edition. Kansas: McGraw-Hill Book Co.
- Jacobalis, S. (1999). *Menjaga Mutu Pelayanan Di Rumah Sakit (Quality Assurance)*; Persi, Jakarta
- Jeyasudha, K. Dan K. Jawaharrani. 2016. Impact of Perceived Service Quality on Patient Satisfaction and Loyalty in Private Health Care Centres with special reference to Chennai City: A Structural Equation Modeling Approach. *Asian Journal of Research in Social Sciences and Humanities* Vol. 6, No. 4, April 2016, pp. 719-742. ISSN 2249-7315 A
- Kanuk, L.L. dan Schiffman, 1997. *Corporate Culture*. 1stEdition, London: Random Century House.
- Keban, YT. 2004. *Enam Dimensi Strategis Administrasi Publik; Konsep, Teori dan Isu*. Yogyakarta: Gava Media
- Kemenkes 2011. *Lima Strategi Operasional Turunkan Angka Kematian*. 5 Juni 2011: www.depkes.go.id (diakses pada pukul 18.15)
- Kemenkes 2013. *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*, Jakarta, Kemenkes & JKN.
- Kolb, Scott J, Kathryn E.H.Race and Jerry H. Seibert. 2000. Psychometric Evaluation of an Inpatient Psychiatric Care Consumer Satisfaction Survey. *The Journal of Behavioral Health Service and Research* 27: 75-86.
- Kolodinsky. 1999. Consumer Satisfaction with a Managed Health Care Plan. *The Journal of Consumer Affairs* 33: 223-235.
- Kotler, P. 2003. *Marketing Management*. Engelwood Cliffs: Prentice Hall International Inc. A Division of Simoon and Scuster: 64-451.

- Kotler, P dan Nancy L. 2007. *Marketing in the Public Sector* Warthon School Publising. New Jersey .
- Kranias, A., M. Bourlessa. 2013 Investigating the relationship between service quality and loyalty in Greek banking sector. *International Conference on Applied Economics (ICOAE) 2013. Procedia Economics and Finance 5* (2013) 453 – 458
- Latan, H., 2012, *Structural Equation Modeling: Konsep dan Aplikasi Menggunakan Program LISREL 8.80*, Bandung: Alfabeta.
- Lester, James P. & John Stewart. 2000. *Public Policy; An Evaluationary Approach*. Second Edition. Australia. Wads Ward.
- Lim, C.P. dan N.K.H. Tang. 2000. A Study of Patients Expectation and Satisfaction in Singapore Hospital International. *Journal of Health Care Quality Assurance* 13 No.7: 290-299.
- Lin, H.C., S. Xirasagar dan J. N. Laditka. 2004. Patient perceptions of service quality in group versus solo practice clinics. *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 16, Issue 6, 1 December 2004, Pages 437–445, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzh072>
- Lois, White. 2005. *Foundations of Nursing*. Second Ed. New York: Thomson Delmar
- Lovelock, C.H 2001. *Service Marketing, People, Technology, Strategy*. USA: Prentice Hall Internasional. Inc.: 54-80.
- Lovelock, C.H dan L.K.Wright. 2002. *Principles of Service Marketing and Management*. USA: Prentice Hall Internasional. Inc.: 50-325.
- Mahanani, P. 2016. Loyalitas Pasien Rawat Inap Melalui Layanan BPJS Kesehatan (Studi pada RSI Jemursari Surabaya). *Business and Finance Journal*, Volume 1, No. 1, March 2016
- Martin, LL. & Ketter, PM. 1996. *Measuring the Performance of Human Service Program*. New Dehhi: Sage Publication.
- Mercier, S. dan J. Fikes. 1998. Factor to Consider in the Delivery of Quality Services by Hospitals. *Hospital Materiel Management Quarterly* 19:35-43.
- Minh, N.V., N.H.Huu. 2016. The Relationship between Service Quality, Customer Satisfaction and Customer Loyalty: An Investigation in Vietnamese Retail Banking Sector. *Journal of Competitiveness* Vol. 8, Issue 2, pp. 103 - 116, June 2016. ISSN 1804-171X (Print), ISSN 1804-1728 (Online), DOI: 10.7441/joc.2016.02.08
- Mubaraki, M. 2012. Application of total quality management principles in small and medium firms. *European Scientific Journal*. 8(25): 20-27.

- Mulyana, E.R. 2010. Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan dan Kepercayaan Pasien Rawat Inap RS Ganesha Gianyar Bali, *Thesis*, Denpasar, Program Magister Manajemen Universitas Udayana.
- Muninjaya, G.A.A. 2004. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC: 220-234.
- Munhurrun, P.R. dan S. D. L. Bhiwajee. 2010. Service Quality In The Public Service. *International Journal Of Management And Marketing Research*. Volume 3, Number 1 2010
- Nicolaides, E. dan E. Zigiriadis. 2017. Service Quality in Public Hospitals in Gauteng Province, South Africa: an Ethical Approach to Translate Current Practices Into 'People' Strategy. *International Journal of Medical Science and Clinical Invention*, vol. 4, Issue 7, July, 2017: pp. 3087-3098
- Napitulu, 1997. Kepuasan pasien Askes dan non-Askes di RSUD Pasar Rebo Jakarta. *Tesis*, Jakarta. KARS Universitas Indonesia.
- Neupane, R. dan M. Devkota. 2017. Evaluation of the Impacts of Service Quality Dimensions on Patient/Customer Satisfaction: A Study of Private Hospitals in Nepal. *Int. J. Soc. Sc. Manage. Vol. 4, Issue-3: 165-176*. DOI: 10.3126/ijssm.v4i3.17520
- Nguyen, N. dan G. Leblanc. 2002. Contact Personnel, Physical Environment and Perceived Corporate Image of Intangible Services by New Clients. *International Journal of Service Industry Management* 13: 242-262.
- Nirwana, S. 2008. *Analisis Jalur*. Bandung: UPT Jurusan Statistik FMIPA UNPAD: 1-116.
- Nogami, H 2012. *Examine The Relations Between Patient Satisfaction, Loyalty & Trust*. Yamaguchi University, 2-16-1 Tokiwadai Ube City, Yamaguchi, pp. 755-8611
- Nugroho, H.A. 2009. Hubungan Antara Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Kepuasan Pasien Di Rumah Sakit Islam Kendal. *Jurnal Keperawatan Vol. 2 No. 2 – Maret 2009 : 36 -41*.
- Nugroho, R.D 2008. *Kebijakan Publik Formulasi, Implementasi dan Evaluasi*. PT.Gramedia: Jakarta.
- Nursalam, 2011. *Manajemen Keperawatan Edisi 3*. Jakarta; Salemba Medika
- Oliver, R.L, 1993, Cognitive, Affective, and Attribute Bases of The Satisfaction Response, *Journal of Consumer Research*, 5 (March).
- Oliver, R.L, 1997, Measurement and Evaluation of Satisfaction Processes in Retail Setting, *Journal of Marketing research*, 20 (December).

- Oliver, R.L, dan W.S DeSarbo, 1988, Response Determinants of Satisfaction Processes in Retail setting, *Journal of Retailing*, 57 (Fall).
- Olshavsky, R.W., 1985, Consumer Satisfaction, *Journal Of Marketing*, 20 (Jan).
- Parasuraman, A., V.A. Zeithaml dan L.L. Berry. 1985. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implication for Future Research, *Journal of Marketing Vol.9*, Fall 1985, page 45-50.
- Parasuraman, A., V.A. Zeithaml dan L.L. Berry. 1994. "SERVQUAL: Review, Critique Research Agenda", *Journal of Marketing*, page 111-124.
- Patawayati, D. Zain, M. Setiawan dan M. Rahayu. 2013. Patient Satisfaction, Trust and Commitment: Mediator of Service Quality and Its Impact on Loyalty (An Empirical Study in Southeast Sulawesi Public Hospitals). *IOSR Journal of Business and Management (IOSR-JBM)* e-ISSN: 2278-487X. Volume 7, Issue 6 (Jan. - Feb. 2013), PP 01-14
- Potter dan Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Edisi 4. Volume 1. (terjemahan) Jakarta: EGC
- Prasetyono, U. 2013. Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Loyalitas Pasien di RS Islam Sultan Agung Semarang. *Thesis*: <http://eprints.dinus.ac.id/id/eprint/17285> (diakses 12-12-2014)
- Prudential. 2013. *Sejarah Asuransi di Indonesia*, artikel <http://www.prudent.web.id/html> (diakses 20-2-2014)
- Pujianto, S. 2016. Effect Of The Services Quality, Therapeutic Communication, Hospital Brand Image And Patient Satisfaction On The Patient Loyalty At Dr. Soediran Mangun Sumarso Area General Hospital Wonogiri District, *Thesis*, Surakarta, Magister Manajemen STIE-AUB. ejournal.net/portal/index.php
- Qomariah, N. 2015. Pengukuran Kepuasan dan Loyalitas Pasien Rumah Sakit Berbasis Customer Relationship Management, *Prosiding, The 3rd Call for Paper Syariah Paper Accounting FEB UMS*, ISSN 2460-0784, UMS Semarang.
- Rangkuti, F. 2006. *Measuring Customer Satisfaction. Teknik Mengukur dan Strategi Meningkatkan Kepuasan pelanggan*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Rifai, A. 2015. Pengaruh Persepsi Masyarakat Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Pengobatan di Puskesmas Binjai Kota Tahun 2004, *Tesis*, Medan Universitas Sumatera Utara.
- Rizal, R., Suardi, M. dan Yuliasri, 2017. Pengaruh Kualitas Pelayanan dan Kepuasan Pasien Peserta BPJS Kesehatan sebagai Mediasi terhadap Loyalitas Pasien. *Jurnal Sains Farmasi & Klinis*. Vol. 03 No. 02 Mei 2017. pp 08-114

