



**PERBEDAAN KEPUASAN ANTARA PASIEN PESERTA JAMINAN
KESEHATAN NASIONAL DENGAN UMUM BERDASARKAN MUTU
PELAYANAN KESEHATAN DI INSTALASI RAWAT INAP RSD dr.
SOEBANDI JEMBER**

SKRIPSI

Oleh

**R. Moh. Naufal Roby F.
122110101188**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2016**



**PERBEDAAN KEPUASAN ANTARA PASIEN PESERTA JAMINAN
KESEHATAN NASIONAL DENGAN UMUM BERDASARKAN MUTU
PELAYANAN KESEHATAN DI INSTALASI RAWAT INAP RSD dr.
SOEBANDI JEMBER**

SKRIPSI

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi Kesehatan Masyarakat (S1) dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**R. Moh. Naufal Roby F.
122110101188**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2016**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Allah SWT, atas limpahan kasih sayang-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan lancar.
2. Ayahanda R. Moh. Zainoel Arifin dan Ibunda Lasmi Widayani yang telah memberikan kasih sayang, dukungan baik secara moril maupun materi, serta tak pernah lelah untuk selalu berada di sisi saya untuk menasehati dan memberikan doa, semoga Allah selalu memberikan kesehatan, kebahagiaan, dan perlindungannya.
3. Adik saya tercinta Sausan Dini Widyasari yang telah memberikan motivasi yang berbeda dan selalu membangkitkan semangat saya dalam menghadapi semua rintangan yang saya hadapi.
4. Guru-guru saya mulai dari TK,SD,SMP,SMA sampai Perguruan Tinggi yang telah memberikan ilmu dan pengalamannya, serta membimbing saya dengan penuh kasih sayang dan kesabaran.
5. Para sahabat dan keluarga angkatan 2012 dan keluarga besar MAPAKESMA FKM UNEJ yang telah memberikan pengalaman luar biasa, dan senantiasa menemani dalam setiap langkah baik suka maupun duka.
6. Almamater yang saya banggakan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

MOTTO

Impian kita biasanya berada pada empat atau lima langkah di depan jangkauan pengetahuan dan pengalaman kita. Namun, melalui kerja keras, tekad yang membara, juga ikhtiar coba-coba, terkadang di sana kita mampu mencari cara untuk mencapai impian kita.

(Albert Einstein)

Tak ada rahasia untuk menggapai sukses. Sukses itu dapat terjadi karena persiapan, kerja keras dan mau belajar dari kegagalan.

(General Collin Power)

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : R.Moh.Naufal Roby F.

NIM : 122110101188.

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul : *Perbedaan Kepuasan antara Pasien Peserta Jaminan Kesehatan Nasional dengan Umum Berdasarkan Mutu Pelayanan Kesehatan di Instalasi Rawat Inap RSD dr. Soebandi Jember* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada instansi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus di junjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 15 Agustus 2016

R. Moh. Naufal Roby F.

NIM : 122110101188



**PERBEDAAN KEPUASAN ANTARA PASIEN PESERTA JAMINAN
KESEHATAN NASIONAL DENGAN UMUM BERDASARKAN MUTU
PELAYANAN KESEHATAN DI INSTALASI RAWAT INAP RSD dr.
SOEBANDI JEMBER**

SKRIPSI

Oleh

**R. Moh. Naufal Roby F.
122110101188**

Pembimbing :

Dosen Pembimbing Utama : Christyana Sandra S.KM., M.Kes.
Dosen Pembimbing Anggota : Eri Witcahyo S.KM., M.Kes.

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul *Perbedaan Kepuasan antara Pasien Peserta Jaminan Kesehatan Nasional dengan Umum Berdasarkan Mutu Pelayanan Kesehatan di Instalasi Rawat Inap RSD dr. Soebandi Jember* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

Hari : Selasa

Tanggal : 15 November 2016

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim Penguji

Ketua

Sekretaris

Mury Ririanty, S.KM., M.Kes.
NIP. 19831027 201012 1 003

Dwi Martiana Wati, S.Si., M.Si.
NIP. 19800313 200812 2 003

Anggota I

Dr. Hendro Soelistijono, M.ARS
NIP. 19660418 200212 1 001

Mengesahkan
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Jember

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes
NIP. 19800516 200312 2 002

RINGKASAN

Perbedaan Kepuasan antara Pasien Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan Umum Berdasarkan Mutu Pelayanan Kesehatan di Instalasi Rawat Inap RSD dr. Soebandi Jember; R. Moh. Naufal Roby F.; 122110101188; 122 + xxi halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh instansi kesehatan menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dan tuntutan setiap pasien. Keberhasilan yang diperoleh suatu layanan kesehatan dalam meningkatkan mutu pelayanannya sangat berhubungan erat dengan kepuasan pasien. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di RSD dr. Soebandi Jember terdapat data terkait peserta JKN yang mengalami penurunan dari tahun ke tahun. Pada tahun 2013 tercatat sebesar 16.813 orang, pada tahun 2014 mengalami penurunan menjadi 14.989 orang, dan pada tahun 2015 hingga bulan Oktober hanya sebesar 11.497 orang. Sebaliknya untuk pasien umum di RSD dr. Soebandi Jember terjadi peningkatan dari tahun ke tahun. Pada tahun 2013 yang hanya tercatat sebesar 4.093 orang, pada tahun 2014 mengalami peningkatan menjadi 4.675 orang, dan pada tahun 2015 hingga bulan Oktober telah mencapai angka 5.496 orang. Peneliti juga melakukan studi pendahuluan dengan menggunakan kuesioner kepuasan kepada 20 pasien rawat inap di RSD dr. Soebandi Jember didapatkan bahwa terdapat sebanyak 14 orang pasien yang merasa kurang puas terhadap pelayanan yang diberikan, yang terdiri dari pasien JKN sebanyak 9 orang (75%) dan pasien umum sebanyak 5 orang (62,5%). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan kepuasan antara pasien peserta JKN dengan umum (pasien yang membayar secara langsung) berdasarkan mutu pelayanan kesehatan dengan menggunakan rancangan *cross sectional*. Responden yang menjadi subyek penelitian adalah 69 pasien peserta JKN dan 25

pasien umum di unit instalasi rawat inap RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember. Pengambilan sampel dilakukan berdasarkan *stratified random sampling*. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah mutu pelayanan yang meliputi delapan dimensi mutu pelayanan. Variabel terikat adalah kepuasan pasien. Alat pengumpulan data yang digunakan adalah kuesioner mutu pelayanan dan kuesioner kepuasan. Analisis data menggunakan uji *Chi-Square* dengan tingkat kemaknaan sebesar 5 %. Berdasarkan distribusi mutu pelayanan kesehatan di RSD dr. Soebandi Jember dapat dilihat bahwa mutu pelayanan kesehatan di RSD dr. Soebandi Jember menurut penilaian pasien JKN sebagian besar memiliki kategori baik yaitu sebanyak 62 responden atau sebesar 89,86%, dan menurut penilaian pasien umum sebagian besar mutu pelayanan kesehatan di RSD dr. Soebandi memiliki kategori baik yaitu sebanyak 23 responden atau sebesar 92%. Berdasarkan distribusi kepuasan pasien di RSD dr. Soebandi Jember dapat dilihat bahwa kepuasan responden terhadap pelayanan di RSD dr. Soebandi Jember menurut penilaian pasien JKN lebih banyak menyatakan kurang puas yaitu sebanyak 52 responden atau sebesar 75,36% dan menurut penilaian pasien umum juga lebih banyak yang menyatakan kurang puas terhadap pelayanan di RSD dr. Soebandi Jember yaitu sebanyak 16 responden atau sebesar 64%. Berdasarkan hasil *Chi-Square* didapatkan bahwa tidak terdapat perbedaan kepuasan antara pasien peserta JKN dengan umum berdasarkan mutu pelayanan kesehatan dengan nilai *Fisher's Exact Test* sebesar ($p = 0,059 > 0,05$). Kesimpulan dari penelitian ini adalah sebagian besar pasien peserta JKN dan pasien umum mengkategorikan mutu pelayanan dalam kategori baik. Sebagian besar pasien peserta JKN dan pasien umum mengkategorikan tingkat kepuasan dalam kategori kurang puas. Tidak ada perbedaan kepuasan antara pasien peserta JKN dengan umum berdasarkan mutu pelayanan kesehatan di instalasi rawat inap RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember. Tidak adanya perbedaan kepuasan tersebut dikarenakan baik pasien JKN dan umum sama-sama memiliki harapan yang tinggi terhadap pelayanan yang diberikan. Hal tersebutlah yang membuat sebagian besar pasien mengkategorikan tingkat kepuasan dalam kategori kurang puas.

SUMMARY

The Difference between Patient Satisfaction of National Health Insurance (NHI) Participant with the Public Patient Based on the Quality of Health Service in Inpatient Installation of State Hospital dr. Soebandi Jember; R. Moh. Naufal Roby F.; 122110101188; 122 page + xxii; Departement of Health Administration and Policy, Public Health Faculty, University of Jember.

The quality of health services provided by the health authority refers to the level of perfection of health services in fulfilling the needs and demands of each patient. The success acquired by a health service in improving the quality of service is closely related to patient satisfaction. According to the results of preliminary studies in State Hospital dr. Soebandi Jember , the data are associated with the NHI which has decreased annually. In 2013 there were 16.813 people, in 2014 decreased to 14.989 people, and in 2015 up to October there were only 11.497 people. Contrast to public patients in State Hospital dr. Soebandi Jember increased annually. In 2013 only there were 4.093 people, in 2014 increased to 4.675 people, and in 2015 up to October has reached 5.496 people. Researchers also conducted a preliminary study using a satisfaction questionnaire to 20 patients in State Hospital dr. Soebandi Jember which showed that there are as many as 14 patients who feel less satisfied with the services provided, comprising NHI patients with 9 people (75%) and the public patients as many as 5 people (62.5%). The objective of this study was to determine the difference between patients satisfaction of NHI participants with the public patients (direct-pay patients) based on the quality of health service by using *cross sectional* design. Respondents who become research subjects were 69 patients from NHI and 25 from public patients in inpatient unit of State Hospital dr. Soebandi Jember by using *stratified random sampling*. The independent variables in this study is the quality of service that includes eight dimensions of quality of service. The

dependent variable is the patients satisfaction. Data collected by questionnaire of quality of service and satisfaction questionnaire. Data was analyzed by *Chi-square* test with a significance level of 5%. According to the distribution of health care quality at State Hospital dr. Soebandi Jember, it can be seen that the quality of health services in State Hospital dr. Soebandi Jember according to the assessment by NHI patients that most of them have a good category, as many as 62 respondents, or by 89.86%, and according to the public patients assessment, largely on the quality of health services in State Hospital dr. Soebandi have good category as many as 23 respondents or 92%. According to the distribution of patients satisfaction in State Hospital dr. Soebandi Jember, it can be seen that the respondents satisfaction with the services in State Hospital dr. Soebandi Jember according to patient assessment of NHI mostly expressed less satisfied as many as 52 respondents, or by 75.36% and in the assessment of most public patients also expressed less satisfied with the service at State Hospital dr. Soebandi Jember with as many as 16 respondents or 64%. According to the results of *Chi-square* test, it was found that there was no difference between patients satisfaction of NHI participants with the public patients based on the quality of health services to the value of *Fisher's Exact Test* ($p = 0.059 > 0.05$). Results showed that mostly of the patient of NHI participants and the public patients categorized the quality of service in the good category. Moreover, is mostly of the patients of NHI participants and the public patients categorized their satisfaction in the less satisfied. There was no difference between patients satisfaction of NHI participants with the public patients based on the quality of health service in inpatient installation State Hospital dr. Soebandi Jember. No difference the satisfaction because of both patients NHI and the public patients alike have high expectations of the services provided. This is what makes the most of the patients categorize the level of satisfaction in the category of less satisfied.

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya serta tidak lupa sholawat dan salam kepada junjungan besar kita Nabi Muhammad SAW, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan program pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM). Peneliti ingin mengucapkan terima kasih kepada ibu Christyana Sandra S.KM., M.Kes, selaku dosen pembimbing utama yang telah membagi ilmu, memberikan petunjuk, koreksi serta saran dengan penuh perhatian dan kesabaran dan bapak Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes, selaku dosen pembimbing anggota yang telah memberikan banyak masukan serta arahan hingga terselesaikannya skripsi ini.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu penulis ingin menyampaikan pula rasa terima kasih kepada :

1. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
2. Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes. selaku Ketua Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.
3. Direktur RSD dr. Soebandi, yang telah memberikan ijin penelitian.
4. Staf Instansi bagian rekam medis rawat inap, pendidikan dan pelatihan, pelayanan medis RSD dr. Soebandi, terima kasih atas segala bantuan dan kerjasamanya selama penulis melakukan penelitian.
5. Sahabat-sahabat saya Nahda Fadila Sari S.KM, Lukman Hakim S.E, Herdian Riskianto, Nova Indra Lestari, Riski Wahyu yang selalu bersedia membantu saya serta bersedia berbagi cerita baik suka maupun duka dan selalu ada disaat saya membutuhkan.
6. Teman-teman peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan 2012 yang berjuang bersama – sama menghadapi tugas akhir.

7. Teman-teman MAPAKESMA yang mengajarkan saya arti sebuah kebersamaan, kekeluargaan, dan pentingnya untuk tetap menjaga lingkungan di sekitar kita.
8. Teman-teman Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember angkatan 2012, terima kasih telah memberikan warna di hari-hari saya selama kuliah.
9. Serta semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih belum sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Atas perhatian dan dukungannya, penulis sampaikan terima kasih.

Jember, 15 Agustus 2016

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBING.....	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
<i>SUMMARY</i>	x
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xviii
DAFTAR TABEL.....	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI	xxi
BAB 1.PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.3.1 Tujuan Umum	7
1.3.2 Tujuan Khusus.....	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
BAB 2.TINJAUAN PUSTAKA	9

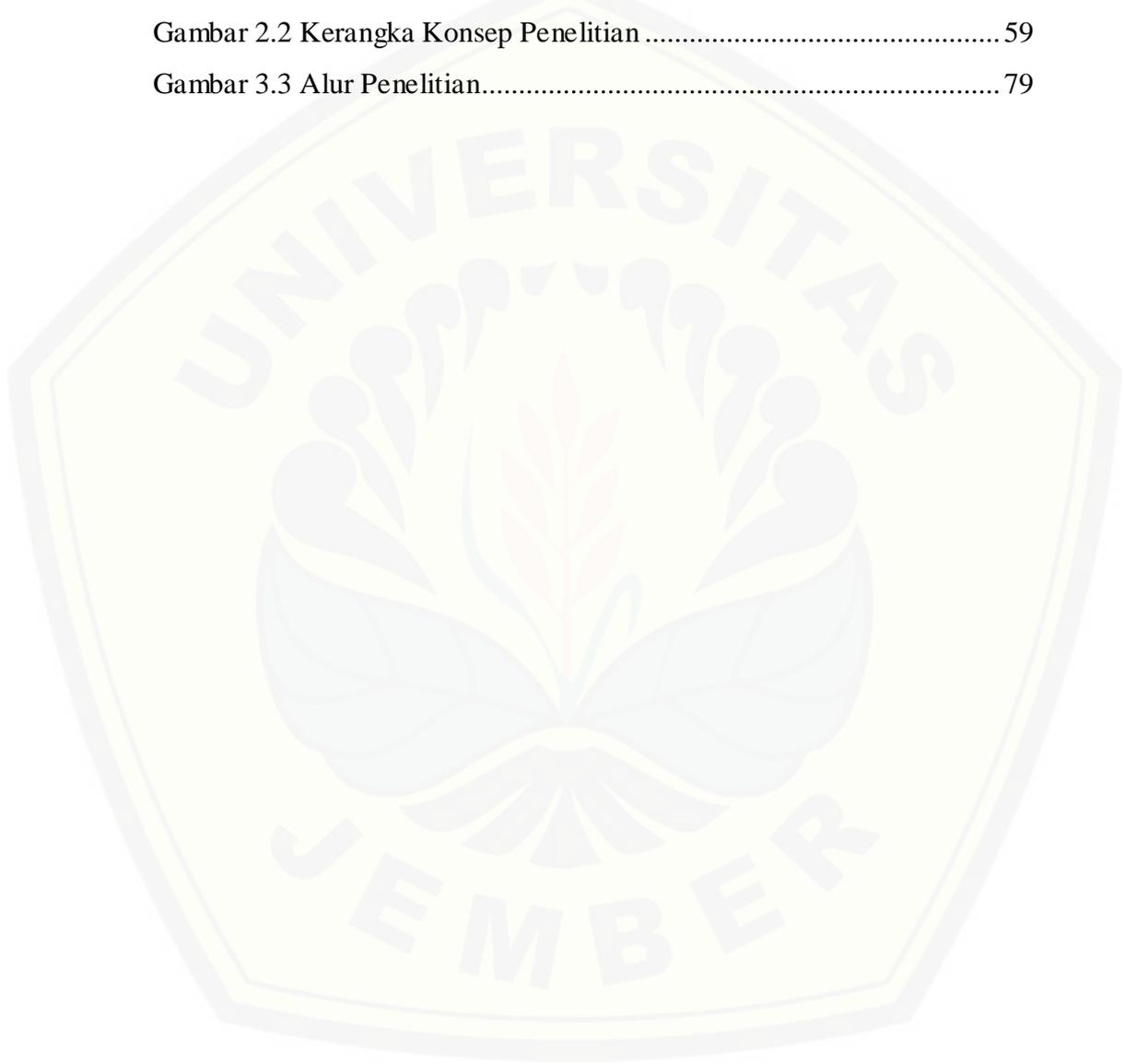
2.1 Rumah Sakit (RS).....	9
2.1.1 Pengertian RS	9
2.1.2 Tugas dan Fungsi RS.....	11
2.1.3 Klasifikasi RS	11
2.1.4 Pelayanan Rawat Inap	13
2.2 Mutu Pelayanan.....	13
2.2.1 Pengertian Pelayanan Kesehatan.....	13
2.2.2 Jenis-Jenis Pelayanan Kesehatan	15
2.2.3 Syarat-Syarat Pelayanan Kesehatan.....	16
2.2.4 Pengertian Mutu	18
2.2.5 Pengertian Mutu Pelayanan Kesehatan.....	19
2.2.6 Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan.....	20
2.2.7 Pengukuran Mutu Pelayanan Kesehatan.....	27
2.3 Jaminan Kesehatan Nasional.....	32
2.3.1 Pengertian Jaminan Kesehatan Nasional.....	32
2.3.2 Prinsip-Prinsip Jaminan Kesehatan Nasional.....	34
2.3.3 Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional	35
2.3.4 Peserta Jaminan Kesehatan Nasional	36
2.3.5 Hak dan Kewajiban Peserta Jaminan Kesehatan Nasional	38
2.3.6 Fasilitas Kesehatan Bagi Para Peserta JKN	40
2.4 Kepuasan	41
2.4.1 Pengertian Kepuasan Pasien.....	41
2.4.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepuasan.....	44
2.4.3 Indikator Kepuasan Pasien.....	49
2.4.4 Metode Mengukur Kepuasan	52
2.4.5 Manfaat dan Pentingnya Pengukuran Kepuasan.....	54
2.4.6 Hubungan antara Mutu Pelayanan dengan Kepuasan Pasien.....	56

2.5 Kerangka Teori.....	58
2.6 Kerangka Konsep	59
2.7 Hipotesis	60
BAB 3.METODOLOGI PENELITIAN	62
3.1 Jenis Penelitian.....	62
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	62
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian	62
3.3.1 Populasi Penelitian	62
3.3.2 Sampel Penelitian.....	63
3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel.....	64
3.4 Variabel dan Definisi Operasional	65
3.4.1 Variabel Penelitian	65
3.4.2 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	66
3.5 Data dan Sumber Data.....	71
3.5.1 Data Primer	71
3.5.2 Data Sekunder	71
3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	71
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data	71
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data	72
3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian, dan Analisis Data.....	73
3.7.1 Teknik Pengolahan Data	73
3.7.2 Teknik Penyajian Data	75
3.7.3 Analisis Data	75
3.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen	76
3.9 Alur Penelitian.....	79
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	80
4.1 Hasil Penelitian	80

4.1.1 Distribusi Karakteristik Responden	80
4.1.2 Distribusi Mutu Pelayanan Kesehatan di RSD dr. Soebandi Jember	81
4.1.3 Distribusi Kepuasan Pasien di RSD dr. Soebandi Jember	82
4.1.4 Perbedaan Kepuasan antara Pasien Peserta Jaminan Kesehatan Nasional dengan Umum Berdasarkan Mutu Pelayanan Kesehatan.....	83
4.2 Pembahasan.....	85
4.2.1 Mutu Pelayanan Kesehatan di RSD dr. Soebandi Jember	85
4.2.2 Kepuasan Pasien di RSD dr. Soebandi Jember	86
4.2.3 Perbedaan Kepuasan antara Pasien Peserta Jaminan Kesehatan Nasional dengan Umum Berdasarkan Mutu Pelayanan Kesehatan.....	88
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	91
5.1 Kesimpulan.....	91
5.2 Saran.....	91
DAFTAR PUSTAKA	93
LAMPIRAN	98

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian.....	58
Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian	59
Gambar 3.3 Alur Penelitian.....	79



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Peta Jaminan Kesehatan Nasional tahun 2012-2019	33
Tabel 3.2 Distribusi Besar Sampel Menurut Ruangan.....	65
Tabel 3.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	66
Tabel 4.4 Distribusi Karakteristik Responden	81
Tabel 4.5 Distribusi Mutu Pelayanan Kesehatan	82
Tabel 4.6 Distribusi Kepuasan Pasien.....	82
Tabel 4.7 Hasil Uji Chi-square 1	84
Tabel 4.8 Hasil Uji Chi square 2	85

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran A <i>Informed Consent</i> Penelitian.....	97
Lampiran B Kuesioner Penelitian	98
Lampiran C Hasil Perhitungan Uji Validitas dan Reliabilitas	106
Lampiran D Rekapitulasi Hasil Kuesioner.....	115
Lampiran E Hasil Uji Analisis Data (Statistik).....	119
Lampiran F Surat Ijin Penelitian	123
Lampiran G Dokumentasi.....	124

DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI

DAFTAR SINGKATAN

ASKES	= Asuransi Kesehatan
BLUD	= Badan Layanan Umum Daerah
BPJS	= Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BUMN	= Badan Usaha Milik Negara
Depkes	= Departemen Kesehatan
IGD	= Instalasi Gawat Darurat
JKN	= Jaminan Kesehatan Nasional
Kemkes	= Kementerian Kesehatan
MEA	= Masyarakat Ekonomi ASEAN
NH	= Nilai Harapan
NHI	= National Health Insurance
NS	= Nilai Skor
PBI	= Penerima Bantuan Iuran
PPK	= Pemberi Pelayanan Kesehatan
RI	= Republik Indonesia
RPJPK	= Rencana Pembangunan Jangka Panjang Kesehatan
RS	= Rumah Sakit
RSD	= Rumah Sakit Daerah
RSUD	= Rumah Sakit Umum Daerah
SERVQUAL	= Service Quality
SJSN	= Sistem Jaminan Sosial Nasional
SPM	= Standar Pelayanan Minimum
UU	= Undang – Undang
WHO	= World Health Organization
WNA	= Warga Negara Asing

DAFTAR NOTASI

%	= Persentase
\leq	= Kurang dari sama dengan
\geq	= Lebih dari sama dengan
$<$	= Kurang dari
$>$	= Lebih dari
x	= Perkalian
: / (/)	= Pembagian
(=)	= Sama dengan
(-)	= Sampai dengan



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Arah kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan nasional 2015-2019 merupakan bagian dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang Kesehatan (RPJPK) 2005-2025, yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud, melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah Republik Indonesia (Kemenkes RI 2015 : 43).

Berdasarkan hal tersebut pemerintah berupaya membangun pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau dan dapat dimanfaatkan oleh semua lapisan masyarakat baik dari kalangan bawah sampai kalangan atas, tanpa membedakan status sosial ekonomi seseorang untuk memperoleh pelayanan kesehatan secara adil dan merata (Depkes RI, 2008 dalam Wira, 2014 : 1). Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal, Bab I pasal 1 ayat 6 menyebutkan pelaksanaan kegiatan pemerintahan di daerah mengacu kepada Standar Pelayanan Minimum (SPM) akan menjadikan jaminan bagi masyarakat dalam memperoleh pelayanan yang baik dari pemerintah sesuai dengan kebutuhannya.

Rumah Sakit menjadi ujung tombak pembangunan dan pelayanan kesehatan masyarakat, namun tidak semua rumah sakit yang ada di Indonesia memiliki standar pelayanan dan kualitas yang sama. Semakin banyaknya rumah sakit di Indonesia serta semakin tingginya tuntutan masyarakat akan fasilitas kesehatan yang berkualitas dan terjangkau, rumah sakit harus berupaya bertahan (*survive*) di tengah persaingan yang semakin ketat sekaligus memenuhi tuntutan-

tuntutan tersebut. Selain itu, diberlakukannya Masyarakat Ekonomi ASEAN (MEA) yang mulai efektif berlaku pada tanggal 1 Januari 2016 akan memberikan peluang (akses pasar) sekaligus tantangan tersendiri bagi Indonesia khususnya dalam bidang kesehatan. Implementasi ASEAN *Economic Community* mencakup liberalisasi perdagangan barang dan jasa serta investasi sektor kesehatan.

Oleh karena itu, perlu dilakukan upaya meningkatkan daya saing (*competitiveness*) dari fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan dalam negeri termasuk rumah sakit didalamnya. Pembenahan fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan yang ada, baik dari segi sumber daya manusia, peralatan, sarana dan prasarannya, maupun dari segi manajemennya perlu digalakkan. Hal itu menjadi salah satu dasar rumah sakit untuk memberikan pelayanan yang bermutu pada setiap jenis pelayanan yang diberikan baik untuk pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap maupun pelayanan gawat darurat.

Mutu pelayanan kesehatan yang diberikan menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dan tuntutan setiap pasien, makin sempurna terpenuhinya kebutuhan dan tuntutan setiap pasien, makin baik pula mutu pelayanan kesehatan (Azwar, 1996 dalam Bata, 2013 : 1). Keberhasilan yang diperoleh suatu layanan kesehatan dalam meningkatkan mutu pelayanannya sangat berhubungan erat dengan kepuasan pasien. Kepuasan merupakan perbandingan antara kualitas jasa pelayanan yang didapat dengan keinginan, kebutuhan dan harapan (Tjiptono, 2012 dalam Kusumawati, 2013 : 1). Kepuasan pasien juga merupakan ukuran yang penting tentang efektivitas pemberi pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dan harapan pasien, sehingga kepuasan pasien dapat membantu dalam memberikan gambaran tentang mutu pelayanan kesehatan serta keinginan pasien untuk kembali memperoleh pelayanan kesehatan di tempat yang sama (Kotler, 2007 dalam Wira, 2014 : 2).