- RSD dr Soebandi. 2016. *Profil Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember Tahun 2015*, Jember
- RSUD dr Soetomo. 2016. *Profil Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soetomo Surabaya Tahun 2015*, Surabaya
- RSUD dr Syaiful Anwar. 2016. *Profil Rumah Sakit Umum Daerah dr. Syaiful Anwar Tahun 2015*, Malang
- Sabarguna, B. 2004. *Pemasaran Rumah Sakit*. Yogyakarta: Konsorsium RSI:1-21.
- Sabihaini. 2002. "Analisis Konsekuensi Keperilakuan Kualitas Layanan: Suatu Kajian Empirik", *Usahawan*, hal: 29-36.
- Savas, E.S, 1994. *Privatization: The Key To Better Government*. New Jersey: Chatham House Publishers Inc.
- Segoro, W. 2013. The Influence of Perceived Service Quality, Mooring Factor, and Relationship Quality on Customer Satisfaction and Loyalty. *1st World Congress of Administrative & Political Sciences (ADPOL-2012), Procedia - Social and Behavioral Sciences* 81 (2013) 306 – 310
- Sewow, R.N.J dan A.J.M. Rattu (2016) *Hubungan Antara Mutu Pelayanan Dengan Loyalitas Pasien Di Poliklinik Interna Rumah Sakit Gunung Maria*. Respiratory UI.
- Sheldon, L.K. 2009. *Communication For Nursing; Talking With Patien*, Second Edition, St. Louis Ma; Sannders/Elsever.
- Siagian, Sondang P. 2005. *Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Jakarta; PT Gunung Agung.
- Sibarani, T. Dan A. L. Riani. 2017 The Effect of Health Service Quality and Brand Image on Patients Loyalty, With Patients Satisfaction as Mediating Variable (A Study in Vip Ward Of Prof. Dr R Soeharso Ortopedics Hospital In Surakarta). <http://jurnal.uns.ac.id/smbr>
- Singarimbun dan S. Efendi. 2005. *Metode Penelitian Survai*, LP3ES, Jakarta: 166-168.
- Spreng, R.A., dan C. Dixon. 1992, *Consumer Satisfaction*, 1th Edition, Mc Graw-Hill International, New York.
- Spreng, R.A, Scott B. MacKenzie, dan Richard W. Olshavsky, 1996, A Reexamination of the determinants of Consumer Satisfaction, *Journal Of Marketing*, 60 (July).
- Stuart, G.W. and Sundeen S.J. 2009. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. CV Mosby Company. USA.
- Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sulastomo. 2003. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: Gramedia: 117-175.

- Supranto, J., 1997, *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan Untuk Menaikkan Pangsa Pasar*, Edisi Pertama, Rineka Cipta, Jakarta .
- Supriyatmini, T. 2005. *Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Loyalitas Nasabah Pada Baitul Mal Wattanwil (BMT) Kafah Semarang*, UNNES, hlm. 41
- Surjaningrat, S. 1997. *Kumpulan Peraturan tentang Rumah Sakit*. Jakarta: PT. Mitra Info: 1-285.
- Surydana, L. 2017. Service Quality, Customer Value and Patient Satisfaction on Public Hospital in Bandung District, Indonesia. *International Review of Management and Marketing*. Vol 7, Issue, 2017: pp. 187-192
- Surbakti, R. 2010. *Memahami Ilmu Politik*. Grasindo:Jakarta.
- Sutharjana, N.W.K., A. Thoyib, E. A. Taroena, M. Rahayu. 2013. Organizational Citizenship Behavior Effect On Patient Satisfaction And Loyalty Through Service Quality (Study On Maternity Hospitals In Indonesia). *International Journal Of Scientific & Technology Research*. Volume 2, Issue 5, May 2013 Issn 2277-8616 288 Ijstr©2013 Www.Ijstr.Org
- Tabrany, H. 2012. *Sejarah Asuransi Kesehatan*, www.staff.ui.ac.id (di akses 24 April 2014 jam 15.00.)
- Tachjan, H.N. 2006. *Kebijakan Publik Untuk Pemimpin Berwawasan Internasional*. Balairung & co:Yogyakarta.
- Taylor, T.L. dan S.A. Beker. 1997. Patient Satisfaction and Service Quality in the Formation of Customers' Future Purchase Intentions in Competitive Health Service Setting. *Health Marketing Quarterly* 15: 1-15.
- Taylor, S.A. 2001. Assessing the Use of Regression Analysis in Examining Service Recovery in the Insurance Industry Relating Service Quality, Customer Satisfaction and Customer Trust. *Journal of Insurance Issues* 24:30- 57.
- Thimag, Y. 2017. Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Loyalitas Pasien Rumah Sakit Meloy Di Sangatta. *eJournal Administrasi Bisnis*, 2017, 5 (4): 1156-1166. ISSN 2355-5408, ejournal.adbisnis.fisip-unmul.ac.id
- Tjiptono, F. 2006, *Manajemen Jasa*, Edisi kedua, Penerbit Andi, Yogyakarta.
- Tjiptono, F. 2004. *Prinsip-prinsip Total Quality Service*, Yogyakarta: Penerbit Andi
- Trarintya, M.A.P. (2015) Pengaruh Kualitas Layanan Dan Harga Terhadap Kepuasan Serta Loyalitaspada Pasien Rawat Inap Kelas I Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Sanglah. *Thesis*. Unud. Denpasar.
- Undang-undang No.29 th 2004 tentang *Praktik Kedokteran*. Jakarta: Departemen Kesehatan R.I.

- Undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang *Rumah Sakit*, Jakarta: Departemen Kesehatan R.I.
- Van Der Bij, J.D and J.M.H. Visser. 1999. Monitoring Health-care Processes: A Framework for Performance Indicator. *International Journal Health Care Quality* 12: 214-222.
- Varcoralis, E.M. & Halter M.J. 1999. *Essential of Psychiatric Mental Health Nursing; a Communication Approach to Evidance Based Care*. St Louis Ma; Sannders/Elsever
- Widodo, J. 2011. *Analisis Kebijakan Publik: Konsep dan Aplikasi Analisis Proses Kebijakan Publik*. Malang: Bayumedia Publishing.
- Wijaya, T. 2018. *Manajemen Kualitas Jasa; Desain Servqual, QFD, dan Kano*. Edisi 2. Jakarta. Indeks.
- Wilkie, Wiliam J., 1998, *Consumer Bahavior*, First Edition, New York: John Willey & Sons
- Winarno, B. 2007. *Kebijakan Publik: Teori dan Proses*. Yogyakarta: Media Pressindo.
- Xue, Q. L., 2007, *Introduction to Path Analysis*, Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University.
- Zavareh, F.B, M.S.M. Ariff, A. Jusoh, N. Zakuan, dan A. Z. Bahari. 2012. E-Service Quality Dimensions and Their Effects on Ecustomer Satisfaction in Internet Banking Services. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 40 (2012) 441 – 445.
- Zeithaml V.A., A. Parasuraman dan L.L. Berry. 1990. *Delivering Quality Service; Balancing Customer Perception and Expectations*. New York. The Free Press. A Division of Macmillan.
- Zeithaml, V.A and M.J. Bitner. 2000. *Service Marketing*. Singapore: Mc Graw-Hill Companies Inc.: 3-28.



**KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA**

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
(" ETHICAL CLEARANCE ")**

466 / Panke. KKE / IX / 2015

KOMITE ETIK RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA TELAH MEMPELAJARI SECARA SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, MAKA DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN JUDUL :

"Kualitas Kinerja Pelayanan Publik (Program Jaminan Kesehatan Nasional) di Jawa Timur Dampaknya Terhadap Loyalitas Pasien"

PENELITI UTAMA : Moh. Wildan, A.Per.Pen., MPd., MM.Kes

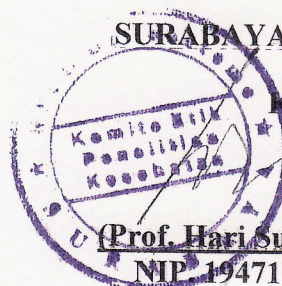
PENELITI LAIN : Dr. Budi Prasetyo, dr., Sp.OG(K)

UNIT / LEMBAGA / TEMPAT PENELITIAN : RSUD SE JAWA TIMUR

DINYATAKAN LAIK ETIK

SURABAYA, 29 SEP 2015

KETUA



(Prof. Hari Sukanto, dr., Sp.KK (K)

NIP. 19471115 1973 03 1 001

Lampiran 2

**PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN
(PSP)**

1. Saya, **Moh. Wildan** adalah Mahasiswa Program Doktor Ilmu Administrasi (kajian administrasi dan kebijakan kesehatan) dari Universitas Jember, dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul **“Kualitas Pelayanan Publik (Program Jaminan Kesehatan Nasional) Dampaknya Terhadap Kepuasan Loyalitas Pasien“**
2. Tujuan dari penelitian ini adalah **mengetahui Kualitas Pelayanan Pasien yang menggunakan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Jawa Timur dan mengetahui Loyalitas Pasien terhadap program JKN**, yang dapat memberi manfaat berupa **evaluasi pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional BPJS-Kesehatan di Jawa Timur**. Penelitian ini akan berlangsung selama **6 bulan** dan sampel penelitian/orang yang terlibat dalam penelitian ini adalah **pasien rawat inap yang menggunakan program JKN BPJS-Kesehatan di beberapa Rumah Sakit Umum di Jawa Timur** yang akan diambil dengan cara **acak**.
3. Prosedure pengambilan bahan penelitian/data dengan cara membagi quisioner untuk diisi atau dijawab para pasien dan atau keluarganya **yang menggunakan program JKN BPJS-Kesehatan di beberapa Rumah Sakit Umum di Jawa Timur**
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada penelitian ini adalah diperolehnya data evaluasi pelaksanaan program JKN BPJS-Kesehatan di Jawa Timur (tentang kepuasan pasien) sebagai bahan masukan untuk kebijakan JKN selanjutnya.
5. Seandainya anda tidak menyetujui cara ini maka anda dapat memilih cara lain yaitu hanya mengisi quisioner tanpa mencantumkan identitas, atau anda boleh tidak mengikuti penelitian ini sama sekali. Untuk itu anda tidak akan dikenakan sanksi apapun
6. Nama dan jati diri anda akan tetap dirahasiakan

Hormat Kami,
Peneliti

Moh. Wildan
NIM. 1309301010002

INFORMED CONSENT

Saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh **Moh. Wildan dan Tim**, dengan judul **Kualitas Pelayanan Publik (Program Jaminan Kesehatan Nasional) di Jawa Timur dan Dampaknya Terhadap Loyalitas Pasien**“

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun

....., tgl2015
Saksi

....., tgl2015
Yang memberikan persetujuan

(.....)

(.....)

Jember, tgl2015
Mengetahui
Ketua Pelaksana Penelitian

Moh. Wildan, A.Per.Pen, MPd, MM.

KUISIONER PENELITIAN
KUALITAS LAYANAN PUBLIK
(PROGRAM JKN-BPJS KESEHATAN) DAMPAKNYA TERHADAP
KEPUASAN DAN LOYALITAS PASIEN

Rumah Sakit :
 Ruang Perawatan :

I. Identitas Responden

Nama Pasien (Inisial) :
 Jenis kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan
 Umur :tahun.
 Pendidikan :
 1. Tidak sekolah/tidak tamat SD 2. SD
 3. SLTP 4. SLTA
 5. Sarjana Muda/Diploma 6. Sarjana
 7. Pascasarjana
 Pekerjaan :
 1. Buruh /Tukang/Petani 2. Pedagang/wiraswasta
 3. Pegawai Negeri 4. Pegawai BUMN
 5. Pegawai Swasta 6. TNI/Polri
 7. lainnya.....(sebutkan)
 Pendapatan : Rp./bulan
 Jenis Peserta JKN : 1. PBI (Penerima Bantuan Pemerintah)
 2. Pegawai Tetap (PNS/TNI-Polri/BUMN/Karyawan swasta)
 3. Mandiri
 Kelas Peserta JKN : 1. Kelas 1 2. Kelas 2 3. Kelas 3
 Alamat :

PETUNJUK PENGISIAN

1. Jawablah pertanyaan di bawah ini yang berkaitan dengan PELAYANAN KESEHATAN yang anda terima selaku pasien, sehubungan anda sebagai peserta JKN BPJS-Kesehatan di Rumah Sakit ini.
2. Jawab pertanyaan dengan jujur atas setiap pertanyaan di bawah ini, karena kerahasiaan identitas saudara dijamin oleh peneliti
3. Beri tanda silang (X) pada kolom jawaban yang anda pilih.
 - 1) Sangat Tidak Setuju (STS)
 - 2) Tidak Setuju (TS)
 - 3) Setuju (S)
 - 4) Sangat Setuju (SS)

II. KUISIONER TENTANG KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN PROGRAM JKN BPJS-KESEHATAN

A. Dimensi Mutu Fasilitas Fisik (Tangibles)

NO	PERTANYAAN	STS	TS	S	SS
1	Tata letak dan model bangunan di Rumah Sakit ini menarik, bersih dan nyaman.				
2	Sarana penunjang (tempat parkir, pertokoan, bank/ATM, kantin, apotek) di Rumah Sakit ini lengkap dan nyaman.				
3	Ruang pelayanan medis dan perawatan di Rumah Sakit ini layak, bersih dan nyaman.				
4	Kelengkapan alat medis dan perawatan di Rumah Sakit ini sangat lengkap.				
5	Peralatan medis untuk pelayanan pasien di Rumah Sakit ini modern dan memadai.				
6	Ruang pelayanan administrasi (loket dan ruang tunggu) di Rumah Sakit ini layak dan nyaman.				

B. Dimensi Mutu Keandalan (Realibility)

NO	PERTANYAAN	STS	TS	S	SS
1	Petugas memberikan informasi yang jelas tentang sistem administrasi dan pelayanan di Rumah Sakit ini.				
2	Petugas Rumah Sakit (dokter & paramedis) memberikan informasi yang akurat tentang penyakit yang diderita pasien.				
3	Petugas Rumah Sakit membuat catatan / dokumentasi medis yang akurat dan tersimpan rapi.				
4	Proses dan prosedur penyelesaian tindakan medis dan keperawatan cepat dan tidak berbelit-belit.				
5	Perlakuan petugas Rumah Sakit terhadap pasien tidak diskriminatif dan memberlakukan sama kepada semua pasien.				
6	Proses dan prosedur penyelesaian administrasi (pendaftaran, pembayaran, dll.) sistematis dan cepat.				

C. Dimensi Mutu Daya Tanggap (Responsiveness)

NO	PERTANYAAN	STS	TS	S	SS
1	Tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan) cepat dan cekatan dalam menyelesaikan tindakan medis.				
2	Tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan) mampu dan memahami kebutuhan pasien.				
3	Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh <i>tenaga kesehatan</i> (dokter, perawat, bidan) kepada pasien sangat baik dan profesional.				
4	Rumah Sakit cepat dan tanggap dalam merespon masalah yang timbul pada pasien.				
5	Sistem penyerahan resep dan atau obat cepat dan sistematis				
6	Tenaga penunjang cepat dan tanggap dalam menyelesaikan administrasi pelayanan pasien.				

D. Dimensi Mutu Jaminan (Assurance)

NO	PERTANYAAN	STS	TS	S	SS
1	Rumah Sakit menyediakan pelayanan yang membuat pasien merasa aman dan nyaman selama di Rumah Sakit ini.				
2	Rumah Sakit menyediakan tempat pelayanan keperawatan yang menjamin kerahasiaan/privacy antar pasien.				
3	Rumah sakit mempunyai citra (<i>image</i>) yang baik di masyarakat.				
4	Rumah sakit menjamin mutu kualitas pelayanan oleh Tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan) dari mal praktik.				
5	Rumah Sakit menyediakan sistem administrasi penyimpanan data pribadi pasien dan dokumen medis terjamin keamanan dan kerahasiaannya.				