Manajemen suatu pelayanan kesehatan perlu menganalisis sejauh mana mutu pelayanan yang diberikan. Mutu pelayanan yang biasa digunakan dalam penilaian suatu kualitas pelayanan kesehatan mengacu pada lima dimensi mutu yaitu cepat tanggap (*responsiveness*), keandalan (*reliability*), terjamin (*assurance*), empati (*empathy*), dan bukti fisik (*tangible*), kelima dimensi mutu

pelayanan tersebut dapat digunakan untuk mewujudkan kepuasan (Muninjaya, 2011 dalam Wira, 2014 : 3). Sedangkan menurut Lori DiPrete Brown et. al. Dalam *QA Methodology Refirement Series* (1992) yang dikutip dalam buku Bustami (2011 : 3-5) mengemukakan bahwa kegiatan penjaminan mutu menyangkut satu atau beberapa dimensi mutu, yaitu : kompetensi teknis (*technical competence*), akses terhadap pelayanan (*access to service*), efektivitas (*effectiveness*), hubungan antar manusia (*human relation*), efisiensi (*efficiency*), kelangsungan pelayanan (*continuity of service*), keamanan (*safety*), dan yang terakhir ialah kenyamanan (*amenity*).

Cara untuk menjamin pembiayaan kesehatan dan perawatan para anggotanya, terdapat dua jenis asuransi di Indonesia berdasarkan kepemilikan badan penyelenggara yakni asuransi kesehatan pemerintah (BPJS) dan asuransi kesehatan swasta. Asuransi kesehatan pemerintah yaitu asuransi kesehatan milik pemerintah atau pengelolaan dana dilakukan oleh pemerintah. Keuntungan yang diperoleh khususnya bagi masyarakat kurang mampu karena mendapat subsidi dari pemerintah. Di lain pihak, biasanya mutu pelayanan kurang sempurna sehingga masyarakat merasa tidak puas. Asuransi kesehatan swasta (*Private Health Insurance*) yaitu asuransi kesehatan milik swasta atau pengelolaan dana dilakukan oleh suatu badan swasta. Keuntungan yang diperoleh biasanya mutu pelayanan relatif lebih baik, sedangkan kerugiannya sulit dilakukan pengamatan terhadap penyelenggaranya (Djuhaeni, 2007 : 26-27).

Selain dengan menggunakan dua jenis asuransi tersebut, masyarakat dapat melakukan pembiayaan kesehatan dengan cara *fee for services (out of pocket)*. Sistem ini secara singkat diartikan sebagai sistem pembayaran berdasarkan layanan, dimana pencari layanan kesehatan berobat lalu membayar kepada pemberi pelayanan kesehatan (PPK) secara langsung dari kantong sendiri. PPK (dokter atau rumah sakit) mendapatkan pendapatan berdasarkan atas pelayanan yang diberikan, semakin banyak yang dilayani, semakin banyak pula pendapatan yang diterima. Pada mekanisme pembiayaan ini, pasien cenderung berada di dalam posisi menerima sehingga sering terjadi penyimpangan seperti *overutilisasi*

jasa kesehatan dimana dokter memberikan banyak pelayanan yang pada dasarnya tidak dibutuhkan namun sengaja diberikan.

Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi merupakan salah satu rumah sakit pemerintah yang memberikan pelayanan terhadap peserta jaminan kesehatan nasional maupun jaminan kesehatan swasta serta pasien umum (pasien yang membayar secara langsung). Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi merupakan rumah sakit pemerintah yang berorientasi di sektor publik yang ada di Kabupaten Jember. RSD dr. Soebandi juga merupakan salah satu rumah sakit yang digunakan sebagai pusat rujukan pelayanan kesehatan untuk 4 Kabupaten yaitu Kabupaten Jember sendiri, Lumajang, Bondowoso, dan Kabupaten Situbondo.

Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi merupakan rumah sakit BLUD dan ditetapkan sebagai rumah sakit dengan kelas B pendidikan berdasarkan surat izin penetapan oleh Bupati No : 188.45/111.4/012/2009, terakreditasi penuh yang artinya diberikan jangka waktu tiga tahun kepada rumah sakit yang telah memenuhi standar yang ditetapkan oleh komisi akreditasi rumah sakit dan sarana kesehatan lainnya. Dengan status ini, keleluasaan di dalam meningkatkan mutu pelayanan termasuk dari sumber daya manusia, sarana dan prasarana penunjang semakin terbuka lebar dimana RSD dr. Soebandi selalu dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu. Hal ini dikarenakan banyaknya rumah sakit swasta yang bermunculan serta meningkatkan taraf pendidikan, perkembangan teknologi yang semakin pesat, dan kemampuan masyarakat dalam membedakan dan menentukan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan di RSD dr. Soebandi terjadi jumlah yang fluktuatif angka pengunjung yang terdapat pada tiga unit instalasi yaitu IGD, rawat jalan, dan rawat inap. Khusus pelayanan rawat inap cenderung terjadi penurunan angka pengunjung yang signifikan dari tahun ke tahun yakni dari tahun 2013-2015. Pada tahun 2013, jumlah kunjungan pasien di instalasi medik rawat inap tercatat sebanyak 23.202 orang. Sedangkan pada tahun 2014, jumlah kunjungan pasien pada instalasi medik rawat inap mengalami penurunan menjadi 20.567 orang. Penurunan kunjungan juga terjadi pada tahun 2015 dimulai pada bulan Januari – Oktober 2015 tercatat hanya sebesar 18.664 orang.

Selain itu, terdapat data terkait peserta jaminan kesehatan nasional yang juga mengalami penurunan dari tahun ke tahun. Dimulai pada tahun 2013, peserta jaminan kesehatan nasional tercatat sebesar 16.813 orang. Sedangkan pada tahun 2014, peserta jaminan kesehatan nasional mengalami penurunan menjadi 14.989 orang dan pada tahun 2015 (Januari-Oktober), tercatat peserta jaminan kesehatan nasional hanya sebesar 11.497 orang. Sebaliknya untuk pasien umum (pasien yang membayar secara langsung) di RSD dr. Soebandi Jember terjadi peningkatan dari tahun ke tahun. Dimulai pada tahun 2013 yang hanya tercatat sebesar 4.093 orang. Kemudian pada tahun 2014 pasien umum yang membayar secara langsung mengalami peningkatan menjadi 4.675 orang. Peningkatan juga terjadi pada tahun 2015, dalam kurun waktu Januari – Oktober 2015 tercatat pasien umum yang membayar secara langsung telah mencapai angka 5.496 orang. Keadaan tersebut tentunya tidak sesuai dengan apa yang tertulis dalam peraturan presiden Nomor 12 tahun 2013 tentang jaminan kesehatan yang menargetkan nantinya pada tanggal 1 Januari 2019 seluruh masyarakat Indonesia akan tercover didalam jaminan kesehatan sosial.

Beberapa teori menyebutkan bahwa, rendahnya penggunaan fasilitas kesehatan sering disebabkan oleh faktor jarak antara fasilitas tersebut dengan masyarakat yang terlalu jauh (baik jarak secara fisik maupun sosial), tarif yang tinggi, pelayanan yang tidak memuaskan dan sebagainya (Mamik, 2010 : 27). Putra dalam Anggraheni (2012 : 2) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa pendapatan keluarga, tingkat pendidikan, jarak dan kualitas layanan berpengaruh secara signifikan terhadap frekuensi kunjungan ke layanan kesehatan. Penelitian lainnya yang dilakukan Suaib et. al. (2012 : 1) menunjukkan kualitas pelayanan di setiap instansi atau bagian dari rumah sakit berpengaruh terhadap kepuasan pasien umum maupun pasien asuransi.

Selain itu untuk mengetahui tingkat kepuasan pasien, peneliti melakukan studi pendahuluan dengan menggunakan kuesioner kepuasan kepada 20 orang pasien rawat inap di RSD dr. Soebandi Jember. Berdasarkan hasil studi pendahuluan tersebut didapatkan bahwa terdapat sebanyak 14 orang pasien yang merasa kurang puas terhadap pelayanan yang diberikan, yang terdiri dari pasien

JKN sebanyak 9 orang (75%) dan pasien umum sebanyak 5 orang (62,5%). Tingkat kepuasan tersebut didapatkan dengan membandingkan kinerja pelayanan petugas dengan harapan pasien terhadap pelayanan petugas.

Berdasarkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 tentang penyelenggaraan jaminan kesehatan pada bab VII pasal 81 ayat 1 dan 2 menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan kepada peserta jaminan kesehatan harus memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi pada aspek keamanan pasien, efektifitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien, serta efisiensi biaya. Penerapan sistem kendali mutu pelayanan jaminan kesehatan dilakukan secara menyeluruh meliputi pemenuhan standar mutu fasilitas kesehatan, memastikan proses pelayanan kesehatan berjalan sesuai standar yang ditetapkan, serta pemantauan terhadap luaran kesehatan peserta. Pada pasal 80 ayat 1 disebutkan bahwa kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan dilakukan untuk menjamin agar pelayanan kesehatan kepada Peserta sesuai dengan mutu yang ditetapkan dan diselenggarakan secara efisien sehingga kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan dapat tercapai. Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang perbedaan tingkat kepuasan antara pasien peserta jaminan kesehatan nasional dengan umum (pasien yang membayar secara langsung) berdasarkan mutu pelayanan kesehatan di instalasi rawat inap RSD dr. Soebandi Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka dapat dibuat rumusan masalah yaitu : Apakah terdapat perbedaan kepuasan antara pasien peserta jaminan kesehatan nasional dengan umum (pasien yang membayar secara langsung) berdasarkan mutu pelayanan kesehatan di RSD dr. Soebandi Jember?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis perbedaan kepuasan antara pasien peserta jaminan kesehatan nasional dengan umum (pasien yang membayar secara langsung) berdasarkan mutu pelayanan kesehatan.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi mutu pelayanan kesehatan pasien peserta jaminan kesehatan nasional dan pasien umum (pasien yang membayar secara langsung) di RSD dr. Soebandi Jember.
- b. Mengidentifikasi kepuasan pasien peserta jaminan kesehatan nasional dan pasien umum (pasien yang membayar secara langsung) di RSD dr. Soebandi Jember.
- c. Menganalisis perbedaan kepuasan antara pasien peserta jaminan kesehatan nasional dengan umum (pasien yang membayar secara langsung) berdasarkan mutu pelayanan kesehatan.

1.4 Manfaat :

a. Manfaat Teoritis :

Manfaat dari penelitian ini diharapkan mampu menambah dan mengembangkan ilmu pengetahuan khususnya dalam lingkup administrasi dan kebijakan kesehatan yang berkaitan dengan kepuasan pasien berdasarkan mutu pelayanan di RSD dr. Soebandi Jember.

b. Manfaat Praktis :

Bagi institusi Rumah Sakit, khususnya RSD dr. Soebandi Jember dapat memberikan gambaran tentang bagaimana perbedaan tingkat kepuasan antara pasien peserta jaminan kesehatan nasional dengan umum berdasarkan mutu pelayanan kesehatan di Instalasi Rawat Inap RSD dr. Soebandi Jember. Selain itu,

dapat dijadikan acuan atau pedoman awal bagi peneliti selanjutnya yang ingin meneliti hal yang sama atau mengembangkan penelitian yang serupa.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit (RS)

2.1.1 Pengertian RS

Banyak pendapat para ahli mengenai asal kata dari rumah sakit, konon katanya hospital (rumah sakit) berakar dari kata latin *Hostel* yang biasa digunakan di abad pertengahan sebagai tempat bagi para pengungsi yang sakit, menderita, dan miskin. Pendapat lain oleh willian dalam Febriawati (2013 : 5) mengatakan bahwa kata *hospital* berasal dari bahasa latin *hospitium*, artinya suatu tempat/ruangan untuk menerima tamu. Sementara itu Yu dalam Febriawati (2013 : 5) menyatakan bahwa istilah *hospital* berasal dari bahasa perancis kuno dan medieval english, yang dalam kamus inggris oxford didefinisikan sebagai :

- a. Tempat untuk istirahat dan hiburan
- b. Institusi sosial untuk mereka yang membutuhkan akomodasi, lemah dan sakit
- c. Institusi sosial untuk pendidikan dan kaum muda
- d. Institusi untuk merawat mereka yang sakit dan cidera

Rumah sakit itu adalah sebuah tempat, tetapi juga sebuah fasilitas, sebuah institusi dan sebuah organisasi. Untuk mengetahui definisi dari rumah sakit secara jelas dapat kita lihat dari pendapat para ahli yang dikutip didalam buku Febriawati (2013 : 5-6) dibawah ini :

- a. Menurut UU No 44 tahun 2009 rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan masyarakat, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat, yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu dan tetap terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Pada bab 1 pasal 1 ayat 1 disebutkan juga bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan

kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

- b. Menurut Azwar dalam Febriawati (2013 : 5-6) rumah sakit adalah suatu organisasi yang melalui tenaga medis profesional yang terorganisasi serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien.
- c. Menurut American Hospital Association dalam Febriawati (2013 : 5-6) rumah sakit adalah suatu institusi yang fungsi utamanya adalah untuk memberikan pelayanan kepada pasien-diagnostik dan terapeutik untuk berbagai penyakit dan masalah kesehatan, baik yang bersifat bedah maupun non bedah.
- d. Rumah sakit menurut Dr. Suparto Adikoesoemo dalam Febriawati (2013 : 5-6) adalah bagian dari keseluruhan sistem pelayanan kesehatan yang dikembangkan melalui rencana pembangunan kesehatan dan merupakan suatu sistem sosial yang didalamnya terdapat obyek manusia sebagai pasien.

Rumah sakit adalah organisasi yang penuh dengan keunikan bila dibandingkan dengan organisasi lain, mulai dari karakteristik produk jasa yang ditawarkan, fungsi, tujuan pendirian, sistem pendanaan, sampai pada perlakuan pajak dan akuntansi. Meskipun jasa layanan rumah sakit tergolong sebagai barang publik rumah sakit boleh dimiliki oleh pemerintah maupun swasta (Armen & Azwar, 2013 : 26). *World Health Organization* (WHO) yang dikutip dalam buku Armen & Azwar (2013 : 35) memberikan definisi rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat, serta pelayanan rawat jalan yang diberikannya guna menjangkau keluarga di rumah. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian bio-medik.

Sementara pengertian rumah sakit menurut peraturan menteri kesehatan Indonesia No.5/Menkes/pos 15/2005 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. Kesimpulan yang dapat ditarik dari definisi di atas adalah bahwa rumah sakit mempunyai fungsi memberikan pelayanan medis dan pelayanan penunjang medis, juga sebagai empat penelitian dan pengembangan ilmu teknologi di bidang kesehatan dan tujuan didirikannya rumah sakit adalah untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat dalam bidang kesehatan (Armen & Azwar 2013 : 35).

2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan UU RI nomor 44 tahun 2009 bab 3 pasal 4 tentang rumah sakit, rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk menjalankan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4, Rumah Sakit mempunyai fungsi:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan, dan
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.1.3 Klasifikasi RS

Rumah sakit pada dasarnya dapat diklasifikasikan kedalam berbagai kelompok sesuai dengan tujuannya. Menurut Armen & Azwar (2013 : 44-45) pengelompokan atau penggolongan rumah sakit di Indonesia dapat dibedakan berdasarkan beberapa kategori, yaitu :

- a. Penggolongan rumah sakit berdasarkan bentuk pelayanannya :
- 1) Rumah sakit umum, adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan semua jenis penyakit, dari yang bersifat dasar sampai dengan subspecialisasi.
 - 2) Rumah sakit khusus, adalah rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan berdasarkan jenis penyakit tertentu atau disiplin ilmu tertentu.
 - 3) Rumah sakit pendidikan, adalah rumah sakit umum yang dipergunakan sebagai tempat pendidikan tenaga medis tingkat S1, S2, dan S3.
- b. Penggolongan rumah sakit berdasarkan penyelenggaranya :
- 1) Rumah sakit pemerintahan, adalah rumah sakit yang dimiliki dan diselenggarakan oleh :
 - a) Departemen kesehatan
 - b) Pemerintah daerah
 - c) ABRI
 - d) BUMN
 - 2) Rumah sakit swasta, adalah rumah sakit yang dimiliki dan diselenggarakan oleh :
 - a) Yayasan, yaitu yang sudah di sahkan sebagai badan hukum.
 - b) Badan hukum lain yang bersifat sosial.
- c. Penggolongan rumah sakit berdasarkan perbedaan tingkat, menurut kemampuan pelayanan kesehatan yang dapat disediakan, yaitu :
- 1) Rumah sakit kelas A, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialisik dan sub spesialisik.
 - 2) Rumah sakit kelas B-II, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialisik luas dan sub spesialisik terbatas.
 - 3) Rumah sakit kelas B-I, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis sekurang-kurangnya ada satu jenis spesialisik.

- 4) Rumah sakit kelas C, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialisik dalam empat cabang : penyakit dalam, bedah, kebidanan, atau penyakit kandungan, dan kesehatan anak.
- 5) Rumah sakit kelas D, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan sekurang-kurangnya pelayanan medis dasar atau pelayanan yang bersifat umum.

Klasifikasi di atas merupakan klasifikasi untuk rumah sakit pemerintah, sedangkan untuk rumah sakit swasta belum ditentukan. Sementara ini rumah sakit swasta mengikuti klasifikasi rumah sakit pemerintah.

2.1.4 Pelayanan Rawat Inap

Rawat inap (opname) adalah istilah yang berarti proses perawatan pasien oleh tenaga kesehatan profesional akibat penyakit tertentu, di mana pasien diinapkan di suatu ruangan di rumah sakit (Nengsih, 2010 : 38). Menurut UU No. 3 tahun 1992 tentang jaminan sosial tenaga kerja menyatakan bahwa rawat inap adalah pemeliharaan kesehatan rumah sakit dimana penderita tinggal/mondok sedikitnya satu hari berdasarkan rujukan dari Pelaksana Pelayanan Kesehatan atau rumah sakit Pelaksana Pelayanan Kesehatan lain.

Ruang pasien rawat inap adalah ruang untuk pasien yang memerlukan asuhan dan pelayanan keperawatan dan pengobatan secara berkesinambungan lebih dari 24 jam. Untuk tiap-tiap rumah sakit akan mempunyai ruang perawatan dengan nama sendiri-sendiri sesuai dengan tingkat pelayanan dan fasilitas yang diberikan oleh pihak rumah sakit kepada pasiennya (Kemenkes RI, 2012).

2.2 Mutu Pelayanan

2.2.1 Pengertian pelayanan kesehatan

Service atau layanan merupakan suatu kegiatan yang memiliki beberapa unsur ketidakberwujudan (*intangibility*) yang berhubungan dengannya, yang melibatkan beberapa interaksi dengan konsumen atau dengan properti dalam

kepemilikannya, dan tidak menghasilkan transfer kepemilikan (Griselda dan Panjaitan dalam Setiyawati, 2009 : 26).

Menurut Philip Kotler dalam Sudibyo (2014 : 16) pelayanan atau service adalah sebuah tindakan atau kegiatan yang dapat ditawarkan oleh suatu pihak kepada pihak lain yang pada dasarnya tidak berwujud dan tidak mengakibatkan kepemilikan apapun.

Definisi yang sangat sederhana diberikan oleh Ivaneceovich, Lorenzi, Skinner, dan Crosby dalam Ratminto dan Winarsih (2006 : 2) bahwa pelayanan adalah produk-produk yang tidak kasat mata (tidak dapat diraba) yang melibatkan usaha-usaha manusia dan menggunakan peralatan.

Sedangkan definisi yang lebih rinci menurut Gronroos dalam Ratminto dan Winarsih (2006 : 2) menyatakan bahwa pelayanan adalah suatu aktivitas atau serangkaian aktivitas yang bersifat tidak kasat mata (tidak dapat diraba) yang terjadi sebagai akibat adanya interaksi antara konsumen dengan karyawan atau hal-hal lain yang disediakan oleh perusahaan pemberi layanan yang dimaksudkan untuk memecahkan permasalahan konsumen/pelanggan.

Selanjutnya Sampara dalam Sinambela (2006 : 5) berpendapat bahwa pelayanan adalah suatu kegiatan yang terjadi dalam interaksi langsung antar seseorang dengan orang lain atau mesin secara fisik, dan menyediakan kepuasan pelanggan. Pengertian pelayanan kesehatan menurut para ahli dan institusi kesehatan adalah :

a. Menurut Prof. Dr. Soekidjo Notoatmojo dalam Sinambela (2006 : 5)

Pelayanan kesehatan adalah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat.

b. Menurut Azwar dalam Sinambela (2006 : 5)

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan perseorangan, keluarga kelompok, dan ataupun masyarakat.

c. Menurut Depkes RI dalam Sinambela (2006 : 5)

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.

d. Menurut Levey dan Loomba dalam Sinambela (2006 : 5)

Pelayanan Kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan sendiri/secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan mencembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat.

Berdasarkan pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa pelayanan kesehatan adalah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah promotif (memelihara dan meningkatkan kesehatan), preventif (pencegahan), kuratif (penyembuhan), dan rehabilitasi (pemulihan) kesehatan perorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat, lingkungan. Maksud dari sub sistem disini adalah sub sistem dalam pelayanan kesehatan yang meliputi: input, proses, output, dampak, umpan balik (Notoatmodjo, 2007 : 97).

2.2.2 Jenis-jenis pelayanan kesehatan

Menurut pendapat Hodgetts dan Casio dalam Notoatmodjo (2007 : 98) jenis pelayanan kesehatan secara umum dapat dibedakan atas dua, yaitu :

a. Pelayanan kedokteran

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (*medical services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi. Tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.

b. Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok kesehatan masyarakat (*public health service*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam suatu organisasi. Tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit dan sarannya untuk kelompok dan masyarakat.

Pelayanan kesehatan masyarakat pada prinsipnya mengutamakan pelayanan kesehatan promotif dan preventif. Pelayanan promotif adalah upaya meningkatkan kesehatan masyarakat ke arah yang lebih baik lagi dan yang preventif mencegah agar masyarakat tidak jatuh sakit agar terhindar dari penyakit. Sebab itu pelayanan kesehatan masyarakat itu tidak hanya tertuju pada pengobatan individu yang sedang sakit saja, tetapi yang lebih penting adalah upaya-upaya pencegahan (preventif) dan peningkatan kesehatan (promotif). Sehingga, bentuk pelayanan kesehatan bukan hanya puskesmas atau balai kesehatan masyarakat saja, tetapi juga bentuk-bentuk kegiatan lain, baik yang langsung kepada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, maupun yang secara tidak langsung berpengaruh kepada peningkatan kesehatan.

2.2.3 Syarat-syarat pelayanan kesehatan

Menurut Azwar dalam Riyadi (2015 : 21-22) agar pelayanan kesehatan dapat mencapai tujuan yang diinginkan, banyak syarat yang harus dipenuhi. Syarat yang dimaksud paling tidak mencakup hal sebagai berikut :

a. Tersedianya dan berkesinambungan

Syarat yang pertama pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia di masyarakat (*available*) serta bersifat berkesinambungan (*continous*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat adalah pada setiap saat yang dibutuhkan.

b. Dapat diterima dan wajar

Syarat pokok yang kedua pelayanan kesehatan yang baik adalah dapat diterima (*acceptable*) oleh masyarakat serta bersifat wajar (*appropriate*).

Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan keyakinan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan, dan kepercayaan masyarakat, serta bersifat tidak wajar, bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baik.

c. Mudah dicapai

Syarat pokok yang ketiga pelayanan kesehatan yang baik adalah mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat. Pengertian ketercapaian yang dimaksudkan disini adalah terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang terlalu terkonsentrasi di daerah perkotaan saja, dan sementara itu tidak ditemukan di daerah pedesaan, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.

d. Mudah dijangkau

Syarat pokok keempat pelayanan kesehatan yang baik adalah mudah dijangkau (*affordable*) oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan yang dimaksudkan disini terutama dari sudut biaya. Untuk dapat mewujudkan kesehatan yang seperti ini harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal dan karena itu hanya mungkin dinikmati oleh sebagian kecil masyarakat saja, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.

e. Bermutu

Syarat pokok kesehatan yang baik adalah mutu (*quality*). Pengertian mutu yang dimaksudkan disini adalah menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang di satu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan, dan di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

2.2.4 Pengertian mutu

Berbagai batasan tentang mutu dikemukakan oleh para ahli. Secara sederhana dapat dikemukakan bahwa mutu atau kualitas menurut kamus Bahasa Indonesia ialah ukuran, derajat, atau taraf tentang baik buruknya suatu produk barang atau jasa. Ukuran yang terpenting dalam mutu bukanlah harga atau biaya, akan tetapi kesamaan terhadap standar yang telah ditetapkan. Oleh karena itu, suatu barang atau jasa tersebut mempunyai derajat kesempurnaan yang sesuai dengan standar yang ada. Dalam istilah lain dapat dikemukakan bahwa mutu adalah perpaduan sifat-sifat dan karakteristik produk atau jasa yang dapat memenuhi kebutuhan pemakai atau pelanggan (Bustami, 2011 : 2-3).

Beberapa definisi profesional tentang mutu banyak dikemukakan, agak berbeda-beda namun saling melengkapi yang dapat menambah pengertian dan wawasan kita tentang apa yang dimaksud sebenarnya tentang mutu, antara lain :

- a. Philip B. Crosby dalam Muninjaya (2011 : 19) memberikan penjelasan tentang mutu dari konteks yang berbeda: “kepatuhan terhadap suatu spesifikasi dan keadaan tanpa cacat (*conforming to requirement and zero defect*)”.
- b. Josep Juran dalam Muninjaya (2011 : 19) : Mutu adalah apa yang diharapkan atau ditentukan oleh konsumen (*quality is fitness for the used defined by consumers*). *Quality is doing the thing right, right away. Quality is doing the right, the first time and all the time.*

Deming dalam Bustami (2011 : 3) mengemukakan bahwa mutu dapat dilihat dari aspek konteks, persepsi pelanggan, serta kebutuhan dan keinginan peserta.

- a. Dari aspek konteks, mutu adalah suatu karakteristik atau atribut dari suatu produk atau jasa.
- b. Dari aspek persepsi pelanggan, mutu adalah penilaian subjektif pelanggan. Persepsi pelanggan dapat berubah karena pengaruh berbagai hal seperti iklan, reputasi produk atau jasa yang dihasilkan, pengalaman dan sebagainya.
- c. Dari aspek kebutuhan dan keinginan pelanggan, mutu adalah apa yang dikehendaki dan dibutuhkan oleh pelanggan.