E. Dimensi Mutu Empati (Emphaty)

NO	PERTANYAAN	STS	TS	S	SS
1	Sikap dan perilaku <i>tenaga kesehatan</i> (dokter, paramedis dan tenaga penunjang) baik dan menyenangkan.				
2	<i>Tenaga kesehatan</i> (dokter, paramedis dan tenaga penunjang) cepat datang dan tanggap bila pasien mengeluh dan membutuhkan pertolongan atau tindakan				
3	Etika <i>tenaga kesehatan</i> (dokter, paramedis dan tenaga penunjang) dalam melayani pasien dan keluarganya sopan dan baik				
4	<i>Tenaga kesehatan</i> (dokter, paramedis dan tenaga penunjang) mudah dihubungi bila pasien membutuhkan pertolongan atau tindakan				
5	Rumah sakit mempunyai mekanisme administrasi layanan pengaduan pasien / masyarakat, (<i>Kotak saran, Nomor Telepon khusus, dll.</i>)				

F. Dimensi Mutu Komunikasi Terapeutik

NO	PERTANYAAN	STS	TS	S	SS
1	Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) mendengarkan setiap keluhan pasien dengan penuh perhatian.				
2	Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) menunjukkan sikap penerimaan saat berkomunikasi dengan pasien dan keluarganya.				
3	Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) bertanya dengan pertanyaan terbuka saat berkomunikasi kepada pasien.				
4	Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) mengulang ucapan pasien dengan menggunakan kata-kata sendiri untuk klarifikasi.				
5	Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) memfokuskan komunikasi dan mengklarifikasi setiap jawaban pasien.				
6	Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) menyampaikan hasil observasi dan pemeriksaan pasien secara terbuka dengan bahasa yang jelas dan lugas.				
7	Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) memberi kesempatan "diam" (memelihara ketenangan) dan tidak terburu-buru saat berkomunikasi.				
8	Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) menyimpulkan hasil komunikasi dan menyampaikan kepada pasien dan keluarganya.				

III. KUISIONER TENTANG KEPUASAN PASIEN

Beri tanda silang (X) pada kolom jawaban yang anda pilih.

- 1) Sangat Tidak Puas (STP)
- 2) Tidak Puas (TP)
- 3) Puas (P)
- 4) Sangat Puas (SP)

NO	PERTANYAAN	STP	TP	P	SP
A.	Dimensi kecepatan pelayanan				
1	Bagaimana waktu anda untuk menunggu antrian dilayani oleh tenaga kesehatan				
2	Bagaimana kecepatan tenaga kesehatan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan				
B.	Dimensi ketanggapan pelayanan				
3	Bagaimana ketepatan tenaga penunjang dan administrasi dalam melaksanakan tugasnya				
4	Bagaimana keramahan, kesopanan, dan sikap personable dari tenaga kesehatan dan tenaga administrasi dalam bersikap dan berbicara				
5	Bagaimana perhatian tenaga kesehatan secara sungguh-sungguh dalam menanggapi pasien ketika meminta bantuan				
C.	Dimensi profesionalisme				
6	Bagaimana pengetahuan tenaga kesehatan dalam menangani tindakan medis				
7	Bagaimana prosedur dalam penyelesaian pelayanan tindakan medis dan non medis				
8	Bagaimana kemudahan dan kesiapan petugas RS/Puskesmas untuk dihubungi lewat telepon				
D.	Dimensi keberadaan pelayanan				
9	Bagaimana kenyamanan tempat pelayanan pasien yang disediakan dan lingkungannya.				
10	Bagaimana harga tarif kamar perawatan dan tindakan di RS/Puskesmas dihubungkan sesuai dengan fasilitas dan sarana yang ada.				

IV. KUISIONER TENTANG LOYALITAS PASIEN

Beri tanda silang (X) pada pilihan jawaban yang anda pilih, sesuai dengan hati nurani anda terhadap rumah sakit, setelah anda mendapat pelayanan di rumah sakit ini.

- 1) Sangat Tidak Setuju (STS)
- 2) Tidak Setuju (TS)
- 3) Setuju (S)
- 4) Sangat Setuju (SS)

A. Dimensi Kepercayaan (*trus*):

NO	PERTANYAAN	STS	TS	S	SS
1	Saya, percaya terhadap jajaran manajemen dan administrasi rumah sakit ini karena bekerja profesional.				
2	Saya, percaya bahwa rumah sakit konsisten terhadap pelayanan yang baik kepada pasien				
3	Saya, percaya bahwa semua pertanyaan pasien akan dijawab tenaga medis secara sungguh-sungguh				
4	Saya, percaya bahwa informasi tentang pasien yang diterima dari pihak rumah sakit sangat kredibel				
5	Saya, percaya bahwa rumah sakit akan menepati janji yang diberikan kepada pasien.				

B. Dimensi Komitmen Psikologi (*Psychological Comitment*)

NO	PERTANYAAN	STS	TS	S	SS
1	Saya, memiliki perasaan dan ikatan emosional terhadap rumah sakit ini				
2	Saya, merasa ikut memiliki untuk kebaikan terhadap rumah sakit ini				
3	Keramahan para tenaga medis dan paramedis membuat saya senang dan tenang di rumah sakit ini				
4	Saya, tidak terpengaruh terhadap alternatif yang ditawarkan pihak lain kalau harus pindah ke rumah sakit yang lain.				

C. Dimensi Perubahan biaya (*Switching Cost*)

NO	PERTANYAAN	STS	TS	S	SS
1	Beaya rumah sakit ini sebanding dengan kualitas pelayanan yang diberikan kepada saya.				
2	Saya merasa sangat keberatan jika harus berpindah ke rumah sakit yang lain walaupun beayanya lebih murah.				

D. Dimensi Perilaku publisitas (*Word-of-mouth*)

NO	PERTANYAAN	STS	TS	S	SS
1	Saya, akan merekomendasikan rumah sakit ini kepada saudara dan pasien lain				
2	Saya, akan menginformasikan pengalaman yang baik saja kepada pasien lain tentang kinerja rumah sakit ini				
3	Saya, akan memberikan tanggapan yang positif tentang kinerja rumah sakit				

E. Dimensi Kerjasama (*Cooperation*)

NO	PERTANYAAN	STS	TS	S	SS
1	Saya, akan menginformasikan kepada manajemen rumah sakit tentang suatu ide yang baik untuk perbaikan pelayanan di rumah sakit ini				
2	Saya, membolehkan nama dan komentar saya yang positif kepada rumah sakit ini untuk dipergunakan sebagai sarana promosi				
3	Saya lebih senang membicarakan masalah yang terjadi di rumah sakit ini kepada pihak rumah sakit dari pada pihak yang lain				

Lampiran : 4

UJI VALIDITAS DAN REABILITAS INSTRUMEN

1. Fasilitas Fisik

			Correlations					
			X1.1	X1.2	X1.3	X1.4	X1.5	X1.6
Spearman's rho	X1.1	Correlation Coefficient	1,000	,469**	,768**	,875**	,554**	,772**
		Sig. (2-tailed)	.	,009	,000	,000	,002	,000
		N	30	30	30	30	30	30
	X1.2	Correlation Coefficient	,469**	1,000	,275	,432*	,321	,376*
		Sig. (2-tailed)	,009	.	,141	,017	,083	,040
		N	30	30	30	30	30	30
	X1.3	Correlation Coefficient	,768**	,275	1,000	,781**	,681**	,572**
		Sig. (2-tailed)	,000	,141	.	,000	,000	,001
		N	30	30	30	30	30	30
	X1.4	Correlation Coefficient	,875**	,432*	,781**	1,000	,671**	,813**
		Sig. (2-tailed)	,000	,017	,000	.	,000	,000
		N	30	30	30	30	30	30
	X1.5	Correlation Coefficient	,554**	,321	,681**	,671**	1,000	,767**
		Sig. (2-tailed)	,002	,083	,000	,000	.	,000
		N	30	30	30	30	30	30
	X1.6	Correlation Coefficient	,772**	,376*	,572**	,813**	,767**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	,040	,001	,000	,000	.
		N	30	30	30	30	30	30

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

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Reliability

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,893	,907	6

2. Kehandalan

Correlations

			X1.1	X1.2	X1.3	X1.4	X1.5	X1.6	Total
Spearman's rho	X1.1	Correlation Coefficient	1,000	,592**	,327	,122	,354	,315	,594**
		Sig. (2-tailed)	.	,001	,078	,522	,055	,090	,001
		N	30	30	30	30	30	30	30
X1.2		Correlation Coefficient	,592**	1,000	,584**	,225	,484**	,476**	,787**
		Sig. (2-tailed)	,001	.	,001	,233	,007	,008	,000
		N	30	30	30	30	30	30	30
X1.3		Correlation Coefficient	,327	,584**	1,000	,647**	,597**	,520**	,820**
		Sig. (2-tailed)	,078	,001	.	,000	,000	,003	,000
		N	30	30	30	30	30	30	30
X1.4		Correlation Coefficient	,122	,225	,647**	1,000	,559**	,252	,589**
		Sig. (2-tailed)	,522	,233	,000	.	,001	,179	,001
		N	30	30	30	30	30	30	30
X1.5		Correlation Coefficient	,354	,484**	,597**	,559**	1,000	,442*	,643**
		Sig. (2-tailed)	,055	,007	,000	,001	.	,015	,000
		N	30	30	30	30	30	30	30
X1.6		Correlation Coefficient	,315	,476**	,520**	,252	,442*	1,000	,685**
		Sig. (2-tailed)	,090	,008	,003	,179	,015	.	,000
		N	30	30	30	30	30	30	30
Total		Correlation Coefficient	,594**	,787**	,820**	,589**	,643**	,685**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,001	,000	,000	,001	,000	,000	.
		N	30	30	30	30	30	30	30