Pendapat lain menyatakan mutu barang atau jasa dapat didefinisikan sebagai keseluruhan karakteristik barang atau jasa yang menunjukkan kemampuannya dalam memuaskan kebutuhan konsumen, baik berupa kebutuhan yang dinyatakan maupun kebutuhan yang tersirat. Namun, akan terjadi sedikit kerumitan apabila kita akan mencoba mendefinisikan mutu layanan kesehatan karena layanan kesehatan merupakan suatu komoditas atau jasa yang unik atau jasa yang sangat khusus. Pasien tidak akan mungkin memilih layanan kesehatan yang akan dibelinya, sebaliknya, pasien yang sedang membutuhkan layanan kesehatan harus membeli layanan kesehatan yang akan ditentukan oleh profesi layanan kesehatan, bukan ditentukan oleh pasien sendiri. Pelayanan kesehatan merupakan suatu kumpulan dari berbagai jenis layanan kesehatan, mulai dari promosi kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, rehabilitasi kesehatan sampai transplantasi organ (Pohan 2007 : 12).

2.2.5 Pengertian mutu pelayanan kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan atau pemeliharaan kesehatan diterima dan didefinisikan dalam banyak pengertian. Mutu pelayanan kesehatan dapat semata-mata dimaksudkan adalah dari aspek teknis medis yang hanya berhubungan langsung antara pelayanan medis dan pasien saja, atau mutu kesehatan dari sudut pandang sosial dan sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan, termasuk akibat-akibat manajemen administrasi, keuangan, peralatan, dan tenaga kesehatan lainnya. WHO dalam Muninjaya (2011 : 19) menjelaskan tentang mutu produk pelayanan kesehatan yang mencakup *“Proper performance (according to standarts) of interventions that are known to be safe, that are affordable to the society in question, and that have the ability to produce an impact on mortality, disability, and malnutrition.*

Kemenkes RI dalam Muninjaya (2011 : 19) memberikan pengertian tentang mutu pelayanan kesehatan, yang meliputi kinerja yang menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, tidak saja yang dapat menimbulkan kepuasan bagi pasien sesuai dengan kepuasan rata-rata penduduk tetapi juga sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan. Dalam

pelayanan kesehatan peningkatan mutu pelayanan diperlukan untuk memberikan kepuasan kepada pasien, petugas profesi kesehatan, manajer kesehatan maupun pemilik institusi kesehatan. Layanan kesehatan yang bermutu adalah suatu layanan kesehatan yang dibutuhkan, dalam hal ini akan ditentukan oleh profesi layanan kesehatan, dan sekaligus diinginkan baik oleh pasien/konsumen ataupun masyarakat serta terjangkau oleh daya beli masyarakat (Pohan 2007 : 17)

Sedangkan Azwar dalam Bustami (2011 : 16) menyatakan mutu pelayanan kesehatan adalah derajat dipenuhinya kebutuhan masyarakat atau perorangan terhadap asuhan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi yang baik dengan pemanfaatan sumber daya secara wajar, efisien, efektif, dalam keterbatasan kemampuan pemerintah dan masyarakat, serta diselenggarakan secara aman dan memuaskan pelanggan sesuai dengan norma dan etika yang baik. Dari batasan yang dikemukakan diatas, dapat disimpulkan bahwa mutu pelayanan kesehatan adalah kesesuaian pelayanan kesehatan dengan standar profesi dengan memanfaatkan sumber daya yang ada secara baik, sehingga semua kebutuhan pelanggan dan tujuan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal dapat tercapai.

2.2.6 Dimensi mutu pelayanan kesehatan

Mutu merupakan konsep yang komprehensif dan multidimensional. Parasuraman *et. al.* dalam Bustami (2011 : 5-6) melalui penelitiannya mengidentifikasi sepuluh dimensi pokok, yaitu daya tanggap, kehandalan (reliabilitas), kompetensi, kesopanan, akses, komunikasi, kredibilitas, kemampuan memahami pelanggan, keamanan dan bukti fisik. Pada penelitian berikutnya yang dilakukan oleh Parasuraman *et. al.* dalam Bustami (2011 : 5-6), mereka menggabungkan beberapa dimensi menjadi satu, yaitu kompetensi, kesopanan, keamanan, dan kredibilitas yang disatukan menjadi jaminan (*assurance*). Dimensi komunikasi, akses, dan kemampuan memahami pelanggan digolongkan sebagai (*empathy*). Akhirnya jadilah lima dimensi utama, yaitu reliabilitas, daya tanggap, jaminan, empati dan bukti fisik atau bukti langsung.

- a. Reliabilitas (*reliability*), adalah kemampuan memberikan pelayanan dengan segera, tepat (akurat), dan memuaskan. Secara umum dimensi reliabilitas merefleksikan konsistensi dan kehandalan (hal yang dapat dipercaya dan dipertanggungjawabkan) dari penyedia pelayanan. Dengan kata lain reliabilitas berarti sejauh mana jasa mampu memberikan apa yang telah dijanjikan kepada pelanggannya dengan memuaskan. Hal ini berkaitan erat dengan apakah perusahaan/instansi memberikan tingkat pelayanan yang sama dari waktu ke waktu, apakah perusahaan/instansi memenuhi janjinya, membuat catatan yang akurat, dan melayani secara benar.
- b. Daya tanggap (*responsiveness*), yaitu keinginan para karyawan/staf membantu semua pelanggan serta berkeinginan dan melaksanakan pemberian pelayanan dengan tanggap. Dimensi ini menekankan pada sikap dari penyedia jasa yang penuh perhatian, cepat dan tepat dalam menghadapi permintaan, pertanyaan, keluhan, dan masalah dari pelanggan. Dimensi ketanggapan ini merefleksikan komitmen perusahaan atau instansi untuk memberikan pelayanan yang tepat pada waktunya dan persiapan perusahaan/instansi sebelum memberikan pelayanan.
- c. Jaminan (*assurance*), artinya karyawan/staf memiliki kompetensi. Kesopanan, dan dapat dipercaya, bebas dari bahaya, serta bebas dari resiko dan keragu-raguan. Dimensi-dimensi ini merefleksikan kompetensi perusahaan, keramahan (sopan, santun) kepada pelanggan, dan keamanan operasinya. Kompetensi ini berkaitan dengan pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan jasa.
- d. Empati (*empathy*), dalam hal ini karyawan/staf mampu menempatkan dirinya pada pelanggan, dapat berupa kemudahan dalam menjalin hubungan dan komunikasi termasuk perhatiannya terhadap para pelanggannya, serta dapat memahami kebutuhan dari pelanggan. Dimensi ini menunjukkan derajat perhatian yang diberikan kepada setiap pelanggan dan merefleksikan kemampuan pekerja (karyawan) untuk menyelami perasaan pelanggan.

- e. Bukti fisik atau bukti langsung (*tangible*), dapat berupa ketersediaan sarana dan prasarana termasuk alat yang siap pakai serta penampilan karyawan/staf yang menyenangkan.

Kelima dimensi tersebut diatas dikenal sebagai *service quality* (SERVQUAL). Dimensi-dimensi ini diperoleh melalui wawancara terhadap para pelanggan untuk mengetahui atribut apa saja yang diharapkan para pelanggan dari perusahaan atau instansi tertentu. Gaspersz dalam Bustami (2011 : 6-7) mengemukakan bahwa terdapat beberapa dimensi mutu yang harus diperhatikan dalam pelayanan, yaitu :

- a. Ketepatan waktu pelayanan, misalnya waktu tunggu pasien, waktu pelaksanaan (proses) pelayanan.
- b. Akurasi pelayanan, berkaitan dengan reliabilitas pelayanan dan bebas dari kesalahan.
- c. Kesopanan dan keramahan dalam memberikan pelayanan.
- d. Tanggung jawab berkaitan dengan penanganan keluhan dari pasien (pelanggan).
- e. Kelengkapan, menyangkut ketersediaan sarana pendukung pelayanan.
- f. Kemudahan mendapat pelayanan, berkaitan dengan petugas dan tersedianya fasilitas pendukung.
- g. Variasi model pelayanan, berhubungan dengan inovasi untuk memberikan pola baru dalam pelayanan.
- h. Pelayanan pribadi, berkaitan dengan fleksibilitas petugas.
- i. Kenyamanan dalam mendapatkan pelayanan, berkaitan dengan lokasi, ruang, kemudahan menjangkau, tempat parkir kendaraan, ketersediaan informasi, dan sebagainya.
- j. Atribut pendukung pelayanan lainnya seperti lingkungan, fasilitas AC, dan sebagainya.

Pandangan lain tentang dimensi jasa, disampaikan oleh Brown et. al yang dikutip oleh Wanarto (2013 : 4-8) bahwa ada 8 dimensi mutu khusus untuk jaminan mutu pelayanan kesehatan di negara yang sedang berkembang, yaitu :

a. Dimensi Kompetensi Teknis (*Technical Competence*)

Dimensi kompetensi teknis mencakup *skill* (keterampilan), *capability* (kapabilitas/kemampuan) dan *actual performance* (penampilan aktual) dari pemberi pelayanan, para manajer serta staf pendukung pelayanan kesehatan. Sebagai contoh, untuk memberikan pelayanan dengan kompetensi yang unggul secara teknis, tenaga kesehatan di desa harus memiliki keterampilan dan pengetahuan (kapabilitas) untuk menyelesaikan tugas spesifik dan untuk bertindak secara konsisten dan akurat (penampilan aktual).

Kompetensi teknis berhubungan dengan seberapa baik pemberi pelayanan kesehatan memberikan pedoman praktis dan standar untuk *dependability* (keterpercayaan), *accuracy* (akurasi/ketepatan), *reliability* (reliabilitas/keandalan), dan *consistency* (konsistensi/keajegan). Dimensi ini relevan untuk semua pelayanan yang diberikan baik pelayanan klinik maupun non klinik. Bagi para pemberi pelayanan kesehatan, dimensi ini mencakup tindakan preventif, diagnosis, perawatan, dan konseling kesehatan. Kompetensi dalam manajemen kesehatan membutuhkan keterampilan mengenai supervisi, pelatihan, dan pemecahan masalah. Keterampilan yang harus dimiliki oleh staf pendukung tergantung kepada uraian tugas masing-masing. Sebagai contoh, seorang staf di bagian rekam medik harus memiliki kompetensi teknis dalam bidang teknologi informasi (komputer). Kompetensi teknis juga berkaitan dengan sumber-sumber material, misalnya sebuah mesin Sinar-X harus menghasilkan radiasi yang secara konsisten sesuai dengan standar yang berlaku. Rendahnya kompetensi teknis dapat menyebabkan pergeseran mulai dari penyimpangan minor dari prosedur standar hingga kesalahan mayor yang dapat menurunkan efektifitas atau meningkatkan resiko terhadap keamanan pasien.

b. Dimensi Akses Terhadap Pelayanan (*Access to Services*)

Akses atau keterjangkauan mengandung arti bahwa pelayanan tidak dibatasi oleh rintangan geografis, ekonomis, sosial, kultural (budaya), organisasional, atau bahasa. Akses terhadap pelayanan dapat diukur berdasarkan beberapa hal yaitu :

- 1) Keterjangkauan geografis dapat diukur dari jenis transportasi, jarak, waktu tempuh, dan rintangan-rintangan fisik lain yang dapat diatasi oleh klien.
- 2) Keterjangkauan ekonomi berkaitan dengan *affordability* (kemampuan membayar produk dan pelayanan yang diberikan).
- 3) Keterjangkauan sosial dan kultural berhubungan dengan tingkat penerimaan atau penolakan terhadap pelayanan kesehatan. Hal ini terkait dengan nilai budaya, kepercayaan, dan sikap konsumen. Sebagai contoh, pelayanan keluarga berencana mungkin tidak diterima jika terdapat hal-hal yang tidak selaras dengan kebudayaan setempat.
- 4) Keterjangkauan organisasional berkaitan dengan bagaimana pelayanan kesehatan diorganisir dengan baik agar memberikan kemudahan dan kenyamanan bagi konsumen. Contoh yang terkait dengan keterjangkauan organisasional antara lain tanggapan terhadap isu-isu *appointment system* (sistem penjanjian), waktu tunggu dan sebagainya.
- 5) Keterjangkauan bahasa mengandung arti bahwa pelayanan dapat diterima oleh bahasa atau dialek lokal. Dengan demikian pihak pemberi pelayanan kesehatan harus mampu memberikan pelayanan dengan bahasa yang mudah diterima oleh masyarakat lokal sebagai konsumen. Sebagai contoh, Puskesmas di daerah Madura seyogyanya memiliki sumber daya manusia yang mampu memberikan pelayanan dengan bahasa yang mudah diterima oleh masyarakat lokal yaitu Bahasa Madura.

c. Dimensi Efektifitas (*Effectiveness*)

Mutu pelayanan kesehatan tergantung kepada efektifitas *service delivery norms* (aturan pemberian pelayanan) dan *clinical guidelines* (panduan klinik). Untuk dapat mengkaji dimensi efektifitas, kita harus menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut : Apakah prosedur atau penanganan, ketika sudah dilakukan dengan benar, memberikan hasil sesuai dengan keinginan ? Apakah penanganan yang direkomendasikan adalah penanganan yang kebanyakan tepat secara teknologis untuk setting yang diberikan ? Efektifitas adalah dimensi penting dari mutu pada tingkat sentral di mana aturan dan

spesifikasi didefinisikan. Isu-isu efektifitas seharusnya juga dipertimbangkan pada tingkat lokal, yaitu tempat manajer memutuskan bagaimana cara melaksanakan aturan dan bagaimana menyesuaikan aturan tersebut pada kondisi lokal. Strategi yang perlu dijalankan untuk menjamin efektifitas adalah potensi kerugian akibat prosedur harus dibandingkan dengan potensi keuntungan dari prosedur tersebut.

d. Dimensi Hubungan Interpersonal (*Interpersonal Relations*)

Dimensi hubungan interpersonal berkaitan dengan interaksi antara pemberi pelayanan kesehatan dengan klien, manajer dengan pemberi pelayanan kesehatan, dan tim kesehatan dengan masyarakat. Hubungan interpersonal yang baik menumbuhkan kepercayaan dan kredibilitas yang diperoleh melalui sikap hormat, *confidentiality* (kerahasiaan), *courtesy* (kesopanan), *responsiveness* (daya tanggap) dan *empathy*. Komunikasi dan mendengar efektif juga merupakan hal penting. Hubungan interpersonal berkontribusi terhadap efektifitas konseling kesehatan dan untuk mendapatkan raport positif dari pasien. Hubungan interpersonal yang inadekuat dapat mengurangi efektifitas pelayanan yang kompeten secara teknis.

e. Dimensi Efisiensi (*Efficiency*)

Efisiensi pelayanan kesehatan adalah dimensi penting dari mutu karena: 1) efisiensi mempengaruhi afordabilitas (kemampuan) membayar produk dan pelayanan, 2) sumber-sumber pelayanan kesehatan biasanya terbatas. Pelayanan kesehatan yang efisien lebih cenderung memberikan pelayanan yang optimal, ketimbang pelayanan yang maksimal bagi pasien dan masyarakat. Efisiensi memberikan keuntungan paling besar dengan sumberdaya yang tersedia. Efisiensi adalah memberikan pelayanan yang tepat atau sesuai dengan kebutuhan. Perawatan yang kurang bermutu akibat dari aturan-aturan yang tidak efektif atau pelayanan yang tidak tepat seharusnya dapat diminimalisir atau dihilangkan. Dengan cara ini, mutu dapat ditingkatkan sekaligus menghemat biaya. Perawatan yang ceroboh dapat memberikan dampak negatif antara lain: 1) menimbulkan atau meningkatkan

resiko bagi pasien, 2) membuat pasien menjadi tidak nyaman, 3) pelayanan menjadi lebih mahal, 4) ketidaktepatan masa penanganan. Melalui analisis efisiensi, manajer program kesehatan dapat memilih intervensi yang paling efektif dengan mempertimbangkan biaya.

f. Dimensi Kesenambungan (*Continuity*)

Kesenambungan mengandung arti bahwa klien menerima pelayanan kesehatan (diagnosis maupun perawatan) dalam rentang waktu yang lengkap sesuai dengan kebutuhan, tanpa interupsi, *cessation* (istirahat), atau pengulangan yang tak diperlukan. Klien harus bisa menjangkau pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang telah mengetahui riwayat kesehatan mereka. Klien juga harus dapat menjangkau pelayanan spesialis dan juga *follow up* (pemantauan) sampai komplit. Kontinuitas kadang-kadang dapat dicapai dengan menjamin bahwa klien selalu mendapati pemberi pelayanan kesehatan primer yang sama; dalam situasi lain, kontinuitas tercapai dengan menjaga akurasi rekam medik, sehingga pemberi pelayanan yang baru akan mengetahui riwayat kesehatan klien sehingga dapat meneruskan dan melengkapi diagnosis dan perawatan yang diberikan oleh pemberi pelayanan sebelumnya. Tak adanya kontinuitas dapat mengganggu efektifitas, menurunkan efisiensi dan mengurangi mutu hubungan interpersonal.

g. Dimensi Keamanan (*Safety*)

Keamanan berarti menurunkan resiko injuri, infeksi, serta efek samping atau bahaya lain yang berhubungan dengan pemberian pelayanan. Di samping keamanan klien, keamanan pemberi pelayanan juga tak kalah pentingnya. Sebagai contoh, keamanan adalah dimensi mutu yang penting untuk transfusi darah, khususnya sejak ditemukannya AIDS. Pasien harus dilindungi dari infeksi, dan tenaga kesehatan yang memegang darah dan jarum suntik harus terlindungi melalui prosedur yang aman. Isu-isu yang terkait dengan transfusi darah di antaranya mempertahankan kondisi aseptik dan menggunakan teknik yang tepat dalam memberikan transfusi darah.

Ruang-ruang tunggu di pusat pelayanan kesehatan juga dapat menjadi tempat penularan infeksi antar pasien jika upaya penurunan resiko tidak dilakukan. Contoh lain adalah, jika tenaga kesehatan tidak memberikan petunjuk yang benar tentang pembuatan larutan rehidrasi oral, mungkin seorang ibu akan memberikan larutan dengan konsentrasi garam yang terlalu tinggi yang dapat membahayakan anaknya.

h. Dimensi Kenyamanan (*Amenities*)

Kenyamanan adalah fitur pelayanan kesehatan yang tidak secara langsung berhubungan dengan efektifitas klinik, tetapi dapat menimbulkan kepuasan klien dan hasrat untuk kembali memanfaatkan pelayanan kesehatan tersebut jika sedang membutuhkan. Kenyamanan juga penting karena dapat mempengaruhi harapan klien dan kepercayaan terhadap aspek lain dari pelayanan kesehatan. Kenyamanan berhubungan dengan penampilan fisik dari fasilitas, personil, dan material; seperti kenyamanan lingkungan, kebersihan dan privasi yang selalu terjaga dan lain-lain. Unsur kenyamanan yang lain adalah fitur yang membuat orang bisa menunggu dengan rasa nyaman, seperti adanya suara musik, video pendidikan dan rekreasi, serta bahan-bahan yang dapat dibaca.

Dari berbagai dimensi atau cara pandang yang dikemukakan oleh para ahli diatas, dapat dikemukakan bahwa meskipun rumusnya tidak sama, namun pengertian pokok yang terkandung didalamnya tidaklah terlalu berbeda, karena sesungguhnya penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bermutu dan memuaskan pelanggan tidak senudah yang diperkirakan. Semakin banyak cara pandang dan sisi-sisi yang kita perhatikan dalam memberikan pelayanan, tentu akan semakin bermutu pelayanan yang akan diberikan dan semakin puas pelanggan yang menerima pelayanan (Bustami, 2011 : 7).

2.2.7 Pengukuran mutu pelayanan kesehatan

Menurut Wanarto (2013 : 9-13) Pengukuran mutu pelayanan kesehatan lebih kompleks dibandingkan dengan penilaian mutu barang. Ketika membeli barang, banyak unsur wujud (*tangible*) yang dapat digunakan oleh pelanggan

untuk menilai mutu barang tersebut antara lain: tekstur, warna, bentuk dan sebagainya. Berbeda halnya jika kita membeli jasa. Ketika membeli jasa pelayanan perawatan di rumah sakit misalnya, hanya sedikit dimensi *tangible* yang dapat digunakan oleh pelanggan untuk menilai mutu pelayanan. Biasanya yang terlihat adalah fasilitas fisik, peralatan dan personil pemberi pelayanan itu sendiri. Sedangkan yang lebih banyak adalah dimensi *intangible* yang umumnya lebih sulit untuk dinilai, misalnya: keramahan, tanggung jawab dan sebagainya. Karakteristik-karakteristik yang ada pada pelayanan jasa membuat para peneliti mengalami kesulitan untuk menentukan apa saja yang menjadi determinan (penentu) mutu jasa.

Menurut Tjiptono (2006), mutu jasa dapat diukur dengan beraneka ragam cara, meskipun sulit untuk dilaksanakan. Langkah pertama dalam setiap program penilaian mutu adalah menentukan apa yang hendak diukur. Ini dilakukan karena efisiensi pengukuran hanya dapat diperoleh jika telah dipahami terlebih dahulu apa yang akan diukur. Setelah itu barulah ditanyakan bagaimanakah cara mengukurnya. Dalam hal ini, setiap perusahaan jasa tentu memiliki pandangan sendiri-sendiri tentang hal-hal apakah yang akan diukur.

Ada beberapa ahli yang mengemukakan dimensi mutu jasa yang hendak diukur dari aspek output, proses dan citra perusahaan (*result and process oriented*). Pertama adalah Lehtinen dalam Tjiptono (2006) mengemukakan bahwa ada dua dimensi mutu jasa yakni :

a. *Process quality* (mutu proses).

Mutu proses dinilai oleh pelanggan selama jasa tersebut diberikan kepada mereka.

b. *Output quality* (mutu hasil)

Mutu hasil dinilai oleh pelanggan setelah jasa tersebut diberikan kepada mereka.

Dari sudut pandang lain, mereka juga mengemukakan tiga dimensi mutu jasa yaitu :

a. *Physical quality* (mutu fisik)

Mutu fisik berkaitan dengan produk dan pendukungnya.

b. *Interactive quality* (mutu interaktif)

Mutu interaktif berkaitan dengan interaksi atau hubungan antara pelanggan dengan perusahaan jasa.

c. *Corporate quality* (mutu perusahaan)

Mutu perusahaan berhubungan dengan citra perusahaan di mata pelanggan.

Sementara itu Gronroos dalam Tjiptono (2006) mengemukakan tiga dimensi mutu jasa yaitu:

a. *Technical quality* (mutu teknis)

Mutu teknis berhubungan dengan apa yang diterima oleh pelanggan.

b. *Functional quality* (mutu fungsional)

Mutu fungsional dengan bagaimana cara jasa tersebut diberikan kepada pelanggan.

d. *Corporate quality* (mutu perusahaan)

Mutu perusahaan berkaitan dengan citra perusahaan itu sendiri.

Selain *result and process oriented* sebagaimana dijelaskan di atas, ada pula yang memandang mutu jasa dari aspek sumber-sumber mutunya saja (*customer and process oriented*). Dalam hal ini, Gummesson dalam Tjiptono (2006) menyatakan bahwa ada empat sumber mutu yang menjadi penentu mutu jasa, yaitu:

a. *Design quality* (mutu rancangan)

Mutu rancangan mengandung arti bahwa mutu jasa ditentukan pada saat pertama kali jasa dirancang untuk memenuhi kebutuhan pelanggan.

b. *Production quality* (mutu produksi)

Mutu produksi mengandung arti bahwa mutu jasa ditentukan oleh kerjasama departemen manufaktur dan departemen pemasaran.

c. *Delivery quality* (mutu pemberian jasa)

Mutu pemberian jasa mengandung arti bahwa mutu jasa ditentukan oleh janji perusahaan kepada pelanggan.

d. *Relationship quality* (mutu hubungan)

Mutu hubungan mengandung arti bahwa mutu jasa ditentukan oleh hubungan profesional dan hubungan sosial antara perusahaan dengan

stakeholder (pelanggan, pemasok, agen, dan pemerintah, serta karyawan perusahaan).

Selain semua penjelasan di atas, sesungguhnya masih banyak aneka paparan mengenai dimensi mutu jasa yang hendak diukur, tetapi yang jelas untuk mutu jasa secara umum, yang sering digunakan adalah dimensi mutu jasa menurut Parasuraman, Zeithaml & Berry dalam wanarto (2013 : 11) yaitu *tangibles*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance* dan *empathy*. Karena pembahasan di dalam penelitian ini lebih diarahkan pada mutu jasa pelayanan kesehatan, maka dalam pengukuran mutu, bagus pula jika menggunakan dimensi mutu jasa yang secara khusus terfokus pada pelayanan kesehatan, misalnya delapan dimensi menurut Brown et. al. dalam wanarto (2013 : 11) yaitu *technical competence*, *access to services*, *effectiveness*, *interpersonal relations*, *efficiency*, *continuity*, *safety*, dan *amenities*.

Mengukur mutu jasa adalah membandingkan kinerja jasa dengan seperangkat standar yang telah ditetapkan terlebih dahulu. Perbandingan antara standar dan kinerja tersebut dapat memanfaatkan formula-formula sebagai berikut:

- a. Skor mutu jasa = Skor kinerja
- b. Skor mutu jasa = Skor kinerja – Skor harapan
- c. Skor mutu jasa = Skor tingkat kepentingan X Skor kinerja
- d. Skor mutu jasa = Skor tingkat kepentingan X (Skor kinerja – Skor harapan)

Berdasarkan empat formula di atas, standar dan kinerja jasa diukur menurut sudut pandang pelanggan. Bila yang menjadi standar adalah harapan, maka harapan tersebut adalah harapan yang dikemukakan oleh pelanggan. Jika yang menjadi standar adalah tingkat kepentingan, maka tingkat kepentingan adalah derajat pentingnya unsur-unsur jasa menurut pelanggan. Sebagaimana halnya standar (harapan dan tingkat kepentingan), kinerja dari jasa yang diberikan juga dinilai oleh pelanggan.

Karena yang hendak memanfaatkan jasa adalah pelanggan, maka mereka diberi kesempatan membuat standar yaitu menentukan tingkat kepentingan maupun harapan terhadap jasa yang hendak mereka terima tersebut. Setelah itu, mereka diberi kesempatan untuk menilai atau melakukan evaluasi terhadap kinerja dari jasa tersebut. Mestinya pelanggan akan puas jika ternyata kinerja dari jasa tersebut dapat menyamai tingkat kepentingan atau harapan mereka. Jika kinerja dari jasa bisa melebihi harapan mereka, berarti pelanggan merasa sangat puas. Sebaliknya jika kinerja dari jasa tidak memenuhi harapan pelanggan, maka pelanggan akan kecewa atau tidak puas terhadap pelayanan yang diberikan.