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

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Reliability

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,784	,886	7

3. Daya Tanggap

Correlations

			X3.1	X3.2	X3.3	X3.4	X3.5	X3.6	Total
Spearman's rho	X3.1	Correlation Coefficient	1,000	,480**	,492**	,314	,041	,048	,655**
		Sig. (2-tailed)	.	,007	,006	,091	,829	,800	,000
		N	30	30	30	30	30	30	30
	X3.2	Correlation Coefficient	,480**	1,000	,732**	,567**	,243	,295	,766**
		Sig. (2-tailed)	,007	.	,000	,001	,195	,113	,000
		N	30	30	30	30	30	30	30
	X3.3	Correlation Coefficient	,492**	,732**	1,000	,837**	,468**	,498**	,786**
		Sig. (2-tailed)	,006	,000	.	,000	,009	,005	,000
		N	30	30	30	30	30	30	30
	X3.4	Correlation Coefficient	,314	,567**	,837**	1,000	,337	,447*	,658**
		Sig. (2-tailed)	,091	,001	,000	.	,069	,013	,000
		N	30	30	30	30	30	30	30
	X3.5	Correlation Coefficient	,042	,243	,468**	,337	1,000	,293	,558**
		Sig. (2-tailed)	,829	,195	,009	,069	.	,117	,001

	N	30	30	30	30	30	30	30
X3.6	Correlation Coefficient	,048	,295	,498**	,447*	,293	1,000	,426*
	Sig. (2-tailed)	,800	,113	,005	,013	,117	.	,019
	N	30	30	30	30	30	30	30
Total	Correlation Coefficient	,655**	,766**	,786**	,658**	,558**	,426*	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,001	,019	.
	N	30	30	30	30	30	30	30

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

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Reliability

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,778	,883	7

4. JAMINAN

correlations

			X4.1	X4.2	X4.3	X4.4	X4.5	Total
Spearman's rho	X4.1	Correlation Coefficient	1,000	,163	,238	,401*	,359	,642**
		Sig. (2-tailed)	.	,391	,205	,028	,051	,000
		N	30	30	30	30	30	30
	X4.2	Correlation Coefficient	,163	1,000	,409*	,216	,113	,404*
		Sig. (2-tailed)	,391	.	,025	,252	,551	,027
		N	30	30	30	30	30	30
	X4.3	Correlation Coefficient	,238	,409*	1,000	,386*	,228	,474**
		Sig. (2-tailed)	,205	,025	.	,035	,225	,008
		N	30	30	30	30	30	30

X4.4	Correlation Coefficient	,401*	,216	,386*	1,000	,524**	,683**
	Sig. (2-tailed)	,028	,252	,035	.	,003	,000
	N	30	30	30	30	30	30
X4.5	Correlation Coefficient	,359	,113	,228	,524**	1,000	,830**
	Sig. (2-tailed)	,051	,551	,225	,003	.	,000
	N	30	30	30	30	30	30
Total	Correlation Coefficient	,642**	,404*	,474**	,683**	,830**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,027	,008	,000	,000	.
	N	30	30	30	30	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

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

Reliability

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,762	,817	6

5. EMPATI

			X5.1	X5.2	X5.3	X5.4	X5.5	Total
Spearman's rho	X5.1	Correlation Coefficient	1,000	,288	,250	,330	,503**	,606**
		Sig. (2-tailed)	.	,123	,182	,075	,005	,000
		N	30	30	30	30	30	30
	X5.2	Correlation Coefficient	,288	1,000	,331	,307	,472**	,677**
		Sig. (2-tailed)	,123	.	,074	,099	,008	,000
		N	30	30	30	30	30	30
	X5.3	Correlation Coefficient	,250	,331	1,000	,118	,160	,473**
		Sig. (2-tailed)	,182	,074	.	,533	,398	,008
		N	30	30	30	30	30	30
	X5.4	Correlation Coefficient	,330	,307	,118	1,000	,665**	,604**
		Sig. (2-tailed)	,075	,099	,533	.	,000	,000
		N	30	30	30	30	30	30
	X5.5	Correlation Coefficient	,503**	,472**	,160	,665**	1,000	,854**
		Sig. (2-tailed)	,005	,008	,398	,000	.	,000
		N	30	30	30	30	30	30
Total		Correlation Coefficient	,606**	,677**	,473**	,604**	,854**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,008	,000	,000	.
		N	30	30	30	30	30	30

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

Reliability

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,787	,871	6

N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Y2. Correlation																		
14 Coefficient	,165	,046	,267	,322	,211	,299	,354	,324	,291	,113	,360	,321	,163	1,00	,409	,216	,113	,488
Sig. (2-tailed)	,383	,808	,154	,083	,264	,109	,055	,080	,119	,552	,051	,084	,391	.	,025	,252	,551	,006
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Y2. Correlation																		
15 Coefficient	,308	-	,451	,365	,247	,276	,163	,308	,447	,242	,409	,392	,238	,409	1,00	,386	,228	,499
Sig. (2-tailed)	,098	,864	,012	,047	,189	,140	,390	,098	,013	,197	,025	,032	,205	,025	.	,035	,225	,005
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Y2. Correlation																		
16 Coefficient	,327	,262	,360	,295	,244	,279	,558	,499	,547	,332	,388	,459	,401	,216	,386	1,00	,524	,459
Sig. (2-tailed)	,078	,163	,051	,114	,193	,136	,001	,005	,002	,073	,034	,011	,028	,252	,035	.	,003	,011
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Y2. Correlation																		
17 Coefficient	,519	,175	,643	,465	,269	,310	,445	,374	,452	,437	,259	,197	,359	,113	,228	,524	1,00	,512
Sig. (2-tailed)	,003	,355	,000	,010	,151	,095	,014	,042	,012	,016	,168	,297	,051	,551	,225	,003	.	,004
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
TOT Correlation																		
AL Coefficient	,109	,149	,211	,023	,191	,153	,331	,324	,237	,021	,022	,037	,268	,071	,461	,360	,512	1,00
Sig. (2-tailed)	,565	,432	,264	,904	,312	,419	,074	,081	,208	,914	,910	,847	,151	,711	,010	,051	,004	.
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

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

Reliability

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,831	,894	18

Lampiran 5

DESKRIPSI DATA UMUM PENELITIAN

Notes		
Output Created		28-NOV-2017 19:38:24
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	366
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.
Syntax		CROSSTABS /TABLES=JK BY Umur Pendidikan Pekerjaan Jenis Kelas /FORMAT=AVALUE TABLES /CELLS=COUNT /COUNT ROUND CELL.
Resources	Processor Time	00:00:00,02
	Elapsed Time	00:00:00,03
	Dimensions Requested	2
	Cells Available	174762

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis Kelamin * Umur	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%
Jenis Kelamin * Pendidikan Terakhir	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%
Jenis Kelamin * Pekerjaan	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%
Jenis Kelamin * Jenis Kepesertaan JKN	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%
Jenis Kelamin * Kelas JKN	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%

Jenis Kelamin * Umur Crosstabulation

Count

		Umur					Total	
		< 20	21-30	31-40	41-50	> 50		
Jenis Kelamin	Laki-laki	5	5	16	75	41	1	143
	Perempuan	3	51	40	39	90	0	223
Total		8	56	56	114	131	1	366

Jenis Kelamin * Pendidikan Terakhir Crosstabulation

Count

		Pendidikan Terakhir						Total	
		Tidak sekolah	SD	SMP	SLTA	Sarjana Muda	Sarjana		Pascasarjana
Jenis Kelamin	Laki-laki	0	25	81	33	0	2	2	143
	Perempuan	20	98	49	39	11	6	0	223
Total		20	123	130	72	11	8	2	366

Jenis Kelamin * Pekerjaan Crosstabulation

Count

		Pekerjaan						Total	
		Buruh/Petani	Pedangang/Wiraswasta	PNS	BUMN	Karyawan Swasta	TNI/Polri		Lainnya
Jenis Kelamin	Laki-laki	29	7	4	3	85	5	10	143
	Perempuan	31	20	6	0	42	2	122	223
Total		60	27	10	3	127	7	132	366

Jenis Kelamin * Jenis Kepesertaan JKN Crosstabulation

Count

		Jenis Kepesertaan JKN			Total
		PBI	Pegawai Upah Tetap	Mandiri	
Jenis Kelamin	Laki-laki	93	21	29	143
	Perempuan	106	37	80	223
Total		199	58	109	366

Jenis Kelamin * Kelas JKN Crosstabulation

Count

		Kelas JKN			Total
		Kelas Tiga	Kelas Dua	Kelas satu	
Jenis Kelamin	Laki-laki	102	31	10	143
	Perempuan	151	33	39	223
Total		253	64	49	366

Crosstabs

Notes

Output Created		28-NOV-2017 19:40:34
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	366
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.
Syntax		CROSSTABS /TABLES=Umur Pendidikan Pekerjaan Jenis Kelas BY JK /FORMAT=AVALUE TABLES /CELLS=COUNT /COUNT ROUND CELL.
Resources	Processor Time	00:00:00,02
	Elapsed Time	00:00:00,02
	Dimensions Requested	2
	Cells Available	174762

[DataSet0]

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Umur * Jenis Kelamin	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%
Pendidikan Terakhir * Jenis Kelamin	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%
Pekerjaan * Jenis Kelamin	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%
Jenis Kepesertaan JKN * Jenis Kelamin	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%
Kelas JKN * Jenis Kelamin	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%

Umur * Jenis Kelamin Crosstabulation

Count

		Jenis Kelamin		Total
		Laki-laki	Perempuan	
Umur	< 20	5	3	8
	21-30	5	51	56
	31-40	16	40	56
	41-50	75	39	114
	> 50	41	90	131
	11,00	1	0	1
Total		143	223	366

Pendidikan Terakhir * Jenis Kelamin Crosstabulation

Count

		Jenis Kelamin		Total
		Laki-laki	Perempuan	
Pendidikan Terakhir	Tidak sekolah	0	20	20
	SD	25	98	123
	SMP	81	49	130
	SLTA	33	39	72
	Sarjana Muda	0	11	11
	Sarjana	2	6	8
	Pascasarjana	2	0	2
Total		143	223	366

Pekerjaan * Jenis Kelamin Crosstabulation

Count

		Jenis Kelamin		Total
		Laki-laki	Perempuan	
Pekerjaan	Buruh/Petani	29	31	60
	Pedangang/Wiraswasta	7	20	27
	PNS	4	6	10
	BUMN	3	0	3
	Karyawan Swasta	85	42	127
	TNI/Polri	5	2	7
	Lainnya	10	122	132
Total		143	223	366

Jenis Kepesertaan JKN * Jenis Kelamin Crosstabulation

Count

		Jenis Kelamin		Total
		Laki-laki	Perempuan	
Jenis Kepesertaan JKN	PBI	93	106	199
	Pegawai Upah Tetap	21	37	58
	Mandiri	29	80	109
Total		143	223	366

Kelas JKN * Jenis Kelamin Crosstabulation

Count

		Jenis Kelamin		Total
		Laki-laki	Perempuan	
Kelas JKN	Kelas Tiga	102	151	253
	Kelas Dua	31	33	64
	Kelas satu	10	39	49
Total		143	223	366

Crosstabs

Notes

Output Created		28-NOV-2017 19:41:57
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	366
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.
Syntax		<p>CROSSTABS</p> <p>/TABLES=JK Pendidikan Pekerjaan Jenis Kelas BY Umur</p> <p>/FORMAT=AVALUE TABLES</p> <p>/CELLS=COUNT</p> <p>/COUNT ROUND CELL.</p>
Resources	Processor Time	00:00:00,02
	Elapsed Time	00:00:00,02
	Dimensions Requested	2
	Cells Available	174762

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis Kelamin * Umur	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%
Pendidikan Terakhir * Umur	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%
Pekerjaan * Umur	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%
Jenis Kepesertaan JKN *	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%
Umur						
Kelas JKN * Umur	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%

Jenis Kelamin * Umur Crosstabulation

Count

		Umur					Total	
		< 20	21-30	31-40	41-50	> 50		11,00
Jenis Kelamin	Laki-laki	5	5	16	75	41	1	143
	Perempuan	3	51	40	39	90	0	223
	n							
Total		8	56	56	114	131	1	366

Pendidikan Terakhir * Umur Crosstabulation

Count

		Umur					Total	
		< 20	21-30	31-40	41-50	> 50		11,00
Pendidikan Terakhir	Tidak sekolah	1	0	0	1	18	0	20
	SD	0	24	18	20	61	0	123
	SMP	4	16	13	80	17	0	130
	SLTA	3	14	20	9	25	1	72
	Sarjana Muda	0	2	3	2	4	0	11
	Sarjana	0	0	2	2	4	0	8
	Pascasarjana	0	0	0	0	2	0	2
Total		8	56	56	114	131	1	366

Pekerjaan * Umur Crosstabulation

Count

		Umur					Total	
		< 20	21-30	31-40	41-50	> 50		11,00
Pekerja	Buruh/Petani	3	9	3	6	39	0	60
an	Pedangang/Wiraswasta	0	2	6	2	17	0	27
	PNS	0	0	0	0	10	0	10
	BUMN	0	0	3	0	0	0	3
	Karyawan Swasta	4	3	13	87	20	0	127
	TNI/Polri	0	0	4	3	0	0	7
	Lainnya	1	42	27	16	45	1	132
Total		8	56	56	114	131	1	366

Jenis Kepesertaan JKN * Umur Crosstabulation

Count

		Umur						Total
		< 20	21-30	31-40	41-50	> 50	11,00	
Jenis Kepesertaan JKN	PBI	1	45	24	89	40	0	199
	Pegawai Upah Tetap	3	0	12	7	35	1	58
	Mandiri	4	11	20	18	56	0	109
Total		8	56	56	114	131	1	366

Kelas JKN * Umur Crosstabulation

Count

		Umur						Total
		< 20	21-30	31-40	41-50	> 50	11,00	
Kelas JKN	Kelas Tiga	1	51	29	97	75	0	253
	Kelas Dua	5	5	22	17	14	1	64
	Kelas satu	2	0	5	0	42	0	49
Total		8	56	56	114	131	1	366

CROSSTABS

```

/TABLES=JK Umur Pekerjaan Jenis Kelas BY Pendidikan
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.

```

Crosstabs

Notes

Output Created		28-NOV-2017 19:42:48
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	366
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.
Syntax		<p>CROSSTABS</p> <p>/TABLES=JK Umur Pekerjaan Jenis Kelas</p> <p>BY Pendidikan</p> <p>/FORMAT=AVALUE TABLES</p> <p>/CELLS=COUNT</p> <p>/COUNT ROUND CELL.</p>
Resources	Processor Time	00:00:00,03
	Elapsed Time	00:00:00,05
	Dimensions Requested	2
	Cells Available	174762

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis Kelamin * Pendidikan Terakhir	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%
Umur * Pendidikan Terakhir	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%
Pekerjaan * Pendidikan Terakhir	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%
Jenis Kepesertaan JKN * Pendidikan Terakhir	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%
Kelas JKN * Pendidikan Terakhir	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%

Jenis Kelamin * Pendidikan Terakhir Crosstabulation

Count

		Pendidikan Terakhir						Total	
		Tidak sekolah	SD	SMP	SLTA	Sarjana Muda	Sarjana		Pascasarjana
Jenis Kelamin	Laki-laki	0	25	81	33	0	2	2	143
	Perempuan	20	98	49	39	11	6	0	223
Total		20	123	130	72	11	8	2	366

Umur * Pendidikan Terakhir Crosstabulation

Count

		Pendidikan Terakhir						Total	
		Tidak sekolah	SD	SMP	SLTA	Sarjana Muda	Sarjana		Pascasarjana
Umur	< 20	1	0	4	3	0	0	0	8
	21-30	0	24	16	14	2	0	0	56
	31-40	0	18	13	20	3	2	0	56
	41-50	1	20	80	9	2	2	0	114
	> 50	18	61	17	25	4	4	2	131
	11,00	0	0	0	1	0	0	0	1
Total		20	123	130	72	11	8	2	366

Pekerjaan * Pendidikan Terakhir Crosstabulation

Count

		Pendidikan Terakhir						Total	
		Tidak sekolah	SD	SMP	SLTA	Sarjana Muda	Sarjana		Pascasarjana
Pekerja	Buruh/Petani	10	39	9	2	0	0	0	60
an	Pedangang/Wira swasta	6	7	7	0	5	2	0	27
	PNS	0	0	0	2	4	2	2	10
	BUMN	0	0	0	3	0	0	0	3
	Karyawan Swasta	0	27	79	15	2	4	0	127
	TNI/Polri	0	0	2	5	0	0	0	7
	Lainnya	4	50	33	45	0	0	0	132
Total		20	123	130	72	11	8	2	366

Jenis Kepesertaan JKN * Pendidikan Terakhir Crosstabulation

Count

		Pendidikan Terakhir						Total	
		Tidak sekolah	SD	SMP	SLTA	Sarjana Muda	Sarjana		Pascasarjana
Jenis Kepesertaan JKN	PBI Pegawai Upah Tetap Mandiri	13 0 7	79 4 40	98 8 24	9 33 30	0 7 4	0 4 4	0 2 0	199 58 109
Total		20	123	130	72	11	8	2	366

Kelas JKN * Pendidikan Terakhir Crosstabulation

Count

		Pendidikan Terakhir						Total	
		Tidak sekolah	SD	SMP	SLTA	Sarjana Muda	Sarjana		Pascasarjana
Kelas JKN	Kelas Tiga Dua satu	14 2 4	111 10 2	106 18 6	20 30 22	2 2 7	0 2 6	0 0 2	253 64 49
Total		20	123	130	72	11	8	2	366

CROSSTABS

```

/TABLES=JK Umur Pendidikan Jenis Kelas BY Pekerjaan
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.