Jika pelanggan merasa sangat puas, mereka akan mengatakan bahwa jasa yang diberikan bermutu sangat tinggi. Sebaliknya, jika mereka merasa tidak puas, mereka akan mengatakan bahwa jasa yang diberikan bermutu rendah. Berarti, semakin tinggi tingkat kepuasan pelanggan, maka semakin tinggi mutu jasa yang diberikan, sebaliknya semakin rendah tingkat kepuasan pelanggan, maka semakin rendah mutu jasa yang diberikan. Maka dapat dikatakan bahwa mutu jasa menurut persepsi pelanggan identik dengan kepuasan pelanggan itu sendiri.

Jadi tidaklah berlebihan jika dikatakan bahwa mutu jasa (termasuk jasa pelayanan kesehatan) ditentukan melalui pengukuran tingkat kepuasan pelanggan. Banyak ahli yang menyatakan bahwa dalam pengukuran mutu produk jasa ataupun barang, yang terpenting adalah mutu menurut persepsi pelanggan (kepuasan). Mengapa demikian? Selengkap apapun fasilitas yang dimiliki oleh penyedia jasa kesehatan, setinggi apapun tingkat pendidikan para karyawan, secanggih apapun peralatan kedokteran yang dimiliki, jika para pelanggan mengatakan “Saya tidak puas”, maka penyedia jasa pelayanan kesehatan tersebut tidak bermutu. Jadi yang menjadi realita dalam hal ini bukanlah tersedianya fasilitas yang lengkap, para karyawan yang berpendidikan tinggi atau kecanggihannya peralatan yang dimiliki, meskipun tampaknya secara obyektif komponen-komponen tersebut benar-benar ada. Yang menjadi realita yang sesungguhnya justru persepsi pelanggan. Perusahaan pelayanan jasa berusaha sekuat tenaga untuk memperbaiki produknya adalah semata-mata untuk dipersembahkan kepada pelanggan. Lalu apa gunanya jika usaha tersebut tidak didasarkan atas

harapan atau tingkat kepentingan yang ditentukan oleh pelanggan? Apakah para pengelola langsung mengetahui bahwa pelanggan ingin dilayani dengan sarana dan prasarana lengkap, tenaga kesehatan berpendidikan tinggi atau peralatan medis yang canggih? Belum tentu. Para pengelola tidak mengetahui apa yang dipikirkan oleh pelanggan. Maka, idealnya harus dilakukan survei terlebih dahulu, sehingga bisa diketahui apa saja harapan pelanggan saat ini. Mungkin saja benar bahwa pelanggan ingin dilayani dengan sarana dan prasarana yang lengkap, namun bisa juga tidak benar. Mungkin saja pelanggan hanya ingin dilayani dengan ramah dan simpatik, sedangkan kelengkapan sarana dan prasarana tidak menjadi prioritas bagi mereka.

2.3 Jaminan Kesehatan Nasional

2.3.1 Pengertian Jaminan Kesehatan Nasional

Berdasarkan peraturan Presiden Republik Indonesia nomor 12 tahun 2013 BAB I Pasal 1 ayat 1 jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Jaminan ini disebut jaminan kesehatan nasional karena semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta jaminan kesehatan yang dikelola oleh BPJS Kesehatan termasuk orang asing yang telah bekerja minimal paling singkat enam bulan di Indonesia dan telah membayar iuran.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan (UU. No. 24 Tahun 2011 BAB I Pasal 1 ayat 1 & BAB II Pasal 5 ayat 2).

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) 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 (Kemenkes RI, 2013 : 16).

Dengan penetapan Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan, maka Indonesia memasuki era baru dimana akan terbentuk sebuah sistem tunggal layanan medis untuk seluruh penduduk yang mampu mengendalikan belanja biaya kesehatan. Untuk itu perlu disusun peta jalan (*road map*) yang akan menjadi pegangan bagi semua pihak untuk memahami dan mempersiapkan diri berperan aktif dalam beroperasinya BPJS yang telah dimulai pada 1 Januari 2014 dan mencapai cakupan universal, satu jaminan kesehatan untuk seluruh penduduk Indonesia tahun 2019 (Situmorang, 2013 : 251-252).

Tabel 2.1 Peta Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2012-2019 (Reformasi Jaminan Sosial di Indonesia)

Sasaran 2014	Sasaran 2015
BPJS Kesehatan mulai beroperasi.	BPJS Kesehatan beroperasi dengan baik
BPJS Kesehatan mengelola jaminan kesehatan setidaknya bagi 12,6 juta peserta.	Seluruh penduduk Indonesia mendapat jaminan kesehatan melalui BPJS kesehatan.
Paket manfaat medis yang dijamin adalah seluruh pengobatan untuk seluruh penyakit. Namun, masih ada perbedaan kelas perawatan di rumah sakit bagi yang mengiur sendiri dan bagi Penerima Bantuan Iuran (PBI).	Paket manfaat medis dan non medis (kelas perawatan) sudah sama, tidak ada perbedaan, untuk mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat
Rencana aksi pengembangan fasilitas kesehatan tersusun dan mulai dilaksanakan.	Jumlah dan sebaran fasilitas pelayanan kesehatan (termasuk tenaga dan alat-alat) sudah memadai untuk menjamin seluruh penduduk memenuhi kebutuhan medis.
Seluruh peraturan pelaksanaan yang merupakan turunan UU SJSN dan UU BPJS telah diundangkan dan diterbitkan.	Seluruh peraturan pelaksanaan telah disesuaikan secara berkala untuk menjamin kualitas layanan yang memadai dengan harga keekonomian yang layak.
Paling sedikit 75% peserta menyatakan puas, baik layanan di BPJS maupun layanan di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS.	Paling sedikit 85% peserta menyatakan puas, baik dalam layanan di BPJS maupun layanan di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS.
Paling sedikit 65% tenaga dan fasilitas kesehatan menyatakan puas atau mendapat pembayaran yang layak dari BPJS.	Paling sedikit 80% tenaga dan fasilitas kesehatan menyatakan puas atau mendapat pembayaran yang layak dari BPJS.
BPJS dikelola secara terbuka, efisien, dan akuntabel.	BPJS dikelola secara terbuka, efisien, dan akuntabel.

Sumber : Reformasi Jaminan Sosial di Indonesia tahun 2013

2.3.2 Prinsip-prinsip Jaminan Kesehatan Nasional

Berdasarkan buku pegangan sosialisasi JKN (Kemenkes RI, 2013 : 17-19) Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) berikut :

a. Prinsip kegotongroyongan

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.

b. 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. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas. Prinsip prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

c. 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.

d. 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.

e. 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.

f. Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial

Dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta.

2.3.3 Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional

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 (Kemenkes RI, 2013 : 29-30). 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 *Baccille 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.

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.

2.3.4 Peserta Jaminan Kesehatan Nasional

Berdasarkan buku panduan layanan bagi peserta BPJS Kesehatan (Kemenkes RI, 2103 : 1-2) peserta jaminan kesehatan nasional adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran, meliputi :

- a. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI) : fakir miskin dan orang tidak mampu, dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- b. Bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Non PBI), terdiri dari :
 - 1) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya
 - 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 sd f yang menerima upah.
Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
- 2) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya
- a) Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri; dan
 - b) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah.
Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
- 3) Bukan pekerja dan anggota keluarganya
- a) Investor;
 - b) Pemberi Kerja
 - c) Penerima Pensiun, terdiri dari :
 - (1) Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun
 - (2) Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun
 - (3) Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun
 - (4) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun yang mendapat hak pensiun
 - (5) Penerima pensiun lain; dan
 - (6) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun lain yang mendapat hak pensiun.
 - d) Veteran
 - e) Perintis Kemerdekaan
 - f) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan, dan
 - g) Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan e yang mampu membayar iuran.

2.3.5 Hak dan kewajiban peserta Jaminan Kesehatan Nasional

a. Hak Peserta (Kemenkes RI, 2013 : 4)

- 1) Mendapatkan kartu peserta sebagai bukti sah untuk memperoleh pelayanan kesehatan
- 2) Memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku
- 3) Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, dan
- 4) Menyampaikan keluhan/pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis ke Kantor BPJS Kesehatan.

b. Kewajiban Peserta (Kemenkes RI, 2013 : 5)

- 1) Mendaftarkan dirinya sebagai peserta serta membayar iuran yang besarnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- 2) Melaporkan perubahan data peserta, baik karena pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat atau pindah fasilitas kesehatan tingkat I.
- 3) Menjaga Kartu Peserta agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak.
- 4) Mentaati semua ketentuan dan tata cara pelayanan kesehatan.

c. Iuran jaminan kesehatan nasional

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). Berikut penjelasan lebih lanjut dari iuran jaminan kesehatan nasional yang terdapat di dalam buku panduan layanan bagi peserta BPJS Kesehatan (Kemenkes RI, 2103 : 21-23)

- 1) Bagi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan iuran dibayar oleh Pemerintah.
- 2) Iuran bagi Peserta Pekerja Penerima Upah yang bekerja pada Lembaga Pemerintahan terdiri dari Pegawai Negeri Sipil, anggota TNI, anggota Polri, pejabat negara, dan pegawai pemerintah non pegawai negeri

sebesar 5% (lima persen) dari Gaji atau Upah per bulan dengan ketentuan : 3% (tiga persen) dibayar oleh pemberi kerja dan 2% (dua persen) dibayar oleh peserta.

- 3) Iuran bagi Peserta Pekerja Penerima Upah yang bekerja di BUMN, BUMD dan Swasta sebesar 4,5% (empat koma lima persen) dari Gaji atau Upah per bulan dengan ketentuan : 4% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja dan 0,5% (nol koma lima persen) dibayar oleh Peserta.
- 4) Iuran untuk keluarga tambahan Pekerja Penerima Upah yang terdiri dari anak ke 4 dan seterusnya, ayah, ibu dan mertua, besaran iuran sebesar sebesar 1% (satu persen) dari dari gaji atau upah per orang per bulan, dibayar oleh pekerja penerima upah.
- 5) Iuran bagi kerabat lain dari pekerja penerima upah (seperti saudara kandung/ipar, asisten rumah tangga, dll); peserta pekerja bukan penerima upah serta iuran peserta bukan pekerja adalah sebesar :
 - a) Sebesar Rp. 25.500,- (dua puluh lima ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III.
 - b) Sebesar Rp. 51.000,- (lima puluh satu ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II.
 - c) Sebesar Rp. 80.000,- (delapan puluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.
- 6) Iuran Jaminan Kesehatan bagi Veteran, Perintis Kemerdekaan, dan janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan, iurannya ditetapkan sebesar 5% (lima persen) dari 45% (empat puluh lima persen) gaji pokok Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III/a dengan masa kerja 14 (empat belas) tahun per bulan, dibayar oleh Pemerintah.
- 7) Pembayaran iuran paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.

2.3.6 Fasilitas kesehatan bagi para peserta Jaminan Kesehatan Nasional

Berdasarkan buku panduan layanan bagi peserta BPJS Kesehatan (Kemenkes RI, 2103 : 26-28) Fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan terdiri dari:

a. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama :

- 1) Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Non Perawatan dan Puskesmas Perawatan (Puskesmas dengan Tempat Tidur).
- 2) Fasilitas Kesehatan milik Tentara Nasional Indonesia (TNI)
 - a) TNI Angkatan Darat : Poliklinik kesehatan dan Pos Kesehatan.
 - b) TNI Angkatan Laut : Balai kesehatan A dan D, Balai Pengobatan A, B, dan C, Lembaga Kesehatan Kelautan dan Lembaga Kedokteran Gigi.
 - c) TNI Angkatan Udara : Seksi kesehatan TNI AU, Lembaga Kesehatan Penerbangan dan Antariksa (Laksepra) dan Lembaga Kesehatan Gigi & Mulut (Lakesgilit).
- 3) Fasilitas Kesehatan milik Polisi Republik Indonesia (POLRI), terdiri dari Poliklinik Induk POLRI, Poliklinik Umum POLRI, Poliklinik Lain milik POLRI dan Tempat Perawatan Sementara (TPS) POLRI.
- 4) Praktek Dokter Umum / Klinik Umum, terdiri dari Praktek Dokter Umum Perseorangan, Praktek Dokter Umum Bersama, Klinik Dokter Umum / Klinik 24 Jam, Praktek Dokter Gigi, Klinik Pratama, RS Pratama.

b. Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan :

- 1) Rumah Sakit, terdiri dari RS Umum (RSU), RS Umum Pemerintah Pusat (RSUP), RS Umum Pemerintah Daerah (RSUD), RS Umum TNI, RS Umum Bhayangkara (POLRI), RS Umum Swasta, RS Khusus, RS Khusus Jantung (Kardiovaskular), RS Khusus Kanker (Onkologi), RS Khusus Paru, RS Khusus Mata, RS Khusus Bersalin, RS Khusus Kusta, RS Khusus Jiwa, RS Khusus Lain yang telah terakreditasi, RS Bergerak dan RS Lapangan.

- 2) Balai Kesehatan, terdiri dari : Balai Kesehatan Paru Masyarakat, Balai Kesehatan Mata Masyarakat, Balai Kesehatan Ibu dan Anak dan Balai Kesehatan Jiwa.
- c. Fasilitas kesehatan penunjang yang tidak bekerjasama secara langsung dengan BPJS Kesehatan namun merupakan jejaring dari fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, meliputi :
- 1) Laboratorium Kesehatan
 - 2) Apotek
 - 3) Unit Transfusi Darah
 - 4) Optik

2.4 Kepuasan

2.4.1 Pengertian kepuasan pasien

Kata kepuasan (*Satisfaction*) berasal dari bahasa latin “satis” (artinya cukup baik, memadai) dan “fatio” (melakukan atau membuat). Kepuasan bisa daitirkan sebagai “upaya pemenuhan sesuatu” atau “membuat sesuatu memadai” Oxford Advance Learner’s dictionary dalam Tjiptono & Chandra (2011 : 292) mendeskripsikan kepuasan sebagai “*The good feeling that you have when you achieved something or when something that you wanted to happen does happen*”. Artinya sebuah perasaan bahagia ketika mendapatkan sesuatu atau ketika sesuatu yang diinginkan terjadi.

Pasien baru akan merasa puas apabila kinerja layanan kesehatan yang diperolehnya sama atau melebihi harapannya atau sebaliknya, ketidakpuasan atau perasaan kecewa pasien akan muncul apabila kinerja layanan kesehatan yang diperolehnya itu tidak sesuai dengan harapannya. Berdasarkan apa yang disebutkan diatas, pengertian kepuasan pasien dapat dijabarkan sebagai berikut. Kepuasan pasien adalah suatu tingkat perasaan pasien yang timbul sebagai akibat dari kinerja layanan kesehatan yang diperolehnya setelah pasien membandingkannya dengan apa yang diharapkannya (Pohan, 2007 : 156). Kepuasan pasien adalah keluaran (*Outcome*) layanan kesehatan. Dengan

demikian, kepuasan pasien merupakan salah satu tujuan dari peningkatan mutu pelayanan kesehatan (Pohan, 2007:144).

Pendapat lain menyebutkan bahwa Kepuasan adalah ungkapan perasaan senang atau kecewa seseorang dari hasil perbandingan antara prestasi atau produk yang dirasakan dengan yang diharapkan. Disatu pihak, kepuasan pasien dipandang sebagai hasil yang didapatkan dari pengalaman mereka yang memanfaatkan produk barang atau jasa. Berdasarkan pihak lain, kepuasan pasien juga kerap kali dipandang sebagai proses orientasi yang lebih mampu mengungkapkan pengalaman yang mereka rasakan secara keseluruhan dibandingkan orientasi hasil (Kotler dalam Wira, 2004 : 11).

Tingkat kepuasan pelanggan institusi pelayanan kesehatan adalah *added value* bagi dokter, paramedis, perusahaan farmasi, pemasok alat-alat kedokteran, termasuk pimpinan institusi penyedia jasa pelayanan kesehatan. *Value* berasal dari jenis pelayanan yang diberikan kepada pelanggan, atau sistem manajemen institusi tersebut, atau sesuatu yang bersifat emosional. Kalau pelanggan mengatakan bahwa *value* mereka adalah pelayanan kesehatan yang bermutu, kepuasan pelanggan adalah mutu pelayanan kesehatan. Kalau pelanggan mengatakan *value* mereka adalah kesembuhan dari serangan penyakit atau gangguan kesehatan yang mereka derita, kepuasan pelanggan kesehatan adalah pelayanan yang memberikan kesembuhan kepada mereka. Pelanggan yang puas akan berbagi rasa dan pengalaman mereka kepada teman, keluarga, dan tetangga. Ini akan menjadi referensi yang baik kepada institusi penyedia pelayanan kesehatan. Diduga, masih banyak petugas kesehatan yang kurang atau belum memahami prinsip-prinsip kepuasan pelanggan termasuk prinsip-prinsip jaminan mutu pelayanan kesehatan.

Kepuasan pelanggan adalah tanggapan pelanggan terhadap kesesuaian tingkat kepentingan atau harapan (ekspektasi) pelanggan sebelum mereka menerima jasa pelayanan dengan sesudah pelayanan yang mereka terima. Kepuasan pengguna jasa pelayanan kesehatan dapat disimpulkan sebagai selisih kinerja institusi pelayanan kesehatan dengan harapan pelanggan (pasien atau

kelompok masyarakat). Dari penjelasan ini, kepuasan pelanggan (customer satisfaction) dapat dibuatkan rumus sebagai berikut :

$$\text{Satisfaction} = f \{\text{performance} - \text{expectation}\}$$

Dari rumus ini dihasilkan tiga kemungkinan :

a. *Performance < Expectation*

Jika kinerja institusi pelayanan kesehatan lebih jelek dari apa yang diharapkan para penggunanya (pasien dan keluarganya), kinerja pelayanan kesehatan akan dipandang jelek oleh pengguna, karena tidak sesuai dengan harapan pengguna sebelum menerima pelayanan kesehatan. Hasilnya, pengguna pelayanan merasa kurang puas dengan pelayanan yang diterima.

b. *Performance = Expectation*

Jika kinerja institusi pelayanan kesehatan sama dengan harapan para penggunanya, pengguna jasa pelayanan kesehatan akan menerima kinerja pelayanan jasa dengan baik. Pelayanan yang diterima sesuai dengan yang diharapkan para penggunanya. Hasilnya, para pengguna pelayanan merasa puas dengan pelayanan yang diterima.

c. *Performance > Expectation*

Bila kinerja pelayanan kesehatan lebih tinggi dari harapan para penggunanya, pengguna pelayanan kesehatan akan menerima pelayanan kesehatan melebihi harapannya. Hasilnya, para pelanggan merasa sangat puas dengan pelayanan kesehatan yang mereka terima. (Muninjaya, 2011 : 13-14)

Dari berbagai pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa definisi kepuasan pasien atau konsumen secara umum yaitu tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja produk yang dia rasakan dengan harapannya. Apabila hasil yang dirasakan dibawah harapan maka konsumen akan kecewa, kurang puas bahkan tidak puas, namun sebaliknya bila sesuai dengan harapan, konsumen akan puas dan bila kinerja melebihi harapan maka konsumen akan sangat puas. Kepuasan yang dirasakan oleh pasien bukanlah sesuatu yang terjadi dengan sendirinya. Kepuasan terjadi karena harapan-harapan yang ada pada diri pasien

terpenuhi dalam menggunakan jasa rumah sakit. Kepuasan pasien merupakan dambaan setiap rumah sakit selaku tempat penyedia jasa pelayanan kesehatan.

2.4.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan

Menurut Wijono dalam Sudibyo (2014 : 31), karakteristik pasien (umur, jenis kelamin, status kawin, pendidikan, pekerjaan), respon emosional, frekuensi sakit serta pengalaman mengalami perawatan juga mempengaruhi harapan pasien. Disamping faktor dari karakteristik pasien, kepuasan seseorang pasien juga dipengaruhi pula oleh faktor provider. Provider dituntut untuk memberikan dan memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan baik yang bersifat medis maupun nonmedis. Pemberi dan pemenuhan tersebut merupakan proses pelayanan yang dipengaruhi oleh input organisasi yang meliputi sumber daya manusia, keuangan, teknologi, dan sarana prasarana fisik. Sumber daya manusia memegang peranan penting dalam pengelolaan organisasi (rumah sakit, puskesmas, ataupun klinik).

Menurut Kotler dan Armstrong dalam Sudibyo (2014 : 31), harapan pelanggan dibentuk dan didasarkan oleh beberapa faktor, diantaranya pengalaman menggunakan barang atau jasa di masa lampau, informasi dan janji-janji perusahaan dan para pesaing. Faktor-faktor tersebutlah yang menyebabkan harapan seseorang biasa-biasa saja atau sangat kompleks.

Menurut penelitian yang dilakukan Budiastuti dalam Selanno (2014 : 27-28) dalam mengemukakan bahwa pasien dalam mengevaluasi kepuasan terhadap jasa pelayanan yang diterima mengacu pada beberapa faktor, antara lain :

a. Kualitas produk atau jasa

Pasien akan merasa puas bila hasil evaluasi mereka menunjukkan bahwa produk atau jasa yang digunakan berkualitas. Persepsi konsumen terhadap kualitas produk atau jasa dipengaruhi oleh dua hal yaitu kenyataan kualitas produk atau jasa yang sesungguhnya dan komunikasi perusahaan terutama iklan dalam mempromosikan rumah sakitnya.

b. Kualitas pelayanan

Memegang peranan penting dalam industry jasa. Pelanggan dalam hal ini pasien akan merasa puas jika mereka memperoleh pelayanan yang baik atau sesuai dengan yang diharapkan.

c. Faktor emosional

Pasien yang merasa bangga dan yakin bahwa orang lain kagum terhadap konsumen bila dalam hal ini pasien memilih rumah sakit yang sudah mempunyai pandangan “rumah sakit mahal”, cenderung memiliki tingkat kepuasan yang lebih tinggi.

d. Harga

Harga merupakan aspek penting, namun yang terpenting dalam penentuan kualitas guna mencapai kepuasan pasien. Meskipun demikian elemen ini mempengaruhi pasien dari segi biaya yang dikeluarkan, biasanya semakin mahal harga perawatan maka pasien mempunyai harapan yang lebih besar. Sedangkan rumah sakit yang berkualitas sama tetapi berharga murah, memberi nilai yang lebih tinggi pada pasien.

e. Biaya

Mendapatkan produk atau jasa, pasien yang tidak perlu mengeluarkan biaya tambahan atau tidak perlu membuang waktu untuk mendapatkan jasa pelayanan, cenderung puas terhadap jasa pelayanan tersebut.

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan menurut Simamora dalam Desimawati (2013 : 26) terbagi menjadi faktor internal dan faktor eksternal :

a. Faktor internal

Faktor yang berasal dari dalam diri individu sendiri, diantaranya adalah :

1) karakteristik individu :

a) Usia

Kebutuhan seseorang terhadap suatu barang atau jasa akan semakin meningkat seiring bertambahnya usia. Faktanya kebutuhan terhadap pelayanan kuratif atau pengobatan semakin meningkat saat usia

mulai meningkat dibandingkan dengan kebutuhan terhadap pelayanan preventif (Trisnantoro, 2006)

Menurut Trisnantoro (2006), tingginya angka kesakitan pada perempuan daripada angka kesakitan pada laki-laki menyebabkan perempuan membutuhkan pelayanan kesehatan yang lebih banyak.

b) Tingkat pendidikan

Pendidikan yang lebih tinggi cenderung meningkatkan kesadaran akan status kesehatan dan konsekuensinya untuk menggunakan pelayanan kesehatan (Trisnantoro,2006). Perbedaan tingkat pendidikan akan memiliki kecenderungan yang berbeda dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.

c) Pekerjaan

Secara langsung pekerjaan akan mempengaruhi status ekonomi seseorang. Seseorang yang berpenghasilan di atas rata-rata mempunyai minat yang lebih tinggi dalam memilih pelayanan kesehatan.

2) Sosial

Interaksi seseorang dengan orang lain akan mempengaruhi seseorang dalam memilih pelayanan kesehatan, seperti mendapatkan saran dari keluarga atau teman dalam memilih pelayanan kesehatan yang berkualitas.

3) Faktor emosional

Seseorang yang telah yakin bahwa orang lain puas pada pelayanan yang ia pilih maka orang tersebut cenderung memiliki keyakinan yang sama. Pengalaman dari orang lain terhadap pelayanan kesehatan akan berpengaruh pada pendapatnya dalam hal yang sama.

4) Kebudayaan

Perilaku pasien sangat dipengaruhi oleh keyakinan dan kebudayaan yang mereka miliki, sehingga pemberi pelayanan kesehatan harus memahami peran pasien tersebut.

b. Faktor eksternal :

1) Karakteristik produk

Karakteristik produk yang dimaksud adalah karakteristik dari pelayanan kesehatan secara fisik, seperti kebersihan ruang perawatan beserta perlengkapannya. Pasien akan merasa puas dengan kebersihan ruangan yang diberikan oleh pemberi pelayanan.

2) Harga

Faktor harga memiliki peran penting dalam menentukan kepuasan pasien, karena pasien cenderung memiliki harapan bahwa semakin mahal biaya pelayanan kesehatan maka semakin tinggi kualitas pelayanan yang ia terima.

3) Pelayanan

Pelayanan merupakan hal terpenting dari faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien. Pelayanan kesehatan khususnya pelayanan keperawatan harus kompeten dan memperhatikan kebutuhan pasien dan menghargai pasien. Pelayanan yang memberikan kesan baik akan meningkatkan kepuasan pasien.

4) Lokasi

Lokasi pelayanan kesehatan misalnya jarak ke pelayanan kesehatan, letak kamar, dan lingkungan. Pasien akan mempertimbangkan jarak dari tempat tinggal pasien ke pelayanan kesehatan, transportasi yang dapat menjangkau pelayanan kesehatan dan lingkungan pelayanan kesehatan yang baik.

5) Fasilitas

Suatu pelayanan kesehatan harus memperhatikan sarana prasarana dalam memberikan fasilitas yang baik pada pasien. Hal tersebut dilakukan untuk menarik minat pasien dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

6) Image

Reputasi suatu pelayanan kesehatan merupakan hasil interpretasi dan penilaian dari pasien. Pasien akan menerima dan memberikan informasi

tentang pelayanan yang pernah ia terima. Informasi yang bersifat positif akan memberikan citra positif bagi pelayanan kesehatan tersebut.

7) Desain visual

Pasien yang menjalani perawatan membutuhkan rasa nyaman saat dalam ruang perawatan. Ruangan yang memberikan rasa nyaman harus memperhatikan tata ruang dekorasi yang indah. Pasien merasa puas apabila mendapat kenyamanan saat menjalani perawatan.

8) Suasana

Suasana pelayanan kesehatan yang nyaman dan aman akan memberikan kesan positif bagi pasien dan pengunjung. Tidak hanya kenyamanan suasana secara fisik, namun suasana keakraban antara pasien dan pemberi pelayanan kesehatan akan mempengaruhi kepuasan pasien.