```


Crosstabs

Notes

Output Created		28-NOV-2017 19:43:25
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	366
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.
Syntax		<p>CROSSTABS</p> <p>/TABLES=JK Umur Pendidikan Jenis Kelas</p> <p>BY Pekerjaan</p> <p>/FORMAT=AVALUE TABLES</p> <p>/CELLS=COUNT</p> <p>/COUNT ROUND CELL.</p>
Resources	Processor Time	00:00:00,03
	Elapsed Time	00:00:00,03
	Dimensions Requested	2
	Cells Available	174762

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis Kelamin * Pekerjaan	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%
Umur * Pekerjaan	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%
Pendidikan Terakhir * Pekerjaan	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%
Jenis Kepesertaan JKN *	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%
Pekerjaan						
Kelas JKN * Pekerjaan	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%

Jenis Kelamin * Pekerjaan Crosstabulation

Count

		Pekerjaan							Total
		Buruh/Pe tani	Pedangang/Wi raswasta	PNS	BUMN	Karyawan Swasta	TNI/Polri	Lainnya	
Jenis Kelamin	Laki-laki	29	7	4	3	85	5	10	143
	Perempuan	31	20	6	0	42	2	122	223
Total		60	27	10	3	127	7	132	366

Umur * Pekerjaan Crosstabulation

Count

		Pekerjaan							Total
		Buruh/Pet ani	Pedangang/Wir aswasta	PNS	BUMN	Karyawan Swasta	TNI/Polri	Lainnya	
Umur	< 20	3	0	0	0	4	0	1	8
	21-30	9	2	0	0	3	0	42	56
	31-40	3	6	0	3	13	4	27	56
	41-50	6	2	0	0	87	3	16	114
	> 50	39	17	10	0	20	0	45	131
	11,00	0	0	0	0	0	0	1	1
Total		60	27	10	3	127	7	132	366

Pendidikan Terakhir * Pekerjaan Crosstabulation

Count

		Pekerjaan							Total
		Buruh/P etani	Pedangang/W iraswasta	PNS	BUMN	Karyawan Swasta	TNI/Polri	Lainnya	
Pendidikan Terakhir	Tidak sekolah	10	6	0	0	0	0	4	20
	SD	39	7	0	0	27	0	50	123
	SMP	9	7	0	0	79	2	33	130
	SLTA	2	0	2	3	15	5	45	72
	Sarjana Muda	0	5	4	0	2	0	0	11
	Sarjana	0	2	2	0	4	0	0	8
	Pascasarjana	0	0	2	0	0	0	0	2
Total		60	27	10	3	127	7	132	366

Jenis Kepesertaan JKN * Pekerjaan Crosstabulation

Count

		Pekerjaan							Total
		Buruh/P etani	Pedangang/ Wiraswasta	PNS	BUMN	Karyawan Swasta	TNI/Polri	Lainnya	
Jenis	PBI	46	3	0	0	73	0	77	199
Kepesertaan	Pegawai	0	7	10	3	6	7	25	58
JKN	Upah Tetap								
	Mandiri	14	17	0	0	48	0	30	109
Total		60	27	10	3	127	7	132	366

Kelas JKN * Pekerjaan Crosstabulation

Count

		Pekerjaan							Total
		Buruh/Pet ani	Pedangang/Wir aswasta	PNS	BUMN	Karyawan Swasta	TNI/Polri	Lainnya	
Kelas	Kelas	52	5	0	0	98	0	98	253
JKN	Tiga								
	Kelas	2	13	0	3	27	7	12	64
	Dua								
	Kelas	6	9	10	0	2	0	22	49
	satu								
Total		60	27	10	3	127	7	132	366

CROSSTABS

/TABLES=JK Umur Pendidikan Pekerjaan Kelas BY Jenis

/FORMAT=AVALUE TABLES

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Notes

Output Created		28-NOV-2017 19:43:50
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	366
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.
Syntax		<p>CROSSTABS</p> <p>/TABLES=JK Umur Pendidikan Pekerjaan Kelas BY Jenis</p> <p>/FORMAT=AVALUE TABLES</p> <p>/CELLS=COUNT</p> <p>/COUNT ROUND CELL.</p>
Resources	Processor Time	00:00:00,02
	Elapsed Time	00:00:00,03
	Dimensions Requested	2
	Cells Available	174762

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis Kelamin * Jenis Kepesertaan JKN	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%
Umur * Jenis Kepesertaan JKN	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%
Pendidikan Terakhir * Jenis Kepesertaan JKN	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%
Pekerjaan * Jenis Kepesertaan JKN	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%
Kelas JKN * Jenis Kepesertaan JKN	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%

Jenis Kelamin * Jenis Kepesertaan JKN Crosstabulation

Count

		Jenis Kepesertaan JKN			Total
		PBI	Pegawai Upah Tetap	Mandiri	
Jenis Kelamin	Laki-laki	93	21	29	143
	Perempuan	106	37	80	223
Total		199	58	109	366

Umur * Jenis Kepesertaan JKN Crosstabulation

Count

		Jenis Kepesertaan JKN			Total
		PBI	Pegawai Upah Tetap	Mandiri	
Umur	< 20	1	3	4	8
	21-30	45	0	11	56
	31-40	24	12	20	56
	41-50	89	7	18	114
	> 50	40	35	56	131
	11,00	0	1	0	1
Total		199	58	109	366

Pendidikan Terakhir * Jenis Kepesertaan JKN Crosstabulation

Count

		Jenis Kepesertaan JKN			Total
		PBI	Pegawai Upah Tetap	Mandiri	
Pendidikan Terakhir	Tidak sekolah	13	0	7	20
	SD	79	4	40	123
	SMP	98	8	24	130
	SLTA	9	33	30	72
	Sarjana Muda	0	7	4	11
	Sarjana	0	4	4	8
	Pascasarjana	0	2	0	2
Total		199	58	109	366

Pekerjaan * Jenis Kepesertaan JKN Crosstabulation

Count

		Jenis Kepesertaan JKN			Total
		PBI	Pegawai Upah Tetap	Mandiri	
Pekerjaan	Buruh/Petani	46	0	14	60
	Pedangang/Wiraswasta	3	7	17	27
	PNS	0	10	0	10
	BUMN	0	3	0	3
	Karyawan Swasta	73	6	48	127
	TNI/Polri	0	7	0	7
	Lainnya	77	25	30	132
Total		199	58	109	366

Kelas JKN * Jenis Kepesertaan JKN Crosstabulation

Count

		Jenis Kepesertaan JKN			Total
		PBI	Pegawai Upah Tetap	Mandiri	
Kelas JKN	Kelas Tiga	197	0	56	253
	Kelas Dua	0	23	41	64
	Kelas satu	2	35	12	49
Total		199	58	109	366

Crosstabs

Notes

Output Created		28-NOV-2017 19:44:20
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	366
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.