9) Komunikasi

Interaksi antara pasien dan pemberi pelayanan kesehatan dapat terjalin baik dari komunikasi yang baik pula. Setiap keluhan pasien harus cepat diterima oleh pemberi pelayanan kesehatan agar pasien merasa dipedulikan. Perasaan dipedulikan oleh pemberi pelayanan kesehatan akan memunculkan kesan positif bagi pelayanan kesehatan tersebut.

Beberapa ahli juga mengungkapkan faktor pendukung yang dapat menjadi pembentuk kepuasan diantaranya :

a. Cara Pembayaran

Menurut Mongol dan Babakus (Mukhtiar dalam Nindia, 2012 : 21) menemukan rata-rata tingkat kepuasan responden yang dibayar oleh pihak ketiga lebih tinggi dari pada responden yang bayar sendiri. Pada penelitian ini yang dibayar pihak ketiga adalah dengan kartu miskin dan yang ditanggung oleh asuransi kesehatan (ASKES).

b. Ketersediaan Obat

Obat yang digunakan untuk pelayanan kesehatan di Rumah Sakit harus sesuai dengan populasi berarti jumlah (kuantum) obat yang tersedia di gudang minimal harus sama dengan jumlah kebutuhan obat yang seharusnya tersedia.

2.4.3 Indikator kepuasan pasien

Menurut Hawkins dan Lonney dalam Tjiptono (2001 : 101) ada enam konsep inti yang memiliki kesamaan diantara beragamnya cara mengukur kepuasan pelanggan, yaitu :

a. Kepuasan Pelanggan Keseluruhan

Cara yang paling sederhana untuk mengukur kepuasan pelanggan adalah langsung menanyakan kepada pelanggan seberapa puas mereka dengan produk atau jasa spesifik tertentu. Biasanya, ada dua bagian dalam proses pengukurannya.

- 1) Mengukur tingkat kepuasan konsumen terhadap produk dan atau jasa perusahaan bersangkutan.
- 2) Menilai dan membandingkannya dengan tingkat kepuasan konsumen keseluruhan terhadap produk dan atau jasa para pesaing.

b. Dimensi Kepuasan Pelanggan

Berbagai penelitian memilih kepuasan konsumen atau pelanggan kedalam komponen-komponennya. Proses semacam itu terdiri atas empat langkah.

- 1) Mengidentifikasi dimensi-dimensi kunci kepuasan konsumen atau pelanggan.
- 2) Meminta pelanggan menilai produk dan atau jasa perusahaan berdasarkan item-item spesifik seperti kecepatan layanan atau keramahan staf layanan pelanggan.
- 3) Meminta pelanggan menilai produk atau jasa pesaing berdasarkan item-item spesifik yang sama.
- 4) Meminta para konsumen untuk menentukan dimensi-dimensi yang menurut mereka paling penting dalam menilai kepuasan pelanggan keseluruhan.

c. Kesesuaian Harapan

Yaitu kesesuaian atau ketidaksesuaian antara harapan konsumen dengan kinerja aktual produk atau jasa perusahaan. Dalam hal ini akan lebih ditekankan pada kualitas pelayanan (*service quality*) yang memiliki komponen berupa harapan pelanggan akan pelayanan yang diberikan (seperti

: kebersihan lokasi, kecepatan pelayanan, keramahan/ kesopanan dokter, perawat dan karyawan).

d. Minat Pembelian Ulang

Yaitu kepuasan pelanggan diukur secara behavioral dengan jalan menanyakan apakah pelanggan akan berbelanja atau menggunakan jasa perusahaan lagi. Pelayanan yang berkualitas dapat menciptakan kepuasan konsumen dimana mutu pelayanan tersebut akan masuk kebenak konsumen sehingga dipersepsikan baik. Apabila dikemudian hari ketika mengalami gangguan kesehatan, maka rumah sakit tersebut akan menjadi referensi yang muncul pertama kali di benak konsumen.

e. Kesiediaan Untuk Merekomendasi

Yaitu kesiediaan untuk merekomendasi produk kepada teman atau keluarganya menjadi ukuran yang penting untuk dianalisis dan ditindaklanjuti. Apabila pelayanan yang diterima atau dirasakan sesuai dengan yang diharapkan, maka kualitas pelayanan dipersepsikan baik dan memuaskan, sehingga melalui kepuasan itu konsumen akan melakukan pembelian jasa atau memutuskan untuk menggunakan jasa dan pada akhirnya akan merekomendasikan hal itu kepada orang lain.

f. Ketidakpuasan Pelanggan

Yaitu menelaah aspek-aspek yang digunakan untuk mengetahui ketidakpuasan pelanggan, meliputi:

- 1) *komplain*,
- 2) *retur* atau pengembalian produk,
- 3) *biaya garansi*,
- 4) *recall*,
- 5) *word of mouth negatif*, dan
- 6) *defections*.

Meskipun terdapat definisi yang berbeda-beda mengenai kepuasan pelanggan, namun hal yang terpenting adalah bahwa kepuasan pelanggan tidak dapat diukur secara langsung dengan pengukuran yang objektif, kepuasan pelanggan harus dilihat sebagai sesuatu hal yang abstrak dan merupakan

fenomena teoritis yang dapat diukur dengan banyak indikator (Andreassen dalam Sudibyo, 2014 : 28-30). Lebih lanjut Andreassen menyatakan bahwa kepuasan pelanggan dapat dibentuk melalui tiga item yaitu :

- a. Tingkat kepuasan terhadap pelayanan secara keseluruhan (*overall satisfaction*)

Menurut Fornel *et al* dalam Sudibyo (2014 : 28-30), kepuasan pelanggan keseluruhan merupakan cara yang paling sederhana untuk mengukur kepuasan pelanggan adalah langsung menanyakan kepada pelanggan seberapa puas mereka terhadap jasa atau produk. Hal ini dapat dilakukan dengan cara mengukur tingkat kepuasan pelanggan terhadap jasa atau produk perusahaan/institusi bersangkutan dan membandingkan dengan tingkat kepuasan pelanggan keseluruhan terhadap jasa para pesaing.

- b. Tingkat kepuasan terhadap pelayanan apabila dibandingkan dengan jasa sejenis (*expectation*)

Menurut Fornel *et al* dalam dalam Sudibyo (2014 : 28-30), dalam konsep ini kepuasan tidak diukur langsung, namun disimpulkan berdasarkan kesesuaian atau ketidaksesuaian antara harapan pelanggan dengan kinerja aktual produk perusahaan/institusi pada sejumlah atribut atau dimensi penting.

Menurut Oliver dalam Sudibyo (2014 : 28-30), tingkat kepuasan merupakan fungsi dari perbedaan antara kinerja yang dirasakan dengan harapan. Apabila kinerja dibawah harapan, maka pelanggan akan sangat kecewa, namun sebaliknya bila kinerja sesuai harapan maka pelanggan akan puas dan bila kinerja melebihi harapan pelanggan akan sangat puas. Harapan pelanggan dibentuk oleh masa lampau, komentar dari kerabatnya serta janji dan informasi dari berbagai media. Pelanggan yang puas akan setia lebih lama, kurang sensitive terhadap harga dan member komentar yang baik tentang perusahaan/institusi tersebut.

Menurut Muninjaya dalam Sudibyo (2014 : 28-30) kepuasan atau ketidakpuasan adalah kesimpulan dari interaksi antara harapan dan pengalaman sesudah memakai jasa atau pelayanan yang diberikan.

- c. Tingkat kepuasan pelanggan selama menjalin hubungan dengan perusahaan (*experience*)

Terciptanya kepuasan pelanggan dapat memberikan beberapa manfaat, diantaranya hubungan antara perusahaan dan pelanggannya menjadi harmonis, memberikan dasar yang baik bagi pembelian ulang dan terciptanya loyalitas pelanggan, dan membentuk suatu rekomendasi dari mulut ke mulut (*word-of-mouth*) yang menguntungkan bagi perusahaan (Tjiptono dalam Sudiby, 2014 : 28-30). Dengan memberikan kepuasan pada pelanggan akan membangun kesetiaan pelanggan dan akhirnya dapat menciptakan hubungan yang erat antara pelanggan dan perusahaan/institusi.

2.4.4 Metode mengukur kepuasan

Kepuasan pasien merupakan keluaran dari layanan kesehatan. Suatu perubahan dari sistem layanan kesehatan tidak mungkin tepat sasaran dan berhasil tanpa melakukan pengukuran kepuasan pasien. Hal itu terjadi karena hasil pengukuran kepuasan pasien akan digunakan sebagai dasar untuk mendukung perubahan sistem layanan kesehatan (Pohan, 2007 : 144).

Ada beberapa metode yang bisa dipergunakan setiap perusahaan untuk mengukur dan memantau kepuasan pelanggannya dan pelanggan pesaing. Kotler , *et al.* dalam Tjiptono & Chandra (2011 : 314-320) mengidentifikasi empat metode untuk mengukur kepuasan pelanggan: sistem keluhan dan saran, *ghost shopping*, *lost customer analysis*, dan survei kepuasan pelanggan.

- a. Sistem Keluhan Dan Saran

Setiap organisasi yang berorientasi pada pelanggan (*customer-oriented*) perlu menyediakan kesempatan dan akses yang mudah dan nyaman bagi para pelanggannya guna menyampaikan saran, kritik, pendapat, dan keluhan mereka. Media yang digunakan bisa berupa kotak saran yang ditempatkan di lokasi-lokasi strategis (yang mudah dijangkau atau sering dilewati pelanggan), saluran telepon khusus bebas pulsa, websites, dan lain-lain. Informasi-informasi yang diperoleh melalui metode ini dapat memberikan ide-ide baru dan masukan yang berharga kepada perusahaan,

sehingga memungkinkannya untuk bereaksi secara tanggap dan cepat untuk mengatasi masalah-masalah yang timbul.

b. *Ghost Shopping*

Salah satu cara memperoleh gambaran mengenai kepuasan pelanggan adalah dengan mempekerjakan beberapa orang *ghost shopper* untuk berperan atau berpura-pura sebagai pelanggan potensial produk perusahaan dan pesaing. Mereka diminta berinteraksi dengan staf penyedia jasa dan menggunakan produk/jasa perusahaan. Berdasarkan pengalamannya tersebut kemudian mereka diminta melaporkan temuan-temuannya berkenaan dengan kekuatan dan kelemahan produk perusahaan dan pesaing.

c. *Lost Customer Analysis*

Sedapat mungkin perusahaan seyogyanya menghubungi para pelanggan yang telah berhenti membeli atau yang telah pindah pemasok agar dapat memahami mengapa hal itu terjadi dan supaya dapat mengambil kebijakan perbaikan/penyempurnaan selanjutnya. Bukan hanya *exit interview* saja yang diperlukan, tetapi pemantauan *customer lost rate* juga penting, di mana peningkatan *customer lost rate* menunjukkan kegagalan perusahaan dalam memuaskan pelanggannya. Hanya saja kesulitan penerapan metode ini adalah pada mengidentifikasi dan mengkontak mantan pelanggan yang bersedia memberikan masukan dan evaluasi terhadap kinerja perusahaan.

d. Survei Kepuasan Pelanggan

Sebagian besar riset kepuasan pelanggan dilakukan dengan menggunakan metode survei, baik survey melalui pos, telepon, e-mail, websites, maupun wawancara langsung. Melalui survei, perusahaan akan memperoleh tanggapan dan balikan secara langsung dari pelanggan dan juga memberikan kesan positif bahwa perusahaan menaruh perhatian terhadap pelanggannya. Pengukuran kepuasan pelanggan melalui metode ini dapat dilakukan dengan berbagai cara diantaranya :

1) *Directly Reported Satisfaction*

Yakni pengukuran langsung dengan pertanyaan-pertanyaan yang disampaikan kepada konsumen tentang tingkat kepuasan konsumen terhadap pelayanan.

2) *Derived Dissatisfaction*

Setidaknya, pertanyaan-pertanyaan yang diajukan menyangkut dua hal utama, yaitu (1) tingkat harapan atau ekspektasi pelanggan terhadap kinerja produk atau perusahaan pada atribut-atribut relevan, dan (2) persepsi pelanggan terhadap kinerja aktual produk atau perusahaan bersangkutan (*perceived performance*).

3) *Problem Analysis*

Dalam teknik ini, responden diminta mengungkapkan masalah-masalah yang mereka hadapi berkaitan dengan produk atau jasa perusahaan dan saran-saran perbaikan. Kemudian perusahaan akan melakukan analisis konten (*content analysis*) terhadap semua permasalahan dan saran perbaikan untuk mengidentifikasi bidang-bidang utama yang membutuhkan perhatian dan tindak lanjut segera.

4) *Importance Performance Analysis*

- a. Dalam teknik ini, responden diminta untuk menilai tingkat kepentingan berbagai atribut relevan dan tingkat kinerja perusahaan (*perceived performance*) pada masing-masing atribut tersebut. terjadi.

2.4.5 Manfaat dan pentingnya pengukuran kepuasan

Menurut Gerson dalam Lestari (2011 : 27-28), manfaat utama dari program pengukuran adalah tersedianya umpan balik yang segera, berarti dan objektif. Dengan hasil pengukuran orang bisa melihat bagaimana mereka melakukan pekerjaannya, membandingkan dengan standar kerja, dan memutuskan apa yang harus dilakukan untuk melakukan perbaikan berdasarkan pengukuran tersebut. Ada beberapa manfaat pengukuran kepuasan antara lain sebagai berikut :

- a. Pengukuran menyebabkan orang memiliki rasa berhasil dan berprestasi, yang kemudian diterjemahkan menjadi pelayanan yang prima kepada pelanggan.
- b. Pengukuran bisa dijadikan dasar menentukan standar kinerja dan standar prestasi yang harus dicapai, yang akan mengarahkan mereka menuju mutu yang semakin baik dan kepuasan pelanggan yang meningkat.
- c. Pengukuran memberikan umpan balik segera kepada pelaksana, terutama bilapelanggan sendiri yang mengukur kinerja pelaksana atau yang memberi pelayanan.
- d. Pengukuran memberi tahu apa yang harus dilakukan untuk memperbaiki mutu dan kepuasan pelanggan bagaimana harus melakukannya. Informasi ini juga bisa datang dari pelanggan.
- e. Pengukuran memotivasi orang untuk melakukan dan mencapai tingkat produktivitasnya yang lebih tinggi.

Kepuasan pelanggan atau pasien dapat memberikan manfaat seperti yang dikemukakan oleh Tjiptono dalam Kusumawati (2013 : 1) diantaranya adalah sebagai berikut :

- a. Hubungan antara institusi dengan pelanggan menjadi harmonis.
- b. Memberikan pengalaman yang baik selanjutnya.
- c. Terciptanya loyalitas pelanggan.
- d. Membentuk suatu rekomendasi dari mulut ke mulut yang menguntungkan institusi.
- e. Citra institusi menjadi lebih baik dimata pelanggan.
- f. Laba yang diperoleh meningkat.

Menurut Azwar dalam Lestari (2011 :28-29) didalam situasi rumah sakit yang mengutamakan pihak yang dilayani (*client oriented*) dimana pasien merupakan penghuni terbanyak, maka banyak sekali manfaat yang dapat diperoleh bila mengutamakan kepuasan pasien antara lain sebagai berikut :

- b. Rekomendasi medis untuk kesembuhan pasien akan dengan senang hati diikuti oleh pasien yang merasa puas terhadap pelayanan rumah sakit.

- c. Terciptanya citra positif dan nama baik rumah sakit karena pasien yang puas tersebut akan memberitahukan kepuasannya kepada orang lain. Hal ini secara akumulatif akan menguntungkan rumah sakit karena merupakan pemasaran rumah sakit secara tidak langsung.
- d. Citra rumah sakit akan menguntungkan secara sosial dan ekonomi. Bertambahnya jumlah orang yang berobat, karena ingin mendapatkan pelayanan yang memuaskan seperti yang selama ini mereka dengar akan menguntungkan rumah sakit secara sosial dan ekonomi (meningkatnya pendapatan rumah sakit).
- e. Berbagai pihak yang berkepentingan (stakeholder) dengan rumah sakit, seperti perusahaan asuransi akan lebih menaruh kepercayaan pada rumah sakit yang mempunyai citra positif.
- f. Didalam rumah sakit yang berusaha mewujudkan kepuasan pasien akan lebih diwarnai dengan situasi pelayanan yang menjunjung hak-hak pasien. Rumah sakitpun akan berusaha sedemikian rupa sehingga malpraktek tidak terjadi.

2.4.6 Hubungan antara mutu pelayanan dengan kepuasan pasien

Hakekat dasar dari penyelenggaraan pelayanan kesehatan yaitu memenuhi kebutuhan dan tuntutan para pemakai jasa pelayanan dibidang kesehatan. Kualitas layanan berhubungan erat dengan kepuasan (*Satisfaction*). Dalam hal ini dimensi-dimensi kualitas jasa pada akhirnya akan menentukan tingkat kepuasan para pelanggan. Oliver dalam Setyawati (2009 : 27) mengatakan bahwa kualitas merupakan salah satu kunci diantara faktor-faktor yang dijadikan pertimbangan dalam kepuasan pelanggan. Hal senada juga diungkapkan oleh Tjiptono dalam Setyawati (2009 : 27) bahwa kualitas mempunyai hubungan yang erat dengan kepuasan pelanggan.

Produk jasa yang berkualitas mempunyai peranan penting dalam membentuk kepuasan pelanggan. Kotler dan Armstrong dalam Sudibyo (2014 : 38) menyatakan bahwa semakin berkualitas produk dan jasa yang diberikan, maka kepuasan yang dirasakan pelanggan juga semakin tinggi. Pelanggan umumnya

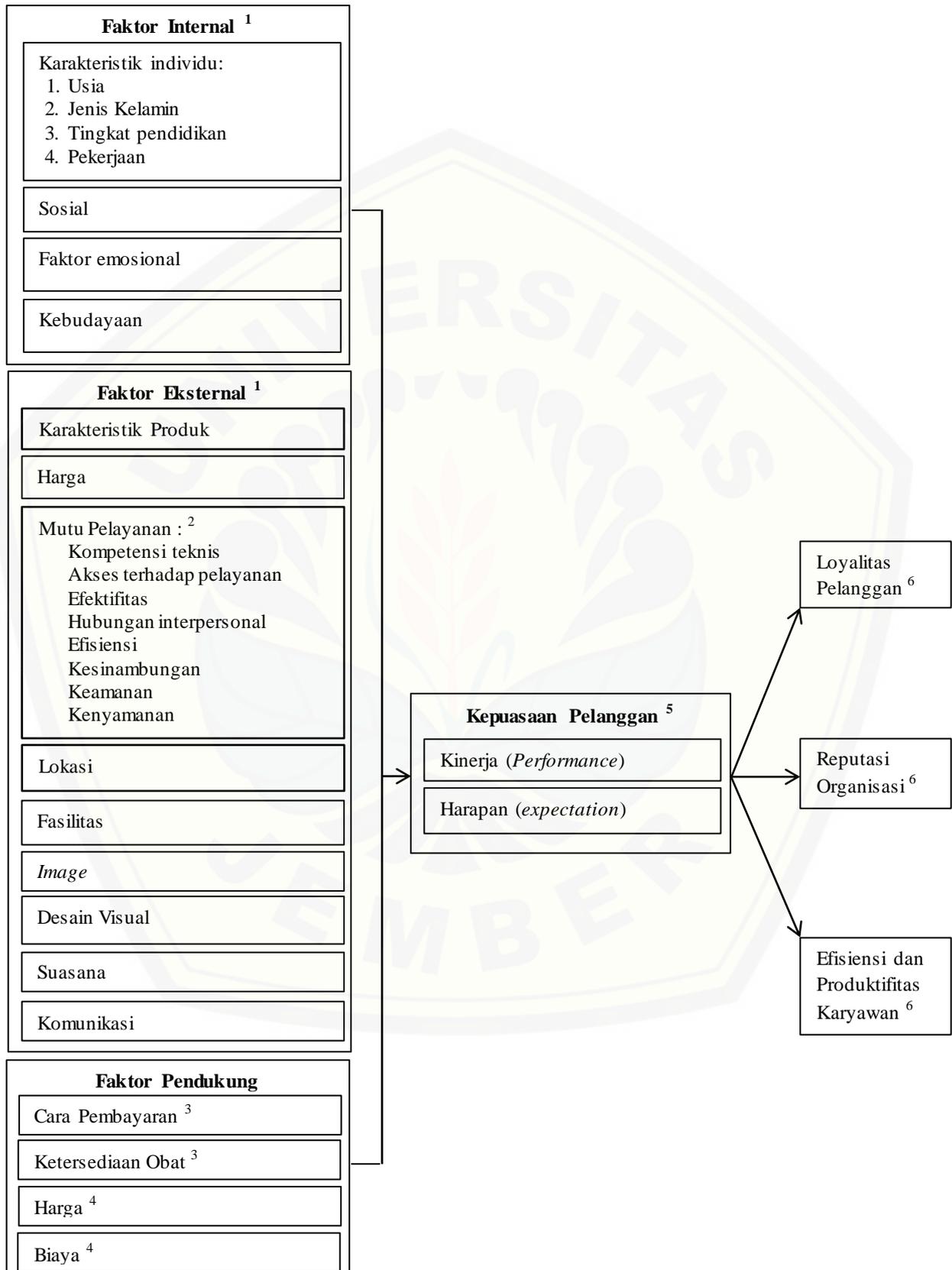
mengharapkan produk atau jasa yang dikonsumsi dapat diterima dan dinikmati dengan pelayanan yang baik dan memuaskan. Hal ini mengharuskan perusahaan untuk memperhatikan kualitas atau mutu dari layanan (*service*) dan pelayanan yang diberikan oleh perusahaannya / institusi.

Kotler (2000 : 36) mengemukakan bahwa tingkat kepuasan adalah: *“Satisfaction is a person’s feelings of pleasure or disappointment resulting from comparing a product’s perceived performance (or outcome) in relation to his or her expectations.”* Artinya, kepuasan adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang muncul setelah membandingkan antara persepsi/kesannya terhadap kinerja (atau hasil) suatu produk dan harapan- harapannya. Sukar untuk mengukur tingkat kepuasan pasien, karena menyangkut perilaku yang sifatnya sangat subyektif. Kepuasan seseorang terhadap suatu obyek bervariasi mulai dari tingkat sangat puas, puas, cukup puas, kurang puas, sangat tidak puas.

Dengan pelayanan yang sama untuk kasus yang sama bisa terjadi tingkat kepuasan yang dirasakan pasien akan berbeda-beda. Hal ini tergantung dari latar belakang pasien itu sendiri, karakteristik individu yang sudah ada sebelum timbulnya penyakit yang disebut dengan predisposing faktor. Faktor-faktor tersebut antara lain : pangkat, tingkat ekonomi, kedudukan sosial, pendidikan, latar belakang sosial budaya, sifat umum kesukuan, jenis kelamin, sikap mental dan kepribadian seseorang (Anderson, 2009 : 165).

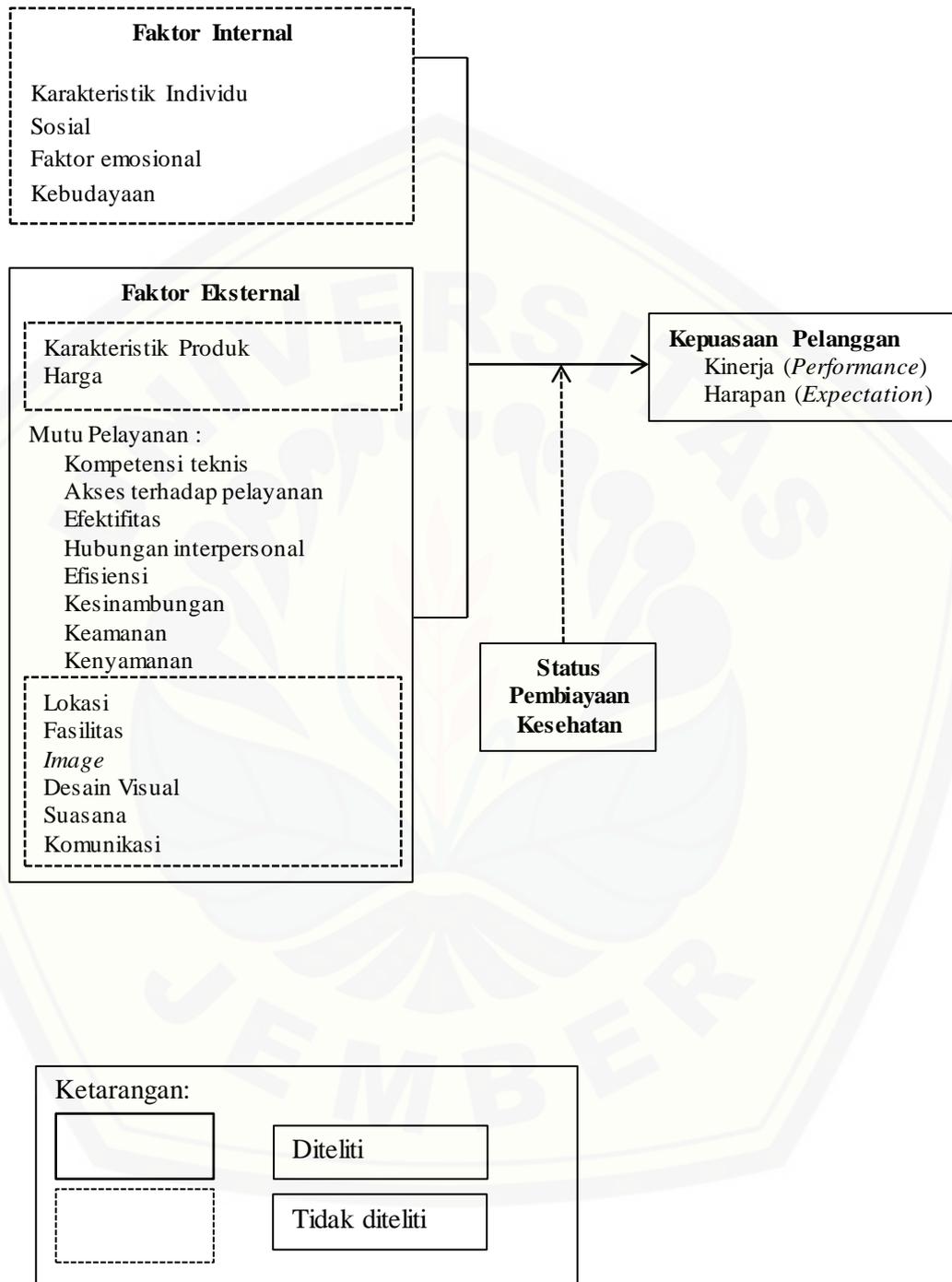
Kepuasan pelanggan dapat menciptakan loyalitas atau citra yang tinggi pelanggan. Dalam konteks kualitas pelayanan dan kepuasan, telah tercapai Konsensus bahwa harapan pelanggan memiliki peranan besar sebagai standar perbandingan dalam evaluasi kualitas maupun kepuasan. Kepuasan pelanggan (masyarakat) telah menjadi konsep sentral dalam organisasi bisnis maupun non bisnis, serta merupakan salah satu tujuan esensial dari organisasi tersebut. Kepuasan pelanggan (masyarakat) berkontribusi pada sejumlah aspek krusial, seperti terciptanya loyalitas pelanggan, meningkatnya reputasi suatu organisasi dan meningkatnya efisiensi dan produktifitas karyawan (Kotler dalam Sudibyo, 2014 : 37).