Syntax	CROSSTABS /TABLES=JK Umur Pendidikan Pekerjaan Jenis BY Kelas /FORMAT=AVALUE TABLES /CELLS=COUNT /COUNT ROUND CELL.		
Resources	Processor Time		00:00:00,06
	Elapsed Time		00:00:00,05
	Dimensions Requested		2
	Cells Available		174762

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis Kelamin * Kelas JKN	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%
Umur * Kelas JKN	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%
Pendidikan Terakhir * Kelas JKN	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%
Pekerjaan * Kelas JKN	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%
Jenis Kepesertaan JKN * Kelas JKN	366	100,0%	0	0,0%	366	100,0%
JKN						

Jenis Kelamin * Kelas JKN Crosstabulation

Count

		Kelas JKN			Total
		Kelas Tiga	Kelas Dua	Kelas satu	
Jenis Kelamin	Laki-laki	102	31	10	143
	Perempuan	151	33	39	223
Total		253	64	49	366

Umur * Kelas JKN Crosstabulation

Count

		Kelas JKN			Total
		Kelas Tiga	Kelas Dua	Kelas satu	
Umur	< 20	1	5	2	8
	21-30	51	5	0	56
	31-40	29	22	5	56
	41-50	97	17	0	114
	> 50	75	14	42	131
	11,00	0	1	0	1
Total		253	64	49	366

Pendidikan Terakhir * Kelas JKN Crosstabulation

Count

		Kelas JKN			Total
		Kelas Tiga	Kelas Dua	Kelas satu	
Pendidikan Terakhir	Tidak sekolah	14	2	4	20
	SD	111	10	2	123
	SMP	106	18	6	130
	SLTA	20	30	22	72
	Sarjana Muda	2	2	7	11
	Sarjana	0	2	6	8
	Pascasarjana	0	0	2	2
Total		253	64	49	366

Pekerjaan * Kelas JKN Crosstabulation

Count

		Kelas JKN			Total
		Kelas Tiga	Kelas Dua	Kelas satu	
Pekerjaan	Buruh/Petani	52	2	6	60
	Pedangang/Wiraswasta	5	13	9	27
	PNS	0	0	10	10
	BUMN	0	3	0	3
	Karyawan Swasta	98	27	2	127
	TNI/Polri	0	7	0	7
	Lainnya	98	12	22	132
Total		253	64	49	366

Jenis Kepesertaan JKN * Kelas JKN Crosstabulation

Count

		Kelas JKN			Total
		Kelas Tiga	Kelas Dua	Kelas satu	
Jenis Kepesertaan JKN	PBI	197	0	2	199
	Pegawai Upah Tetap	0	23	35	58
	Mandiri	56	41	12	109
Total		253	64	49	366

Lampiran 6

HASIL OUTPUT ANALISIS JALUR

Number of variables in your model: 5
 Number of observed variables: 3
 Number of unobserved variables: 2
 Number of exogenous variables: 3
 Number of endogenous variables: 2

	Weights	Covariances	Variances	Means	Intercepts	Total
Fixed	2	0	0	0	0	2
Labeled	0	0	0	0	0	0
Unlabeled	3	0	3	0	0	6
Total	5	0	3	0	0	8

Variable	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
X	84.00000	141.00000	-.18055	-1.41011	-.36906	-1.44122
Z	23.00000	40.00000	.41668	3.25438	.03965	.15484
Y	57.00000	63.00000	-.65141	-5.08771	1.37178	0.35695
Multivariate					3.57164	1.8068

Observation number	Mahalanobis d-squared	p1	p2
145	21.60138	.00008	.02848
179	20.96719	.00011	.00074
27	18.24140	.00039	.00044
1	15.73275	.00129	.00139
38	12.53768	.00575	.06206
272	12.24012	.00660	.03619
334	12.09972	.00705	.01617
51	11.39655	.00976	.02899
19	11.24001	.01050	.01646
143	11.15953	.01089	.00761
322	10.80546	.01283	.00850
54	10.71408	.01338	.00435
130	10.51642	.01465	.00335
308	10.51200	.01468	.00124
119	9.13998	.02749	.08370

Observation number	Mahalanobis d-squared	p1	p2
324	8.55623	.03581	.24281
20	8.47005	.03723	.20903
244	8.20090	.04204	.28149
248	8.20090	.04204	.20448
252	8.20090	.04204	.14258
265	8.20090	.04204	.09546
296	8.20090	.04204	.06139
172	8.12696	.04346	.05138
309	7.93184	.04744	.07076
101	7.91398	.04782	.04894
311	7.90810	.04795	.03134
65	7.83098	.04964	.02766
129	7.74307	.05163	.02608
307	7.67289	.05328	.02282
3	7.61886	.05458	.01852
288	7.12813	.06792	.12243
138	7.03652	.07074	.12787
55	6.93373	.07404	.14113
337	6.68255	.08273	.26522
58	6.66437	.08340	.22268
78	6.66437	.08340	.17248
94	6.66437	.08340	.13049
124	6.39495	.09390	.28164
289	6.32141	.09698	.29188
166	6.31300	.09734	.24322
171	6.20889	.10188	.28402
270	6.14159	.10492	.29300
161	5.97443	.11286	.41391
126	5.95336	.11390	.37550
182	5.94612	.11426	.32372
39	5.87030	.11809	.34953
57	5.87030	.11809	.29268
313	5.86679	.11827	.24424
153	5.82511	.12044	.23575
269	5.82511	.12044	.19059
340	5.78606	.12250	.18207
274	5.70914	.12665	.20735
37	5.67883	.12833	.19219
69	5.66616	.12903	.16363
53	5.64871	.13001	.14169

Observation number	Mahalanobis d-squared	p1	p2
290	5.62654	.13126	.12526
275	5.60794	.13232	.10827
137	5.57920	.13398	.09895
326	5.57920	.13398	.07580
327	5.38149	.14590	.18227
118	5.32528	.14947	.19647
286	5.05315	.16795	.49205
243	4.97680	.17350	.54916
247	4.97680	.17350	.49413
251	4.97680	.17350	.43944
264	4.97680	.17350	.38609
295	4.97680	.17350	.33502
325	4.92813	.17714	.35273
312	4.87082	.18150	.38444
341	4.87082	.18150	.33430
342	4.87082	.18150	.28712
356	4.87082	.18150	.24351
180	4.80592	.18657	.28267
4	4.76106	.19015	.29808
24	4.73163	.19254	.29319
146	4.73163	.19254	.24998
46	4.71846	.19361	.22608
305	4.67965	.19681	.23423
49	4.66811	.19778	.20982
30	4.44604	.21715	.49414
122	4.13159	.24760	.89092
73	3.95935	.26589	.97107
165	3.91059	.27128	.97740
291	3.86351	.27658	.98231
41	3.80528	.28327	.98815
148	3.78118	.28608	.98803
188	3.76442	.28805	.98677
16	3.74157	.29076	.98649
304	3.74157	.29076	.98176
280	3.66574	.29989	.99058
158	3.58911	.30939	.99557
285	3.58793	.30954	.99388
17	3.47468	.32406	.99853
123	3.47451	.32408	.99786
273	3.45952	.32605	.99759

Observation number	Mahalanobis d-squared	p1	p2
298	3.39049	.33525	.99893
319	3.38237	.33634	.99864
135	3.32011	.34485	.99936
315	3.25028	.35462	.99976
8	3.23827	.35633	.99971

Number of distinct sample moments: 6
 Number of distinct parameters to be estimated: 6
 Degrees of freedom (6 - 6): 0

Estimates (Group number 1 - Default model)

Scalar Estimates (Group number 1 - Default model)

Maximum Likelihood Estimates

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

		Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Z	<--- X	.18976	.01397	13.58041	***	
Y	<--- X	-.00483	.01537	-.31411	.75344	
	<--- Z	-.00767	.00503	-1.52435	.02742	

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
Z <--- X	.57937
Y <--- X	-.09730
Y <--- Z	-.20005

Variiances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
X	196.15360	14.51994	13.50926	***	
r1	13.97834	1.03472	13.50926	***	
r2	1.20501	.08920	13.50926	***	

Iteration		Negative eigenvalues	Condition #	Smallest eigenvalue	Diameter	F	NTRIES	Ratio
0	e	0	4.64859		9999.0000	140.14618	0	9999.0000
1	e	0	5.97634		.54396	35.53527	3	.00000

Iteration		Negative eigenvalues	Condition #	Smallest eigenvalue	Diameter	F	NTests	Ratio
2	e	0	3.60095		.23014	1.24707	1	1.02994
3	e	0	3.59151		.05472	.01303	1	1.06294
4	e	0	3.59142		.00605	.00000	1	1.00884
5	e	0	3.59142		.00008	.00000	1	1.00015

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	6	.00000	0		
Saturated model	6	.00000	0		
Independence model	3	153.73172	3	.00000	51.24391

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	.00000	1.00000		
Saturated model	.00000	1.00000		
Independence model	15.21195	.80933	.61867	.40467

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	1.00000		1.00000		1.00000
Saturated model	1.00000		1.00000		1.00000
Independence model	.00000	.00000	.00000	.00000	.00000

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	.00000	.00000	.00000
Saturated model	.00000	.00000	.00000
Independence model	1.00000	.00000	.00000

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	.00000	.00000	.00000
Saturated model	.00000	.00000	.00000
Independence model	150.73172	113.78310	195.09626

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	.00000	.00000	.00000	.00000
Saturated model	.00000	.00000	.00000	.00000
Independence model	.42118	.41296	.31173	.53451

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Independence model	.37102	.32235	.42210	.00000

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	12.00000	12.13296	35.41580	41.41580
Saturated model	12.00000	12.13296	35.41580	41.41580
Independence model	159.73172	159.79820	171.43962	174.43962

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	.03288	.03288	.03288	.03324
Saturated model	.03288	.03288	.03288	.03324
Independence model	.43762	.33639	.55917	.43780

Model	HOELTER .05	HOELTER .01
Default model		
Independence model	19	27

Minimization: .03900
 Miscellaneous: .33800
 Bootstrap: .00000
 Total: .37700

MODEL