2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka teori penelitian modifikasi 1. Simamora dalam Desnawati (2013), 2. Brown et. al dalam Wanarto (2013), 3. Mukhtiar dalam Nindia (2012), 4. Budiastuti dalam Sellano (2014), 5. Muninjaya (2011), 6. Kotler dalam Sudiby (2014)

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka Konseptual tersebut mengacu pada teori yang dikemukakan oleh Simamora dalam Desimawati (2013) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan konsumen atau pasien. Teori tersebut dimodifikasi dengan teori yang dikemukakan oleh Brown *et. al.* Dalam Wanarto (2013) tentang dimensi mutu pelayanan serta teori yang dikemukakan oleh Muninjaya (2011) tentang indikator kepuasan. Dalam kerangka konsep diatas faktor yang mempengaruhi kepuasan berjumlah tiga yakni faktor internal yang terdiri dari karakteristik individu, sosial, emosional dan kebudayaan, faktor eksternal yang terdiri dari karakteristik produk, harga, mutu pelayanan, lokasi, fasilitas, *image*, desain visual, suasana, dan komunikasi dan faktor pendukung yang terdiri dari cara pembayaran, ketersediaan obat, harga, dan biaya. Tidak semua faktor penentu kepuasan yang akan di teliti dalam penelitian ini. peneliti hanya membatasi faktor mutu pelayanan yang akan dijadikan objek penelitian, sedangkan faktor eksternal lainnya seperti karakteristik produk, harga, lokasi, fasilitas, *image*, desain visual, suasana dan komunikasi tidak diteliti karena faktor-faktor tersebut sudah termasuk di dalam variabel atau dimensi mutu pelayanan. Variabel yang digunakan dalam menentukan mutu pelayanan yaitu antara lain kompetensi teknis, akses terhadap pelayanan, efektifitas, hubungan interpersonal, efisiensi, kesinambungan, keamanan, dan, kenyamanan. Sedangkan pada indikator kepuasan pasien terdiri dari perbandingan tingkat kinerja pelayanan dan harapan responden terhadap pelayanan. Faktor internal tidak dilakukan penelitian dikarenakan faktor internal merupakan faktor yang berasal dari dalam diri manusia itu sendiri dan bersifat alamiah sehingga sulit untuk dilakukan modifikasi atau perubahan. Pada faktor pendukung juga tidak dilakukan penelitian karena faktor tersebut kurang memiliki pengaruh secara langsung terhadap kepuasan pasien.

2.7 Hipotesis

Hipotesis adalah pernyataan sebagai jawaban sementara atas pertanyaan penelitian, yang harus diuji validitasnya secara empiris. Hipotesis tidak dinilai benar atau salah, melainkan diuji dengan data empiris apakah sah (valid) atau

tidak (Sastroasmoro dan Ismael, 2014 : 45). Berdasarkan tinjauan pustaka yang telah diuraikan diatas, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah :

“Adanya perbedaan kepuasan antara pasien peserta jaminan kesehatan nasional dengan umum (pasien yang membayar secara langsung) berdasarkan mutu pelayanan kesehatan di instalasi rawat inap RSD dr. Soebandi Jember.”



BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah analitik. Sastroasmoro & Ismael (2014 : 108) menjelaskan dalam penelitian analitik dilakukan analisis terhadap data yang diperoleh, oleh karena itu pada penelitian analitik diperlukan hipotesis yang harus sudah diformulasikan sebelum penelitian dimulai, untuk divalidasi dengan data empiris yang dikumpulkan.

Penelitian ini dilakukan dengan menempuh langkah-langkah pengumpulan data, klasifikasi, pengolahan atau analisis data, membuat kesimpulan, dan laporan (Notoatmodjo, 2012 : 28). Ditinjau dari segi waktunya, penelitian ini bersifat *cross sectional*, yaitu suatu penelitian yang digunakan untuk mempelajari dinamika antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*). Artinya tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan. Hal ini tidak berarti bahwa semua subjek penelitian diamati pada waktu yang sama (Notoatmodjo, 2012 : 37).

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di unit instalasi rawat inap RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember pada bulan Agustus 2016 yang merupakan rumah sakit tipe B sebagai pusat rujukan regional di wilayah Jawa Timur.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi penelitian

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari, kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2012 : 80). Populasi dalam

penelitian ini adalah pasien peserta jaminan kesehatan nasional yang berjumlah 3.581 dan pasien umum yang berjumlah 1.281 yang menjalani perawatan di unit instalasi pelayanan rawat inap RSD dr. Soebandi Jember. Jumlah tersebut merupakan jumlah pasien peserta jaminan kesehatan nasional dan pasien umum pada triwulan pertama tahun 2016 yaitu antara bulan januari-maret 2016. Jika dijumlah secara keseluruhan populasi dalam penelitian ini sebesar 4.862 pasien.

3.3.2 Sampel penelitian

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2012 : 81). Dalam penelitian ini sampel yang digunakan adalah pasien peserta jaminan kesehatan nasional dan pasien umum yang menjalani perawatan di unit instalasi pelayanan rawat inap RSD dr. Soebandi Jember dengan memenuhi kriteria eksklusi yaitu pasien yang menggunakan atau menjadi peserta jaminan kesehatan swasta.

Sampel penelitian adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi penelitian, sehingga dalam pengambilan sampel dibutuhkan teknik tertentu agar hasil penelitian valid (Notoatmodjo, 2012:115). Peneliti menggunakan rumus *Lemeshow* untuk menentukan besar dan ukuran sampel yakni sebagai berikut :

$$n = \frac{z_{1-\alpha}^2 P(1-P)N}{d^2 (N-1) + z_{1-\alpha}^2 P(1-P)}$$

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,5 (1-0,5) 4862}{0,1^2 (4862 - 1) + 1,96^2 \times 0,5 (1-0,5)}$$

$$n = \frac{3,8416 \times 0,5 \times 0,5 \times 4862}{0,01 \times 4861 + 3,8416 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$n = \frac{4669,4648}{49,5704}$$

$$n = 94$$

Keterangan

n : Jumlah Sampel

Z_{α}^2 : Jarak sekian standar error dari rata-rata sesuai dengan derajat kepercayaan yang diinginkan (1,96)

- P : Perkiraan proporsi pada populasi 0,5
N : Jumlah populasi
d : Taraf kesalahan yang dapat ditoleransi yaitu 10% (0,1)

Jadi jumlah sampel minimal yang dibutuhkan dalam penelitian ini 94. Untuk mendapatkan jumlah sampel pasien peserta jaminan kesehatan nasional dan pasien umum digunakan perbandingan persentase populasi dengan perhitungan sebagai berikut :

$$\text{Pasien peserta JKN} = \frac{3.581}{4.862} \times 100 \% = 73,65 \%$$

$$\text{Pasien umum} = \frac{1.281}{4.862} \times 100 \% = 26,35 \%$$

Dengan menggunakan persentase tersebut didapatkan jumlah pasien peserta jaminan kesehatan nasional sebesar 69 orang dan pasien umum sebesar 25 orang.

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Sampel dalam penelitian ini merupakan sampel tunggal yaitu sampel pasien RSD dr. Soebandi Jember. Kemudian peneliti melakukan metode pengambilan sampel ditempat penelitian menggunakan *stratified random sampling*. Metode ini digunakan bila populasi mempunyai anggota atau unsur yang tidak homogen dan berstrata (Sugiyono, 2012 : 82). Pada tahap ini peneliti menentukan ruangan rawat inap yang akan diteliti adalah Seruni, Adenium kelas II, Aster kelas II, Sakura, Dahlia, Adenium kelas III, Anturium, Aster kelas III, dan Mawar. Ruangan rawat inap kelas VVIP, VIP, dan Kelas 1 tidak dilakukan penelitian dikarenakan adanya kebijakan dari pihak rumah sakit yang tidak mengizinkan adanya penelitian di ruangan tersebut.

Peneliti kemudian menentukan responden penelitian dari setiap ruangan rawat inap yang terpilih secara acak dengan melakukan pengundian di ruangan rawat inap dimana responden dirawat. Besar anggota sampel yang diambil pada tiap ruangan rawat inap sesuai dengan rumus :

$$nh = \frac{Nh}{N} \times n$$

Keterangan :

- nh : Besar sampel untuk sub populasi
 Nh : Total masing-masing sub populasi
 N : Total populasi secara keseluruhan
 n : Besarnya sampel

Berdasarkan rumus tersebut, besar anggota sampel di tiap ruangan rawat inap dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.2 Distribusi besar sampel menurut ruangan

No.	Ruangan	Nh	N	N	nh	Σ Sampel	
						JKN	Umum
1.	Seruni	6	136	94	4	3	1
2.	Adenium kelas II	4	136	94	3	2	1
3.	Aster kelas II	4	136	94	3	2	1
4.	Sakura	6	136	94	4	3	1
5.	Dahlia	38	136	94	26	19	7
6.	Adenium kelas III	18	136	94	12	9	3
7.	Anturium	20	136	94	14	10	4
8.	Aster kelas III	24	136	94	17	13	4
9.	Mawar	16	136	94	11	8	3
Total					94	69	25

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

a. Variabel dependen (terikat)

Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas (Sugiyono, 2012 : 39). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kepuasan pasien rawat inap di RSD. dr. Soebandi Jember.

b. Variabel independen (bebas)

Variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi atau menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel dependen (Sugiyono, 2012 : 39). Variabel bebas dari penelitian ini adalah persepsi mutu pelayanan yang meliputi delapan dimensi mutu yaitu kompetensi teknis (*technical competence*), akses terhadap pelayanan (*access to service*), efektivitas (*effectiveness*), hubungan antar manusia (*human relation*), efisiensi (*efficiency*), kelangsungan pelayanan (*continuity of service*), keamanan (*safety*), dan yang terakhir ialah kenyamanan (*amenity*).

3.4.2 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Menurut Sugiyono (2012 : 31) definisi operasional adalah penentuan kontrak atau sifat yang akan dipelajari sehingga menjadi variabel yang dapat diukur. Definisi operasional yang akan diberikan pada variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 3.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Kriteria penilaian / Indikator
Karakteristik				
a. Umur	Umur responden pada saat penelitian berdasarkan KTP yang dimiliki, dihitung dalam satuan tahun	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Ordinal	a. < 25 b. 25-35 c. 36-45 d. > 45
b. Jenis Kelamin	Ciri biologis dan fisik berdasarkan kartu identitas yang berlaku	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Nominal	a. Laki-laki b. Perempuan
c. Pendidikan	Tingkat pendidikan yang pernah diperoleh responden	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Ordinal	a. Tidak sekolah b. SD c. SMP d. SMA e. Sarjana f. Pasca sarjana
d. Pekerjaan	Jenis pekerjaan responden yang merupakan pekerjaan utama.	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Nominal	a. Pensiun b. Siswa c. IRT d. Wiraswasta

Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Kriteria penilaian / Indikator
				e. PNS f. Petani
e. Pembiayaan Kesehatan	Cara yang digunakan responden dalam membiayai pelayanan kesehatan yang didapat.	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Nominal	a. JKN b. Umum
1. Mutu Pelayanan Kesehatan	Penilaian berdasarkan persepsi responden tentang pelayanan medis dan non medis yang telah diterima yang dapat diukur dengan kompetensi teknis, akses terhadap pelayanan, efektivitas, hubungan antar manusia, efisiensi, kelangsungan pelayanan, keamanan, dan kenyamanan.	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Ordinal	Diukur dengan 26 pertanyaan, nomor 1-26 dengan menggunakan skala <i>Likert</i> pada setiap pertanyaan. Skor maksimal : 100 % Skor minimal : 0% Kriteria penilaian: a. Baik : 75% - 100% b. Cukup baik : 55% - 75% c. Kurang baik : 40% - 55 % d. Tidak baik : 0% - 40% Untuk menentukan presentase digunakan perhitungan : $P = \frac{NS}{NH} \times 100\%$
a. Kompetensi Teknis	Penilaian berdasarkan persepsi responden tentang keterampilan, kemampuan, dan penampilan petugas, manajer dan staf pendukung.	Wawancara dengan menggunakan kuesioner		Pertanyaan nomor 1-3 dengan kriteria penentuan skor yaitu : a. Jawaban "a"=4 b. Jawaban "b"=3 c. Jawaban "c"=2 d. Jawaban "d"=1 sehingga didapatkan nilai : Skor maksimal : 4x3=12 Skor minimal : 1x3=3
b. Akses Terhadap Pelayanan	Penilaian berdasarkan persepsi responden tentang	Wawancara dengan menggunakan kuesioner		Pertanyaan nomor 4-7 dengan kriteria penentuan skor yaitu :

Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Kriteria penilaian / Indikator
	<p>elayanan yang mudah dan tidak terganggu oleh keadaan ekonomi, geografis, sosial, budaya, dan bahasa.</p>			<p>a. Jawaban "a"=4 b. Jawaban "b"=3 c. Jawaban "c"=2 d. Jawaban "d"=1 sehingga didapatkan nilai : Skor maksimal : $4 \times 4 = 16$ Skor minimal : $1 \times 4 = 4$</p>
c. Efektivitas	<p>Penilaian berdasarkan persepsi responden tentang ketepatan tindakan pelayanan untuk mencapai tujuan tertentu.</p>	<p>Wawancara dengan menggunakan kuesioner</p>		<p>Pertanyaan nomor 8-11 dengan kriteria penentuan skor yaitu : a. Jawaban "a"=4 b. Jawaban "b"=3 c. Jawaban "c"=2 d. Jawaban "d"=1 sehingga didapatkan nilai : Skor maksimal : $4 \times 5 = 20$ Skor minimal : $1 \times 5 = 5$</p>
d. Hubungan Antar Manusia	<p>Penilaian berdasarkan persepsi responden tentang interaksi antara petugas dengan pasien atau responden yang meliputi sikap, perhatian, mendengarkan keluhan, dan responsive.</p>	<p>Wawancara dengan menggunakan kuesioner</p>		<p>Pertanyaan nomor 12-15 dengan kriteria penentuan skor yaitu : a. Jawaban "a"=4 b. Jawaban "b"=3 c. Jawaban "c"=2 d. Jawaban "d"=1 sehingga didapatkan nilai : Skor maksimal : $4 \times 4 = 16$ Skor minimal : $1 \times 4 = 4$</p>
e. Efisiensi	<p>Penilaian berdasarkan persepsi responden tentang penggunaan sumber daya yang tersedia untuk mendapatkan hasil optimal yang terkait dengan waktu pelayanan dan ketersediaan obat.</p>	<p>Wawancara dengan menggunakan kuesioner</p>		<p>Pertanyaan nomor 16-17 dengan kriteria penentuan skor yaitu : a. Jawaban "a"=4 b. Jawaban "b"=3 c. Jawaban "c"=2 d. Jawaban "d"=1 sehingga didapatkan nilai : Skor maksimal : $4 \times 2 = 8$ Skor minimal : $1 \times 2 = 2$</p>

Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Kriteria penilaian / Indikator
f. Kelangsungan Pelayanan	Penilaian berdasarkan persepsi responden tentang Penerimaan pelayanan kesehatan dalam rentang waktu yang lengkap sesuai dengan kebutuhan, tanpa interupsi, istirahat, atau pengulangan yang tidak diperlukan serta akurasi rekam medis.	Wawancara dengan menggunakan kuesioner		Pertanyaan nomor 18-20 dengan kriteria penentuan skor yaitu : a. Jawaban "a"=4 b. Jawaban "b"=3 c. Jawaban "c"=2 d. Jawaban "d"=1 sehingga didapatkan nilai : Skor maksimal : $4 \times 3 = 12$ Skor minimal : $1 \times 3 = 3$
g. Keamanan	Penilaian berdasarkan persepsi responden yang berkaitan dengan penurunan resiko cedera, infeksi, serta efek samping atau bahaya lain yang berhubungan dengan pemberian pelayanan.	Wawancara dengan menggunakan kuesioner		Pertanyaan nomor 21-23 dengan kriteria penentuan skor yaitu : a. Jawaban "a"=4 b. Jawaban "b"=3 c. Jawaban "c"=2 d. Jawaban "d"=1 sehingga didapatkan nilai : Skor maksimal : $4 \times 3 = 12$ Skor minimal : $1 \times 3 = 3$
h. Kenyamanan	Penilaian berdasarkan persepsi responden tentang Kondisi kebersihan lingkungan, dan fasilitas fisik rumah sakit.	Wawancara dengan menggunakan kuesioner		Pertanyaan nomor 24-26 dengan kriteria penentuan skor yaitu : a. Jawaban "a"=4 b. Jawaban "b"=3 c. Jawaban "c"=2 d. Jawaban "d"=1 sehingga didapatkan nilai : Skor maksimal : $4 \times 3 = 12$ Skor minimal : $1 \times 3 = 3$
2. Kepuasan Pasien (<i>Satisfaction</i>)	Perasaan senang atau kecewa pada responden yang berasal dari	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Ordinal	Diukur dengan 6 pertanyaan, nomor 27-32 dengan pertanyaan nomor 27 memiliki 5 sub

Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Kriteria penilaian / Indikator
	perbandingan antara kinerja (atau hasil) suatu produk dengan harapan yang diinginkan.			<p>pertanyaan, nomor 28 memiliki 2 sub pertanyaan, nomor 29 memiliki 3 sub pertanyaan, nomor 30 memiliki 5 sub pertanyaan, nomor 31 memiliki 2 sub pertanyaan, nomor 32 memiliki 3 sub pertanyaan.</p> <p>Kriteria penilaian :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Performance</i> < <i>Expectation</i> → Kurang puas • <i>Performance</i> = <i>Expectation</i> → Puas • <i>Performance</i> > <i>Expectation</i> → Sangat puas
a. Kinerja (<i>performance</i>)	Penilaian berdasarkan persepsi responden terhadap hasil pelayanan petugas berupa jasa maupun produk	Wawancara dengan menggunakan kuesioner		<p>Pertanyaan diukur pada soal nomor 27-29 dengan jumlah sub pertanyaan berjumlah 10. Kategori skor penilaian : Skor maksimal : $4 \times 10 = 40$ Skor minimal : $1 \times 10 = 10$</p>
b. Harapan (<i>expectation</i>)	Penilaian berdasarkan persepsi responden terhadap kinerja petugas sesuai dengan keinginannya	Wawancara dengan menggunakan Kuesioner		<p>Pertanyaan diukur pada soal nomor 30-32 dengan sub pertanyaan berjumlah 10. Kategori skor penilaian : Skor maksimal : $4 \times 10 = 40$ Skor minimal : $1 \times 10 = 10$</p>

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data primer adalah sumber data yang secara langsung memberikan data kepada pengumpul data (Sugiyono, 2012 : 225). Data primer dalam penelitian ini diperoleh melalui hasil wawancara menggunakan kuesioner dengan responden yaitu pasien rawat inap di RSD dr. Soebandi Jember.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder merupakan sumber data yang tidak memberikan informasi secara langsung kepada pengumpul data. Sumber data ini dapat berupa hasil pengolahan lebih lanjut dari data primer yang disajikan dalam bentuk lain atau dari orang lain (Sugiyono, 2012 : 225). Data ini digunakan untuk mendukung informasi dari data primer yang diperoleh baik dari wawancara, maupun dari observasi langsung ke lapangan yaitu data jumlah pasien rawat inap, data pasien rawat inap peserta jaminan kesehatan nasional, dan data pasien rawat inap berdasarkan cara bayar yang ada di RSD dr. Soebandi. Penulis juga menggunakan data sekunder dari hasil studi pustaka, dalam studi pustaka penulis membaca literatur-literatur yang dapat menunjang penelitian, yaitu literatur-literatur yang berhubungan dengan penelitian ini.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Menurut Notoatmodjo (2010 : 139), wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, di mana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*) yaitu dengan pasien peserta jaminan kesehatan dan pasien umum (pasien yang membayar secara langsung) di RSD dr. Soebandi Jember. Informasi yang ingin didapatkan oleh peneliti adalah tentang mutu pelayanan

rumah sakit yang dapat di ukur dengan 8 dimensi mutu pelayanan dan informasi terkait kepuasan pasien.

b. Dokumentasi

Menurut Arikunto (2006 : 206), metode dokumentasi adalah mencari data mengenai ha-hal atau variabel yang berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, lengger, agenda, dan sebagainya. Teknik dokumentasi dalam penelitian ini digunakan untuk memperoleh data pasien peserta jaminan kesehatan nasional dan pasien umum yang berkunjung di instalasi medik rawat inap RSD dr. Soebandi Jember.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan data

Instrumen pengumpulan data pada penelitian ini adalah dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya (Sugiyono, 2012 : 142). Kuesioner yang digunakan berupa pernyataan tentang mutu pelayanan yang didalamnya terdapat 8 dimensi mutu pelayanan dan pertanyaan terkait kepuasan pasien.

a. Kuesioner mutu pelayanan

Pertanyaan tentang mutu pelayanan yang didalamnya terdapat 8 dimensi mutu pelayanan diukur dengan menggunakan kuesioner yang yang berisi 26 butir pertanyaan mengenai kompetensi teknis, akses terhadap pelayanan, efektivitas, hubungan antar manusia, efisensi, kelangsungan pelayanan, keamanan, dan kenyamanan. Skala pengukuran pada mutu pelayanan menggunakan skoring dengan nilai skor maksimal 4 dan nilai skor minimal 1.

Untuk memberikan intepretasi atas nilai rata-rata yang diperoleh digunakan pedoman intepretasi sebagaimana dikemukakan oleh Arikunto (2009 : 35) adalah sebagai berikut :

- 1) Baik, jika nilai yang diperoleh berada pada interval 75%-100%.
- 2) Cukup Baik, jika nilai yang diperoleh berada pada interval 55%-75%.
- 3) Kurang Baik, jika nilai yang diperoleh berada pada interval 40%-55%.
- 4) Tidak Baik, jika nilai yang diperoleh berada pada interval 0%-40%.

Untuk menentukan presentase digunakan perhitungan sederhana dengan langkah-langkah sebagai berikut :

- 1) Menentukan Nilai Harapan (NH), nilai ini dapat diketahui dengan mengalikan jumlah item pertanyaan dengan skor tertinggi.
- 2) Menghitung Nilai Skor (NS), nilai ini merupakan rata-rata sebenarnya yang diperoleh dari hasil penelitian.
- 3) Menentukan kategori yaitu dengan menggunakan rumus :

$$P = \frac{NS}{NH} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Angka persentase

NS = Nilai skor

NH = Nilai harapan

100% = Nilai konstanta (Arikunto, 2005 : 144)

b. Kuesioner kepuasan pasien

Sedangkan untuk mengukur tingkat kepuasan pasien peneliti menggunakan kuesioner yang berisi 6 pertanyaan dengan masing-masing pertanyaan memiliki sub pertanyaan mengenai kesesuaian kinerja produk atau jasa yang ditawarkan dengan harapan.

Kategori kepuasan pasien menurut Muninjaya (2011 : 13-14) dibagi menjadi :

- 1) Kurang puas : Jika $Performance < Expectation$
- 2) Puas : Jika $Performance = Expectation$
- 3) Sangat puas : Jika $Performance > Expectation$

3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian, dan Analisis Data

3.7.1 Teknik pengolahan data

Pengolahan data merupakan salah satu langkah yang penting dalam suatu penelitian. Hal ini disebabkan karena data yang diperoleh langsung dari penelitian masih mentah, belum memberikan informasi apapun dan belum siap untuk disajikan. Untuk memperoleh penyajian data sebagai hasil yang berarti dan

kesimpulan yang baik, diperlukan pengolahan data (Notoatmodjo, 2012 : 171). Teknik pengolahan data yang dilakukan dalam penelitian ini antara lain sebagai berikut :

a. *Editing*

Pengeditan atau *editing* adalah kegiatan yang dilakukan setelah peneliti selesai mengumpulkan data lapangan (Bungin, 2005 : 164). Proses *editing* dilakukan setelah responden menjawab kuesioner yang diajukan, dimulai dengan memberi identitas pada instrumen penelitian yang telah terjawab. Kemudian memeriksa satu per satu lembaran pengumpulan data dan memeriksa poin-poin serta jawaban yang tersedia.

b. *Coding*

Pengkodean atau *coding* merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri dari beberapa kategori (Hidayat, 2011 : 95). Pada tahap ini data yang telah diedit, kembali diberi identitas sehingga memiliki arti tertentu pada saat dianalisis.

c. *Scoring*

Angka-angka yang telah tersusun pada tahap pengkodean kemudian dijumlahkan menurut kategori yang telah ditentukan oleh peneliti. Skor jawaban dimulai dari jawaban yang tertinggi sampai jawaban terendah pada skala nilai yang telah ditentukan. Hasil perhitungan skor dari masing-masing jawaban tersebut kemudian akan dikategorikan untuk masing-masing variabel penelitian (Nazir, 2009 : 346).

d. *Tabulating*

Membuat tabulasi termasuk dalam kerja memproses data. Membuat tabulasi tidak lain adalah memasukkan data kedalam tabel-tabel, dan mengatur angka-angka sehingga dapat dihitung jumlah kasus dalam kategori. Tujuan dilakukan tabulasi adalah untuk memastikan kesiapan data dengan tepat sebelum di *entry* data ke dalam program SPSS (Nazir, 2009 : 346)

3.7.2 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan kegiatan yang bertujuan untuk membuat laporan hasil penelitian agar mudah dipahami sehingga dapat dilakukan analisis dan ditarik kesimpulan yang dapat menggambarkan hasil penelitian (Notoatmodjo 2010 : 188). Penyajian data pada penelitian dilakukan dengan menggunakan tabel, grafik, dan deskripsi tertulis dari analisis yang didapatkan dari hasil penelitian. Dalam penelitian ini hasil penelitian disajikan secara verbal dan matematis. Penyajian verbal disini merupakan penyajian dengan menggunakan kata-kata serta penyajian matematis dengan menggunakan tabel. Penyajian data dalam tabel merupakan penyajian data dalam bentuk angka yang disusun secara teratur dalam baris dan kolom.

3.7.3 Analisis Data

Analisis data merupakan kegiatan setelah data dari seluruh responden atau sumber data lain terkumpul. Kegiatan dalam analisis data adalah mengelompokkan data berdasarkan variabel dan jenis responden, mentabulasi data berdasarkan variabel dari seluruh responden, menyajikan data tiap variabel yang diteliti, melakukan perhitungan untuk menjawab rumusan masalah, dan melakukan perhitungan untuk menguji hipotesis yang telah diajukan (Sugiyono, 2012 : 147).

a. Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis yang dilakukan untuk menganalisis tiap variabel dari hasil penelitian yang dinyatakan dengan sebaran frekuensi, baik secara angka-angka mutlak maupun secara persentase, disertai dengan penjelasan kualitatif. Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2012 : 182). Analisis univariat yang dilakukan pada penelitian ini digunakan untuk mendeskripsikan karakteristik dari setiap variabel penelitian berupa mutu pelayanan dan kepuasan pasien.

b. Analisis Bivariat

Apabila telah dilakukan analisis univariat, hasilnya akan diketahui karakteristik atau distribusi setiap variabel, dan dapat dilanjutkan analisis bivariat. Analisis bivariat ini dilakukan terhadap dua variabel yang diduga memiliki perbedaan (Notoatmodjo, 2012 : 183). Untuk melihat ada tidaknya perbedaan kepuasan antara pasien peserta jaminan kesehatan nasional dengan kepuasan pasien umum (pasien yang membayar secara langsung) berdasarkan mutu pelayanan kesehatan maka peneliti menggunakan uji *Chi-square*. Uji *Chi-square* digunakan karena data yang diuji bersifat kategorik.

3.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Kuesioner sebagai alat ukur penelitian perlu diuji coba terlebih dahulu sebelum digunakan, karena untuk menilai layak tidaknya kuesioner tersebut dijadikan sebagai instrumen penelitian. instrumen yang baik harus memenuhi dua persyaratan penting, yaitu valid dan reliabel (Notoatmodjo, 2012 : 164). Dengan menggunakan instrumen yang valid dan reliabel dalam pengumpulan data, maka diharapkan hasil penelitian akan menjadi valid dan reliabel (Sugiyono, 2012 : 122). Pada penelitian ini, kuesioner diujikan kepada pasien peserta jaminan kesehatan nasional dan pasien umum yang mejalani perawatan rawat inap di RSD dr. Soebandi Jember. Uji ini sangat penting untuk dilakukan untuk mendapatkan kuesioner yang valid dan reliabel. Uji validitas dan reliabilitas ini sebaiknya dilakukan sebelum dilaksanakannya penelitian dengan cara mengujikan kuesioner kepada responden yang sesuai dengan karakteristik penelitian dan dengan jumlah tertentu.

a. Validitas

Validitas adalah suatu langkah pengujian yang dilakukan terhadap isi (*content*) dari suatu instrument, dengan tujuan untuk mengukur ketepatan instrument yang digunakan dalam suatu penelitian. Teknik korelasi yang dipakai dalam menguji validitas adalah teknik korelasi product moment, keputusan jika r hitung $>$ r tabel maka variabel valid dan jika r hitung $<$ r

tabel maka variabel tidak valid (Sugiyono, 2014 : 178). Pada penelitian ini r tabel yang digunakan adalah 0,444.

Uji validitas pada penelitian ini dilakukan pada variabel mutu pelayanan yang didalamnya terdapat 8 dimensi mutu pelayanan diantaranya : dimensi kompetensi teknis dengan jumlah soal sebanyak 3 pertanyaan, dimensi akses terhadap pelayanan dengan jumlah soal sebanyak 4 pertanyaan, dimensi efektifitas dengan jumlah soal sebanyak 4 pertanyaan, dimensi hubungan manusia dengan jumlah soal sebanyak 4 pertanyaan, dimensi efisiensi dengan jumlah soal sebanyak 2 pertanyaan, dimensi kelangsungan pelayanan dengan jumlah soal sebanyak 3 pertanyaan, dimensi keamanan dengan jumlah soal sebanyak 3 pertanyaan, dan dimensi kenyamanan dengan jumlah soal sebanyak 3 pertanyaan. Uji validitas juga dilakukan pada variabel kepuasan yang didalamnya terdapat sub variabel berupa kinerja dan harapan yang masing-masing terdiri dari 10 butir pertanyaan. Hasil uji validitas didapatkan bahwa seluruh pertanyaan valid baik pada variabel mutu pelayanan maupun variabel kepuasan.

b. Reliabilitas

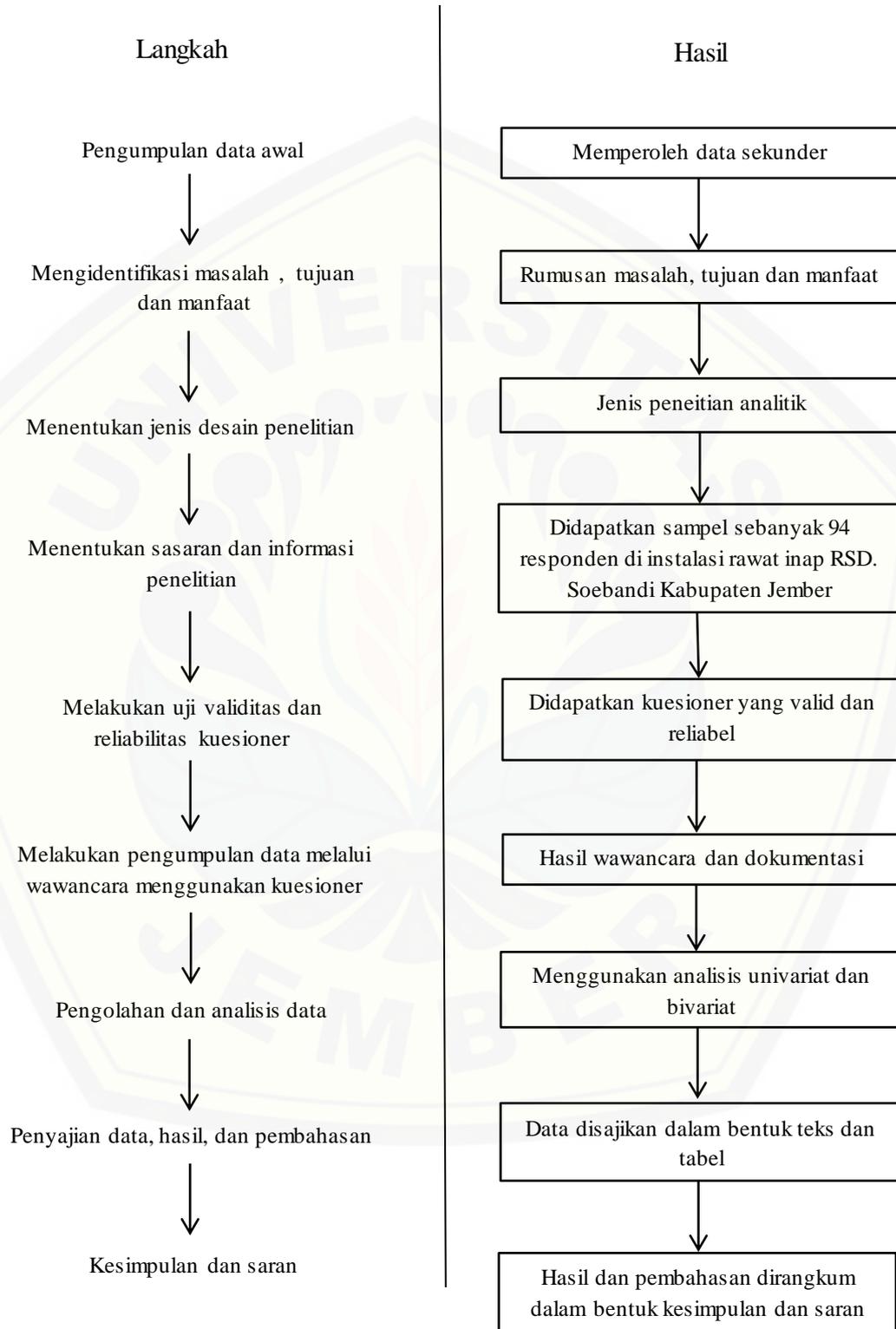
Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau diandalkan. Hal ini menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tersebut tetap konsisten apabila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmodjo, 2012 : 168). Uji reliabilitas dapat dilakukan secara bersama-sama terhadap seluruh butir pertanyaan untuk lebih dari satu variabel, namun sebaiknya uji reliabilitas dilakukan pada masing-masing variabel pada lembar kerja yang berbeda sehingga dapat diketahui konstruk variabel mana yang tidak reliabel. Uji reliabilitas menggunakan *alpha cronbach*, dengan keputusan uji jika r alpha positif dan r alpha $\geq r$ tabel maka reliabel, jika r alpha negatif dan r alpha $< r$ tabel maka tidak reliabel. Pada penelitian ini r tabel yang digunakan adalah 0,444.

Uji reliabilitas pada penelitian ini dilakukan pada variabel mutu pelayanan dengan didalamnya terdapat 8 dimensi mutu pelayanan dengan total jumlah

soal sebanyak 26 pertanyaan dan variabel kepuasan yang didalamnya terdapat sub variabel berupa kinerja dan harapan yang masing-masing terdiri dari 10 butir pertanyaan. Hasil uji reliabilitas didapatkan bahwa seluruh pertanyaan reliabel baik pada variabel mutu pelayanan maupun variabel kepuasan.



3.9 Alur Penelitian



Gambar 3.3 Alur Penelitian

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan tentang perbedaan kepuasan antara pasien peserta JKN dengan umum berdasarkan mutu pelayanan kesehatan di Instalasi rawat inap RSD dr. Soebandi Jember, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

- a. Sebagian besar pasien peserta JKN dan pasien umum mengategorikan mutu pelayanan dalam kategori baik.
- b. Sebagian besar pasien peserta JKN dan pasien umum mengategorikan tingkat kepuasan dalam kategori kurang puas.
- c. Tidak ada perbedaan kepuasan antara pasien peserta JKN dengan umum berdasarkan mutu pelayanan kesehatan di instalasi rawat inap RSD dr. Soebandi Jember. Tidak adanya perbedaan kepuasan tersebut dikarenakan baik pasien JKN dan umum sama-sama memiliki harapan yang tinggi terhadap pelayanan yang diberikan. Hal tersebutlah yang membuat sebagian besar pasien mengategorikan tingkat kepuasan dalam kategori kurang puas.

5.2 Saran

Saran yang dapat direkomendasikan adalah sebagai berikut :

- a. Bagi rumah sakit
 - 1) Pihak RSD dr. Soebandi diharapkan dapat meningkatkan kinerja karyawan khususnya petugas penunjang dengan mengadakan pelatihan tentang etika dan kepribadian dalam pelayanan serta pemberian penghargaan atau *reward*. Salah satu contoh bentuk penghargaan dapat dilakukan dengan mengadakan pemilihan karyawan teladan pada setiap tahunnya. Karyawan yang terpilih sebagai karyawan teladan dapat diberikan hadiah untuk meningkatkan motivasi kerja.

- 2) Diharapkan pihak rumah sakit juga mengadakan pelatihan bagi petugas administrasi dengan mengadakan pelatihan gugus kendali mutu. Pelatihan tersebut bertujuan untuk menghasilkan suatu konsep baru untuk meningkatkan mutu dan produktivitas kerja industri atau jasa.
 - 3) Melakukan penilaian atau survei kepuasan pasien secara rutin dan berkala. Hal tersebut dilakukan untuk mengetahui hal apa saja yang sebenarnya diharapkan oleh pasien dan bagi provider dapat digunakan untuk mengetahui apa saja hal - hal yang perlu dilakukan atau ditingkatkan untuk memenuhi harapan-harapan pasien tersebut.
- b. Bagi peneliti selanjutnya
- Peneliti selanjutnya disarankan untuk melakukan penelitian terkait determinan atau faktor yang mempengaruhi rendahnya tingkat kepuasan pasien baik bagi pasien peserta JKN maupun pasien umum.

DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, R. Joanna K, dkk. 2009. *Equity in Health Service, Emperical Analysis in Social Policy*. Cambridge. Mass Ballinger Publishing Company.
- Anggraheni, N, V. 2012. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan Masyarakat Untuk Memilih Jasa Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Simo Kabupaten Boyolali. *Skripsi*. Surakarta : Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Arikunto, S. 2005. *Manajemen penelitian*. Jakarta. Rhineka cipta
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktek*. Edisi Revisi. Jakarta : Rineka Cipta
- Arikunto, S & Jabar, S, A. 2009. Cipi. *Evaluasi Program Pendidikan Pedoman Teoritis Praktik Bagi Mahasiswa dan Praktisi Pendidikan*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Armen, F & Azwar, V. 2013. *Dasar-Dasar Manajemen Keuangan Rumah Sakit*. Yogyakarta. Gosyen Publishing
- Bata, Y, W., et al. 2013. Hubungan Kualitas Pelayanan Kesehatan Dengan Kepuasan Pasien Pengguna Akses Sosial Pada Pelayanan Rawat Inap Di RSUD Laki pada Kabupaten Tana Toraja Tahun 2013. *Skripsi*. Makasar : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
- Bungin, B. 2005. *Metode Penelitian Kuantitatif Komunikasi, Ekonomi, dan Kebijakan Publik Serta Ilmu-Ilmu Sosial Lainnya*. Jakarta. Prenada Media.
- Bustami MS, MQIH. 2011. *Penjaminan Mutu Pelayanan kesehatan & Akseptabilitasnya*. Jakarta. Erlangga.
- Desimawati, D, W. 2013. Hubungan Layanan Keperawatan Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Inap Di Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember : Universitas Jember.
- Djuhaeni, H. 2007. *Asuransi Kesehatan dan Managed Care*. Bandung. Pustaka UNPAD.

- Febriawati, H. 2013. *Manajemen Logistik Farmasi Rumah Sakit*. Yogyakarta. Gosyen Publishing
- Hidayat, A. A. A. 2011. *Metode Penelitian Kesehatan : Paradigma Kuantitatif*. Surabaya : Health Book Publishing.
- Kemenkes RI. 2012. Pedoman Teknis Bangunan Rumah Sakit Ruang Rawat Inap.
- Kementrian Hukum dan HAM RI. 2014. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Berita Negara RI Tahun 2014, Nomor 1. Jakarta. Sekretaris Negara
- Kementrian Kesehatan RI. 2013. Buku Panduan Layanan Bagi Peserta BPJS Kesehatan. Jakarta. Sekretariat Jenderal Kementrian Kesehatan RI
- Kementrian Kesehatan RI. 2013. Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Nasional. Jakarta. Sekretariat Jenderal Kementrian Kesehatan RI
- Kementrian kesehatan RI. 2015. Rencana Strategis Kementrian Kesehatan Tahun 2015-2016. Sekretariat Jenderal. Jakarta.
- Kotler, P. 2000. *Manajemen Pemasaran : Analisis, Perencanaan, Implementasi dan Pengendalian*. Ed :Ancella Aniwati Hermawan, Salemba Empat : Prentice Hall Edisi Indonesia.
- Kusumawati, Puri. 2013. Perbedaan Kepuasan Pasien Pengguna Asuransi Perusahaan Dan Non Asuransi Terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan di Bangsal Rawat Inap Rumah Sakit Islam Surakarta. *Jurnal[Serial Online]* [22/11/2015]. Surakarta : Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Laporan Tahunan RSD dr. Soebandi Tahun 2013
- Laporan Tahunan RSD dr. Soebandi Tahun 2014
- Laporan Tahunan RSD dr. Soebandi Tahun 2015
- Lestari, Dewi Sri. 2011. Studi Tentang Kepuasan Pasien Rawat Inap Terhadap Kualitas Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Indramayu. *Skripsi*. Bandung : Fakultas Psikologi Universitas Islam Bandung.
- Liestriani, Dian. 2011. Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Kepuasan Pasien Pasca Operasi Rawat Inap Di RSUD KAJEN Kabupaten Pekalongan. *Jurnal[Serial Online]*. Semarang : Universitas Muhammadiyah Semarang.

- Mamik. 2010. *Organisasi Dan Manajemen Pelayanan Kesehatan Dan Kebidanan. Edisi 1*. Surabaya : Prins Media Publishing
- Muflih, M. 2013. Perbedaan Tingkat Kepuasan Pasien Pengguna ASKES Dan Pasien Umum Dalam Menerima Kualitas Pelayanan Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap Kelas II RSUD Panembahan Senopati Kabupaten Bantul. *Jurnal[Serial Online]*. Bantul : Ilmu Keperawatan Respati
- Mukhadiono & Subagyo, W. 2011. Pengaruh Prosedur Dan Fasilitas Pelayanan Terhadap Kualitas Pelayanan Peserta Program JAMKESMAS Di Puskesmas 1 Cilongok. *Jurnal[Serial Online]*. Semarang : Poltekkes Semarang
- Muninjaya, A, A, Gde. 2011. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Nasution, S. 2000. *Metode Research: Penelitian Ilmiah*. Jakarta. Bumi Aksara
- Nazir. M. 2009. *Metode Penelitian*. Bogor : Ghalia Indonesia
- Nengsih, Y. 2010. Analisis Kebutuhan Dan Kualifikasi Tenaga Dokter Dan Perawat Di Pelayanan Rawat Inap RSUD Bangkinang Kabupaten Kampar Tahun 2010. *Tesis*. Depok : Universitas Indonesia.
- Nilaika, N. 2012. Faktor-faktor yang mempengaruhi Kepuasan Pelayanan Kesehatan Pasien Rawat Inap Di RSUD Sukoharjo. *Skripsi*. Surakarta : Universitas Sebelas Maret.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Pohan, Imbalo, S. 2007. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan ; Dasar – Dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Ratminto & Winarsih, A, S. 2006. *Manajemen Pelayanan-Pengembangan Konseptual, Penerapan Citizen's Charter dan Standar Pelayanan Minimal*. Yogyakarta. Pustaka Pelajar
- Ramadhan, N, K. 2015. Perbedaan Kepuasan Pasien Peserta BPJS Kesehatan Dan Pasien Umum Terhadap Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Negara. *Tesis*. Yogyakarta. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Republik Indonesia. 2004. Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Lembaran Negara RI Tahun 2004, No. 150. Jakarta. Sekretaris Negara

- Republik Indonesia. 2009. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Lembaran Negara RI Tahun 2009, No. 153. Jakarta. Sekretaris Negara
- Republik Indonesia. 2011. Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Lembaran Negara RI Tahun 2011, No. 5256. Jakarta. Sekretaris Negara
- Republik Indonesia. 2013. Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. Jakarta. Sekretariat Kabinet RI
- Riska, D, S. 2016. Perbedaan Kualitas Pelayanan Rawat Inap Pasien Pengguna BPJS Dan Non BPJS Di RSUD I. A. Moeis Samarinda. *Jurnal[Serial Online]*. Samarinda : Universitas Mulawarman
- Riyadi, R. 2015. Mutu Pelayanan Kesehatan Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Di Puskesmas Kecamatan Kembangan Jakarta Barat. *Skripsi*. Jakarta : Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Rosmawati, M, et. al. 2007. Analisis Tingkat Kepuasan Pasien Pengguna Asuransi Kesehatan Dan Non Asuransi Kesehatan Terhadap Pelayanan Keperawatan. *Jurnal[Serial Online]*. Yogyakarta : Universitas Gadjah Mada
- Saputro, A, D. 2015. Hubungan Kualitas Pelayanan Kesehatan Dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan Tanggungan BPJS Di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta. *Skripsi*. Surakarta. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. 2014. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi ke-5*. Jakarta : Sagung Seto
- Sellano, R, A. 2014. Analisis Pengaruh Kualitas Pelayanan Medis Terhadap Kepuasan Pasien Di RSUD Labuang Baji. *Skripsi*. Makasar : Universitas Hasanuddin.
- Setiyawati, A. 2009. Studi Kepuasan Pelanggan Untuk Mencapai Loyalitas Pelanggan. *Tesis*. Semarang : Universitas Diponegoro.
- Sinambela, L, P. 2006. *Reformasi Pelayanan Publik (Teori, Kebijakan, dan Implementasi)*. Jakarta. Bumi Aksara
- Situmorang, H. Chazali. 2013. *Reformasi Jaminan Sosial di Indonesia*. Depok. Cinta Indonesia
- Suaib, Indar, Jafar, N. 2012. Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Di Ruang Rawat Inap Rsud Syekh Yusuf Kabupaten Gowa.

Jurnal[Serial Online][18/6/2016]. Makassar : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin

Sudibyo, A, R. 2014. Hubungan Antara Kualitas Pelayanan Dengan Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Di RSIA Srikandi IBI Jember Tahun 2014. *Skripsi*. Jember : Universitas Jember

Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif, kualitatif dan R & D*. Bandung : Alfabeta.

Supranto, J, M, A. 2001. *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan Untuk Meningkatkan Pangsa Pasar*. Jakarta. PT RINEKA CIPTA

Tjiptono, Fandy & Chandra, Gregorius. 2011. *Service, Quality, & Satisfaction Edisi 3*. Yogyakarta. C.V. ANDI OFFSET

Tjiptono, Fandy. 2001. *Manajemen Jasa. Edisi kedua*. Yogyakarta : Andi Offset

Wanarto, Guntur, B. 2013. *Penilaian Mutu Pelayanan Kesehatan Oleh Pelanggan. Cetakan Pertama*. Magetan : Forum Ilmiah Kesehatan (FORIKES)

Widiastuti, N, M. 2015. Hubungan Jenis Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, Status Kepesertaan Dan Karakteristik Sosio-Demografis Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional. Tesis. Denpasar : Universitas Udayana.

Wira, I, A, D. 2014. Hubungan Antara Persepsi Mutu Pelayanan Asuhan Keperawatan Dengan Kepuasan Pasien Rawat Inap Kelas III Di RSUD Wangaya Kota Denpasar. *Tesis*. Denpasar : Universitas Udayana.



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jl. Kalimantan 1/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331)
322995,322996
Fax. (0331) 337878 Jember 68121

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

No. Telp / HP :

Menyatakan bersedia menjadi informan penelitian dari :

Nama : R.Moh. Naufal Roby F.

NIM : 122110101188.

Judul Skripsi : Perbedaan kepuasan antara pasien peserta jaminan kesehatan nasional dengan umum berdasarkan mutu pelayanan kesehatan di instalasi RSD dr. Soebandi Jember.

Persetujuan ini anda berikan secara sukarela dan tanpa paksaan dari pihak manapun. Anda telah diberikan penjelasan mengenai penelitian dan anda telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti. Dengan ini anda menyatakan bahwa anda akan menjawab semua pertanyaan dengan sejujur-jujurnya.

Jember, 2016

Responden

(.....)



KUESIONER PENELITIAN

**PERBEDAAN KEPUASAN ANTARA PASIEN PESERTA JAMINAN
KESEHATAN NASIOANAL DENGAN UMUM BERDASARKAN MUTU
PELAYANAN KESEHATAN DI INSTALASI RAWAT INAP RSD dr.
SOEBANDI JEMBER**

Nomor Responden :
Pasien (JKN/Umum) :
Tanggal penelitian :

I. Data Umum Responden

1. Nama responden :
2. Umur :
3. Jenis kelamin :
4. Pendidikan terakhir :
5. Pekerjaan :

II. Mutu Pelayanan

Petunjuk :

1. Isilah dengan tanda (X) pada pilihan jawaban yang anda setuju.
2. Jawablah dengan jujur yang sesuai dengan hati nurani anda.
3. Kerahasiaan jawaban dijaga oleh peneliti.

Dimensi Kompetensi Teknis

1. Apakah petugas rumah sakit terampil dalam memberikan pelayanan?
 - a. Sangat terampil
 - b. Terampil
 - c. Kurang terampil
 - d. Tidak terampil
2. Apakah dokter tepat dalam mendiagnosa penyakit pasien dan menemukan solusinya?
 - a. Selalu tepat
 - b. Tepat
 - c. Kurang tepat
 - d. Tidak tepat
3. Apakah penampilan petugas rumah sakit rapi?
 - a. Sangat rapi
 - b. Rapi
 - c. Kurang rapi
 - d. Tidak rapi

Dimensi Akses Terhadap Pelayanan

4. Apakah prosedur pelayanan di rumah sakit mudah?
 - a. Sangat mudah
 - b. Mudah
 - c. Kurang mudah
 - d. Tidak mudah
5. Apakah biaya pelayanan di rumah sakit terjangkau?
 - a. Sangat terjangkau
 - b. Terjangkau
 - c. Kurang terjangkau
 - d. Tidak terjangkau
6. Apakah lokasi rumah sakit mudah dijangkau?
 - a. Sangat mudah
 - b. Mudah
 - c. Kurang mudah
 - d. Tidak mudah
7. Apakah petugas rumah sakit bersikap adil (tanpa membedakan status sosial, budaya, dan bahasa) dalam memberikan pelayanan pada pasien?
 - a. Sangat adil
 - b. Adil
 - c. Kurang adil
 - d. Tidak adil

Dimensi Efektivitas

8. Apakah penanganan atau pengobatan yang dilakukan oleh dokter sudah sesuai dengan kebutuhan?
 - a. Sangat sesuai
 - b. Sesuai
 - c. Kurang sesuai
 - d. Tidak sesuai
9. Apakah penanganan atau pengobatan yang dilakukan oleh dokter sudah bisa memberikan perubahan positif bagi kesehatan anda?
 - a. Sangat memberikan perubahan
 - b. Memberikan perubahan
 - c. Kurang memberikan perubahan
 - d. Tidak memberikan perubahan
10. Apakah dokter selalu melakukan kunjungan pemeriksaan pada jam yang telah ditetapkan (08.00-14.00 setiap hari kerja)?
 - a. Selalu
 - b. Sering
 - c. Kadang-kadang
 - d. Tidak pernah
11. Apakah petugas rumah sakit selalu tepat waktu dalam pemberian makanan kepada pasien (pagi : 06.30-07.30, Siang : 11.30-12.30, Sore : 17.00-18.00)?
 - a. Selalu
 - b. Sering
 - c. Kadang-kadang
 - d. Tidak pernah

Dimensi Hubungan Antar Manusia

12. Apakah petugas rumah sakit ramah,sabar, dan sopan dalam memberikan pelayanan?
 - a. Sangat ramah,sabar, dan sopan
 - b. Ramah, sabar, dan sopan
 - c. Kurang ramah, kurang sabar, dan kurang sopan
 - d. Tidak ramah, tidak sabar, dan tidak sopan
13. Apakah petugas kesehatan (dokter,perawat,bidan) memberikan perhatian terhadap pasien?
 - a. Sangat perhatian
 - b. Perhatian
 - c. Kurang perhatian
 - d. Tidak perhatian

14. Apakah petugas rumah sakit menerima dan mendengarkan keluhan pasien dengan baik?
 - a. Sangat menerima dan mendengarkan
 - b. Menerima dan mendengarkan
 - c. Kurang menerima dan kurang mendengarkan
 - d. Tidak menerima dan tidak mendengarkan
15. Apakah petugas rumah sakit bersedia membantu setiap permasalahan pasien?
 - a. Sangat bersedia
 - b. bersedia
 - c. Kurang bersedia
 - d. Tidak bersedia

Dimensi Efisiensi

16. Apakah petugas kesehatan (dokter,perawat,bidan) cepat dalam memberikan pelayanan?
 - a. Sangat cepat
 - b. Cepat
 - c. Kurang cepat
 - d. Tidak cepat
17. Apakah rumah sakit memiliki persediaan obat-obatan yang lengkap?
 - a. Sangat lengkap
 - b. Lengkap
 - c. Kurang lengkap
 - d. Tidak lengkap

Dimensi Kelangsungan Pelayanan / Kesenambungan

18. Apakah ada keterlambatan dalam pemberian obat kepada pasien ?
 - a. Tidak pernah
 - b. Kadang-kadang
 - c. Sering
 - d. Selalu
19. Apakah terdapat pengulangan tindakan pelayanan yang tidak diperlukan ?
 - a. Tidak pernah
 - b. Kadang-kadang
 - c. Sering
 - d. Selalu

20. Apakah petugas kesehatan (dokter,perawat,bidan) mencatat hasil pemeriksaan pasien ?
- Selalu
 - Sering
 - Kadang-kadang
 - Tidak pernah

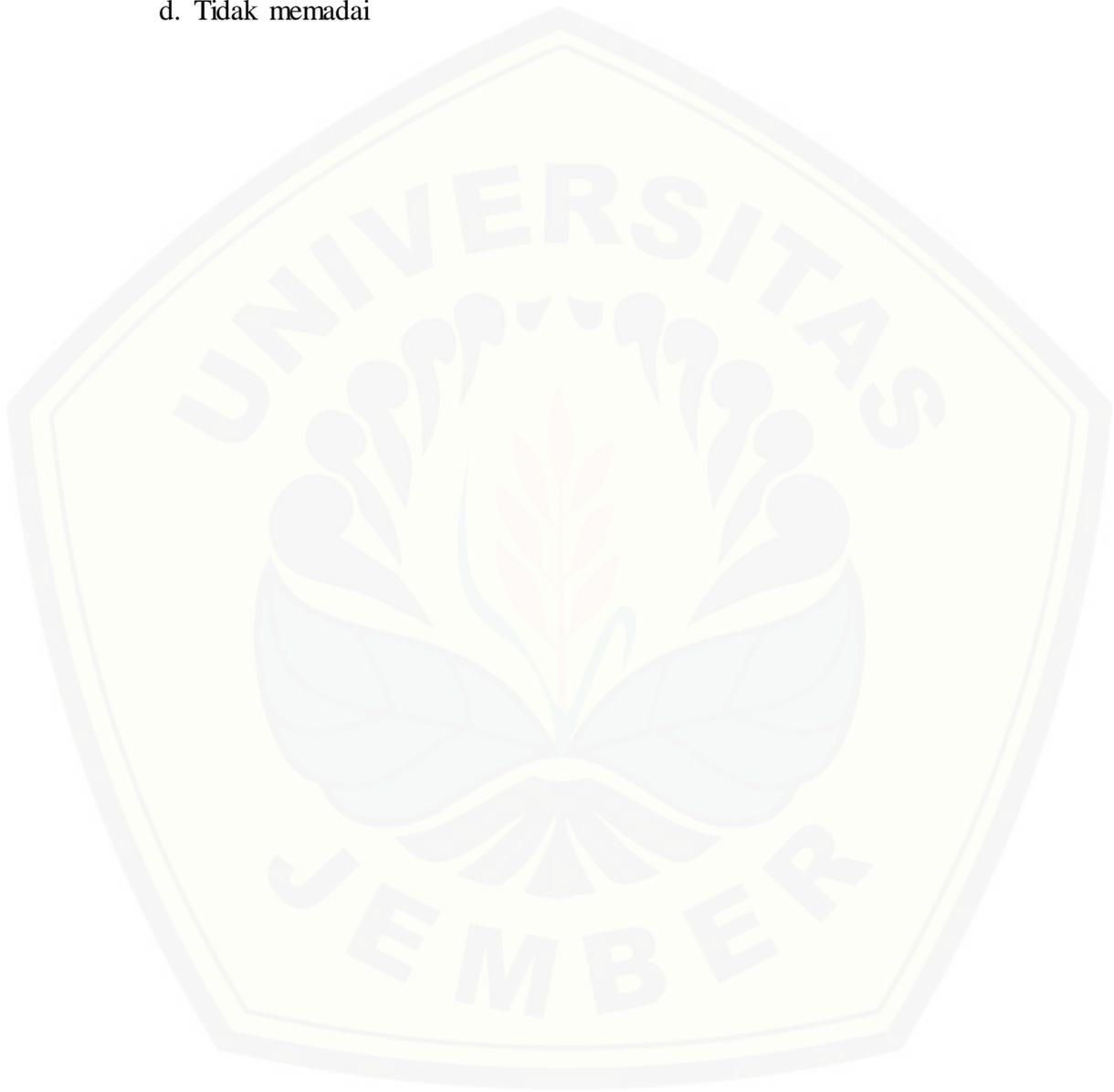
Dimensi Keamanan

21. Apakah petugas kesehatan (dokter,perawat,bidan) melakukan pelayanan dengan berhati-hati?
- Sangat berhati-hati
 - Berhati-hati
 - Kurang berhati-hati
 - Tidak berhati-hati
22. Apakah petugas kesehatan (dokter,perawat,bidan) memberi penjelasan mengenai karakteristik penyakit mulai dari cara perawatan, penularan, dan penyebab penyakit?
- Selalu memberitahu
 - Memberitahu
 - Kurang memberitahu
 - Tidak memberitahu
23. Apakah petugas kesehatan (dokter,perawat,bidan) memberi petunjuk cara minum obat?
- Selalu memberi petunjuk
 - Memberi petunjuk
 - Kurang memberi petunjuk
 - Tidak memberi petunjuk

Dimensi Kenyamanan

24. Apakah kondisi rumah sakit bersih?
- Sangat bersih
 - Bersih
 - Kurang bersih
 - Kotor
25. Apakah ruang tunggu, kamar perawatan, toilet, dan tempat tidur rumah sakit memadai?
- Sangat memadai
 - Memadai
 - Kurang memadai
 - Tidak memadai

26. Apakah rumah sakit memiliki tempat parkir yang memadai untuk tempat parkir kendaraan pasien dan keluarga pasien?
- a. Sangat memadai
 - b. Memadai
 - c. Kurang memadai
 - d. Tidak memadai



III. Kepuasan Pasien

Berilah jawaban pertanyaan berikut sesuai dengan pendapat anda dengan cara memberi tanda Cek (√) pada kolom yang tersedia.

a. Kinerja (*Performance*)

Keterangan jawaban (skor) :

4 : Sangat Baik

3 : Baik

2 : Kurang Baik

1 : Buruk

No	Pertanyaan		Jawaban			
			4	3	2	1
a. Kinerja (<i>Performance</i>)						
27.	Menurut anda bagaimana kinerja pelayanan petugas penunjang (parkir,satpam, laboratorium, gizi, farmasi) ?	1) Parkir				
		2) Satpam				
		3) Laboratorium				
		4) Gizi				
		5) Farmasi				
28.	Menurut anda bagaimana kinerja pelayanan petugas administrasi (loket pendaftaran, administrasi pasien) ?	1) Loker pendaftaran				
		2) Administrasi pasien				
29.	Menurut anda bagaimana kinerja pelayanan petugas medis (dokter,bidan, perawat) ?	1) Dokter				
		2) Bidan				
		3) Perawat				

b. Harapan (*Expectation*)

Keterangan jawaban (Skor) :

4 : Sangat Baik

3 : Baik

2 : Kurang Baik

1 : Buruk

No	Pertanyaan		Jawaban			
			4	3	2	1
b. Harapan (<i>Expectation</i>)						
30.	Bagaimana harapan anda terhadap pelayanan petugas penunjang (parkir, satpam, laboratorium, gizi, farmasi)?	1) Parkir				
		2) Satpam				
		3) Laboratorium				
		4) Gizi				
		5) Farmasi				
31.	Bagaimana harapan anda terhadap pelayanan petugas administrasi (loket pendaftaran, administrasi pasien)?	1) Loker pendaftaran				
		2) Administrasi pasien				
32.	Bagaimana harapan anda terhadap pelayanan petugas medis (dokter, bidan, perawat)?	1) Dokter				
		2) Bidan				
		3) Perawat				

HASIL UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS

1. Uji Validitas

a. Variabel mutu pelayanan

1). Dimensi kompetensi teknis

		Correlations			
		q1	q2	q3	total
q1	Pearson Correlation	1	.192	.471*	.813**
	Sig. (2-tailed)		.416	.036	.000
	N	20	20	20	20
q2	Pearson Correlation	.192	1	.068	.470*
	Sig. (2-tailed)	.416		.776	.037
	N	20	20	20	20
q3	Pearson Correlation	.471*	.068	1	.805**
	Sig. (2-tailed)	.036	.776		.000
	N	20	20	20	20
Total	Pearson Correlation	.813**	.470*	.805**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.037	.000	
	N	20	20	20	20

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

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

2). Dimensi akses terhadap pelayanan

		Correlations				
		q1	q2	q3	q4	Total
q1	Pearson Correlation	1	.718**	.336	.177	.730**
	Sig. (2-tailed)		.000	.147	.454	.000
	N	20	20	20	20	20
q2	Pearson Correlation	.718**	1	.726**	.625**	.960**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.003	.000
	N	20	20	20	20	20
q3	Pearson Correlation	.336	.726**	1	.677**	.835**
	Sig. (2-tailed)	.147	.000		.001	.000
	N	20	20	20	20	20
q4	Pearson Correlation	.177	.625**	.677**	1	.706**
	Sig. (2-tailed)	.454	.003	.001		.001
	N	20	20	20	20	20

	Pearson Correlation	.730**	.960**	.835**	.706**	1
Total	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.001	
	N	20	20	20	20	20

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

3). Dimensi efektifitas

		q1	q2	q3	q4	Total
q1	Pearson Correlation	1	.798**	.343	.254	.877**
	Sig. (2-tailed)		.000	.139	.279	.000
	N	20	20	20	20	20
q2	Pearson Correlation	.798**	1	.226	.523*	.887**
	Sig. (2-tailed)	.000		.337	.018	.000
	N	20	20	20	20	20
q3	Pearson Correlation	.343	.226	1	.192	.580**
	Sig. (2-tailed)	.139	.337		.416	.007
	N	20	20	20	20	20
q4	Pearson Correlation	.254	.523*	.192	1	.574**
	Sig. (2-tailed)	.279	.018	.416		.008
	N	20	20	20	20	20
total	Pearson Correlation	.877**	.887**	.580**	.574**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.007	.008	
	N	20	20	20	20	20

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

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

4). Dimensi hubungan antar manusia

		q1	q2	q3	q4	total
q1	Pearson Correlation	1	.321	.588**	.377	.744**
	Sig. (2-tailed)		.168	.006	.101	.000
	N	20	20	20	20	20
q2	Pearson Correlation	.321	1	.546*	.662**	.773**
	Sig. (2-tailed)	.168		.013	.001	.000
	N	20	20	20	20	20
q3	Pearson Correlation	.588**	.546*	1	.728**	.869**
	Sig. (2-tailed)	.006	.013		.000	.000

	N	20	20	20	20	20
q4	Pearson Correlation	.377	.662**	.728**	1	.840**
	Sig. (2-tailed)	.101	.001	.000		.000
	N	20	20	20	20	20
Total	Pearson Correlation	.744**	.773**	.869**	.840**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	
	N	20	20	20	20	20

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

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

5). Dimensi efisiensi

Correlations

		q1	q2	Total
q1	Pearson Correlation	1	.291	.815**
	Sig. (2-tailed)		.213	.000
	N	20	20	20
q2	Pearson Correlation	.291	1	.791**
	Sig. (2-tailed)	.213		.000
	N	20	20	20
Total	Pearson Correlation	.815**	.791**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	
	N	20	20	20

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

6). Dimensi kelangsungan pelayanan

Correlations

		q1	q2	q3	total
q1	Pearson Correlation	1	.590**	.243	.903**
	Sig. (2-tailed)		.006	.303	.000
	N	20	20	20	20
q2	Pearson Correlation	.590**	1	.302	.823**
	Sig. (2-tailed)	.006		.196	.000
	N	20	20	20	20
q3	Pearson Correlation	.243	.302	1	.514*
	Sig. (2-tailed)	.303	.196		.020
	N	20	20	20	20
total	Pearson Correlation	.903**	.823**	.514*	1

Sig. (2-tailed)	.000	.000	.020	
N	20	20	20	20

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

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

7). Dimensi keamanan

	q1	q2	q3	total	
q1	Pearson Correlation	1	.502*	.524*	.806**
	Sig. (2-tailed)		.024	.018	.000
	N	20	20	20	20
q2	Pearson Correlation	.502*	1	.311	.846**
	Sig. (2-tailed)	.024		.182	.000
	N	20	20	20	20
q3	Pearson Correlation	.524*	.311	1	.705**
	Sig. (2-tailed)	.018	.182		.001
	N	20	20	20	20
Total	Pearson Correlation	.806**	.846**	.705**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.001	
	N	20	20	20	20

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

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

8). Dimensi kenyamanan

	q1	q2	q3	total	
q1	Pearson Correlation	1	.234	.714**	.884**
	Sig. (2-tailed)		.320	.000	.000
	N	20	20	20	20
q2	Pearson Correlation	.234	1	.000	.449*
	Sig. (2-tailed)	.320		1.000	.047
	N	20	20	20	20
q3	Pearson Correlation	.714**	.000	1	.857**
	Sig. (2-tailed)	.000	1.000		.000
	N	20	20	20	20
Total	Pearson Correlation	.884**	.449*	.857**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.047	.000	

N	20	20	20	20
---	----	----	----	----

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

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



b. Variabel Kepuasan

1). Kinerja

Correlations

	q1	q2	q3	q4	q5	q6	q7	q8	q9	q10	total
Pearson Correlation	1	.212	-.064	.168	.393	.469*	.140	.120	.079	.351	.445*
q1 Sig. (2-tailed)		.370	.787	.478	.087	.037	.555	.613	.741	.129	.049
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pearson Correlation	.212	1	.766**	.606**	.321	.383	.561*	.229	.684**	.561*	.747**
q2 Sig. (2-tailed)	.370		.000	.005	.168	.095	.010	.331	.001	.010	.000
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pearson Correlation	-.064	.766**	1	.606**	.464*	.383	.433	.229	.851**	.407	.691**
q3 Sig. (2-tailed)	.787	.000		.005	.040	.095	.056	.331	.000	.075	.001
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pearson Correlation	.168	.606**	.606**	1	.478*	.606**	.777**	.466*	.712**	.703**	.831**
q4 Sig. (2-tailed)	.478	.005	.005		.033	.005	.000	.038	.000	.001	.000
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pearson Correlation	.393	.321	.464*	.478*	1	.606**	.466*	.466*	.509*	.515*	.718**
q5 Sig. (2-tailed)	.087	.168	.040	.033		.005	.038	.038	.022	.020	.000
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pearson Correlation	.469*	.383	.383	.606**	.606**	1	.712**	.371	.486*	.579**	.777**
q6 Sig. (2-tailed)	.037	.095	.095	.005	.005		.000	.107	.030	.008	.000
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pearson Correlation	.140	.561*	.433	.777**	.466*	.712**	1	.500*	.509*	.536*	.768**
q7 Sig. (2-tailed)	.555	.010	.056	.000	.038	.000		.025	.022	.015	.000
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pearson Correlation	.120	.229	.229	.466*	.466*	.371	.500*	1	.655**	.704**	.619**
q8 Sig. (2-tailed)	.613	.331	.331	.038	.038	.107	.025		.002	.001	.004
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pearson Correlation	.079	.684**	.851**	.712**	.509*	.486*	.509*	.655**	1	.724**	.834**
q9 Sig. (2-tailed)	.741	.001	.000	.000	.022	.030	.022	.002		.000	.000
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pearson Correlation	.351	.561*	.407	.703**	.515*	.579**	.536*	.704**	.724**	1	.823**
q10 Sig. (2-tailed)	.129	.010	.075	.001	.020	.008	.015	.001	.000		.000
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pearson Correlation	.445*	.747**	.691**	.831**	.718**	.777**	.768**	.619**	.834**	.823**	1
total Sig. (2-tailed)	.049	.000	.001	.000	.000	.000	.000	.004	.000	.000	
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

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

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

2). Harapan

Correlations

	q1	q2	q3	q4	q5	q6	q7	q8	q9	q10	total
Pearson Correlation	1	.490*	.326	.608**	.608**	.277	.728**	.608**	.793**	.608**	.739**
q1 Sig. (2-tailed)		.028	.160	.004	.004	.238	.000	.004	.000	.004	.000
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pearson Correlation	.490*	1	.699**	.840**	.490*	.404	.577**	.840**	.667**	.840**	.866**
q2 Sig. (2-tailed)	.028		.001	.000	.028	.077	.008	.000	.001	.000	.000
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pearson Correlation	.326	.699**	1	.849**	.588**	.251	.162	.849**	.466*	.326	.710**
q3 Sig. (2-tailed)	.160	.001		.000	.006	.285	.496	.000	.038	.160	.000
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pearson Correlation	.608**	.840**	.849**	1	.608**	.277	.404	1.000**	.793**	.608**	.873**
q4 Sig. (2-tailed)	.004	.000	.000		.004	.238	.077	.000	.000	.004	.000
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pearson Correlation	.608**	.490*	.588**	.608**	1	.528*	.404	.608**	.793**	.608**	.783**
q5 Sig. (2-tailed)	.004	.028	.006	.004		.017	.077	.004	.000	.004	.000
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pearson Correlation	.277	.404	.251	.277	.528*	1	.726**	.277	.419	.528*	.631**
q6 Sig. (2-tailed)	.238	.077	.285	.238	.017		.000	.238	.066	.017	.003
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pearson Correlation	.728**	.577**	.162	.404	.404	.726**	1	.404	.577**	.728**	.731**
q7 Sig. (2-tailed)	.000	.008	.496	.077	.077	.000		.077	.008	.000	.000
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pearson Correlation	.608**	.840**	.849**	1.000**	.608**	.277	.404	1	.793**	.608**	.873**
q8 Sig. (2-tailed)	.004	.000	.000	.000	.004	.238	.077		.000	.004	.000
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pearson Correlation	.793**	.667**	.466*	.793**	.793**	.419	.577**	.793**	1	.793**	.871**
q9 Sig. (2-tailed)	.000	.001	.038	.000	.000	.066	.008	.000		.000	.000
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pearson Correlation	.608**	.840**	.326	.608**	.608**	.528*	.728**	.608**	.793**	1	.828**
q10 Sig. (2-tailed)	.004	.000	.160	.004	.004	.017	.000	.004	.000		.000
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pearson Correlation	.739**	.866**	.710**	.873**	.783**	.631**	.731**	.873**	.871**	.828**	1
total Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.003	.000	.000	.000	.000	
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

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

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

2. Uji Reliabilitas

a. Variabel mutu pelayanan

1). Dimensi kompetensi teknis

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.514	3

2). Dimensi akses terhadap playanan

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.821	4

3). Dimensi efektifitas

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.725	4

4). Dimensi hubungan antar manusia

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.802	4

5). Dimensi efisiensi

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.451	2

6). Dimensi kelangsungan pelayanan

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.617	3

7). Dimensi keamanan

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.660	3

8). Dimensi kenyamanan

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.576	3

b. Variabel Kepuasan

1). Kinerja

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.884	10

2). Harapan

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.920	10

Uji Chi-square 1

Kepuasan * Mutu * Status Crosstabulation

Status			Mutu		Total	
			Cukup baik	Baik		
JKN	Kepuasan	Kurang puas	Count	7	45	52
			Expected Count	5.3	46.7	52.0
			% of Total	10.1%	65.2%	75.4%
			Count	0	12	12
			Expected Count	1.2	10.8	12.0
			% of Total	0.0%	17.4%	17.4%
		Puas	Count	0	5	5
			Expected Count	.5	4.5	5.0
			% of Total	0.0%	7.2%	7.2%
		Sangat puas	Count	7	62	69
			Expected Count	7.0	62.0	69.0
			% of Total	10.1%	89.9%	100.0%
Umum	Kepuasan	Kurang puas	Count	2	14	16
			Expected Count	1.3	14.7	16.0
			% of Total	8.0%	56.0%	64.0%
			Count	0	6	6
			Expected Count	.5	5.5	6.0
			% of Total	0.0%	24.0%	24.0%
		Puas	Count	0	3	3
			Expected Count	.2	2.8	3.0
			% of Total	0.0%	12.0%	12.0%
		Sangat puas	Count	2	23	25
			Expected Count	2.0	23.0	25.0
			% of Total	8.0%	92.0%	100.0%

		Count	9	59	68
	Kurang puas	Expected Count	6.5	61.5	68.0
		% of Total	9.6%	62.8%	72.3%
Total	Kepuasan	Count	0	18	18
	Puas	Expected Count	1.7	16.3	18.0
		% of Total	0.0%	19.1%	19.1%
	Sangat puas	Count	0	8	8
		Expected Count	.8	7.2	8.0
		% of Total	0.0%	8.5%	8.5%
		Count	9	85	94
Total		Expected Count	9.0	85.0	94.0
		% of Total	9.6%	90.4%	100.0%

Chi-Square Tests

Status		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
JKN	Pearson Chi-Square	2.547 ^b	2	.280
	Likelihood Ratio	4.212	2	.122
	Linear-by-Linear Association	2.155	1	.142
	N of Valid Cases	69		
Umum	Pearson Chi-Square	1.223 ^c	2	.543
	Likelihood Ratio	1.882	2	.390
	Linear-by-Linear Association	.982	1	.322
	N of Valid Cases	25		
Total	Pearson Chi-Square	3.806 ^a	2	.149
	Likelihood Ratio	6.185	2	.045
	Linear-by-Linear Association	3.212	1	.073
	N of Valid Cases	94		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .77.

b. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .51.

c. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .24.

Uji *Chi-square 2*

Pemampatan_kepuasan * Mutu * Status Crosstabulation

Status			Mutu		Total	
			Cukup baik	Baik		
JKN	Pemampatan _kepuasan	Tidak puas	Count	7	45	52
			Expected Count	5.3	46.7	52.0
			% of Total	10.1%	65.2%	75.4%
	Puas		Count	0	17	17
			Expected Count	1.7	15.3	17.0
			% of Total	0.0%	24.6%	24.6%
	Total		Count	7	62	69
			Expected Count	7.0	62.0	69.0
			% of Total	10.1%	89.9%	100.0%
	Umum	Pemampatan _kepuasan	Tidak puas	Count	2	14
			Expected Count	1.3	14.7	16.0
			% of Total	8.0%	56.0%	64.0%
Puas			Count	0	9	9
			Expected Count	.7	8.3	9.0
			% of Total	0.0%	36.0%	36.0%
Total			Count	2	23	25
			Expected Count	2.0	23.0	25.0
			% of Total	8.0%	92.0%	100.0%
Total		Pemampatan _kepuasan	Tidak puas	Count	9	59
			Expected Count	6.5	61.5	68.0
			% of Total	9.6%	62.8%	72.3%
	Puas		Count	0	26	26
			Expected Count	2.5	23.5	26.0
			% of Total	0.0%	27.7%	27.7%
	Total		Count	9	85	94
			Expected Count	9.0	85.0	94.0
			% of Total	9.6%	90.4%	100.0%

Chi-Square Tests

Status		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
JKN	Pearson Chi-Square	2.547 ^c	1	.111		
	Continuity Correction ^b	1.284	1	.257		
	Likelihood Ratio	4.212	1	.040		
	Fisher's Exact Test				.181	.124
	Linear-by-Linear Association	2.510	1	.113		
	N of Valid Cases	69				
Umum	Pearson Chi-Square	1.223 ^d	1	.269		
	Continuity Correction ^b	.114	1	.735		
	Likelihood Ratio	1.882	1	.170		
	Fisher's Exact Test				.520	.400
	Linear-by-Linear Association	1.174	1	.279		
	N of Valid Cases	25				
Total	Pearson Chi-Square	3.806 ^a	1	.051		
	Continuity Correction ^b	2.430	1	.119		
	Likelihood Ratio	6.185	1	.013		
	Fisher's Exact Test				.059	.046
	Linear-by-Linear Association	3.765	1	.052		
	N of Valid Cases	94				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.49.

b. Computed only for a 2x2 table

c. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.72.

d. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .72.

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	3.754	1	.053
Mantel-Haenszel	2.325	1	.127

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
RUMAH SAKIT DAERAH dr. SOEBANDI JEMBER
Jl. Dr. Soebandi 124 Telp. (0331) 48744 – 422404 Fax. (0331) 487564
JEMBER



Jember, 16 Agustus 2016

Nomor : 423.4/2021/610/2016
Sifat : Penting
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada
Yth. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Jember
Jln. Kalimantan NO.39
Di-

JEMBER

Menindak lanjuti surat permohonan saudara Nomor :
2550/UN25.1.12/SP/2016 tanggal 08 Agustus 2016 perihal tersebut pada
pokok surat dengan ini kami sampaikan, bahwa pada prinsipnya kami
menyetujui permohonan saudara untuk **Ijin Penelitian** di RSD dr. Soebandi
Jember, kepada :

Nama : **R.Moh.Naufal Roby F.**
N I M : 122110101188
Fakultas : Kesehatan Masyarakat Univ.Jember
Judul Penelitian : Perbedaan kepuasan antara pasien peserta Jaminan
Kesehatan Nasional dengan umum berdasarkan mutu
pelayanan kesehatan di Instalasi Rawat Inap RSD dr.
Soebandi Jember.

Tanggal Penelitian : 18-8 s/d 18-9-2016.

Sebelum melaksanakan kegiatan tersebut harap berkoordinasi dengan
Bidang Diklat.

Demikian untuk diketahui,atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.



Tembusan Yth:

1. Wadir. Pelayanan
2. Kabid. Pelayanan
3. Kabid. Keperawatan
4. Ka. Inst. Rawat Inap



Gambar 1. Tampilan depan RSD dr. Soebandi



Gambar 2. Kantor Instalasi Rawat Inap



Gambar 3. Ruang Rawat Inap Seruni



Gambar 4. Ruang Rawat Inap Aster (Anak)



Gambar 5. Ruangan Rawat Inap



Gambar 6. Tempat Tidur Rawat Inap



Gambar 7. Ruang Tunggu Keluarga Rawat Inap



Gambar 8. Proses Wawancara dengan Responden