



**PENGARUH MUTU PELAYANAN TERHADAP KEPUASAN PASIEN
RAWAT JALAN DI INSTALASI FARMASI RSU KALIWATES**

TESIS

Oleh:

Hindun Mardiyana

152520102028

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PASCASARJANA
UNIVERSITAS JEMBER
TAHUN 2018**



**PENGARUH MUTU PELAYANAN TERHADAP KEPUASAN PASIEN
RAWAT JALAN DI INSTALASI FARMASI RSU KALIWATES**

TESIS

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan melengkapi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat (S2) dan mencapai gelar Magister Kesehatan

Oleh:

Hindun Mardiyana

152520102028

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PASCASARJANA
UNIVERSITAS JEMBER
TAHUN 2018**

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Hindun Mardiyana

NIM : 152520102028

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Tesis yang berjudul “*Pengaruh Mutu Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates*” merupakan :

1. Hasil karya yang dipersiapkan dan disusun sendiri
2. Belum pernah disampaikan untuk mendapatkan gelar pada program magister ini ataupun pada program lainnya. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan tesis ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun.

Jember, 30 Juli 2018

Yang Menyatakan,

Hindun Mardiyana

PERSEMBAHAN

Penulisan Tesis ini saya persembahkan kepada :

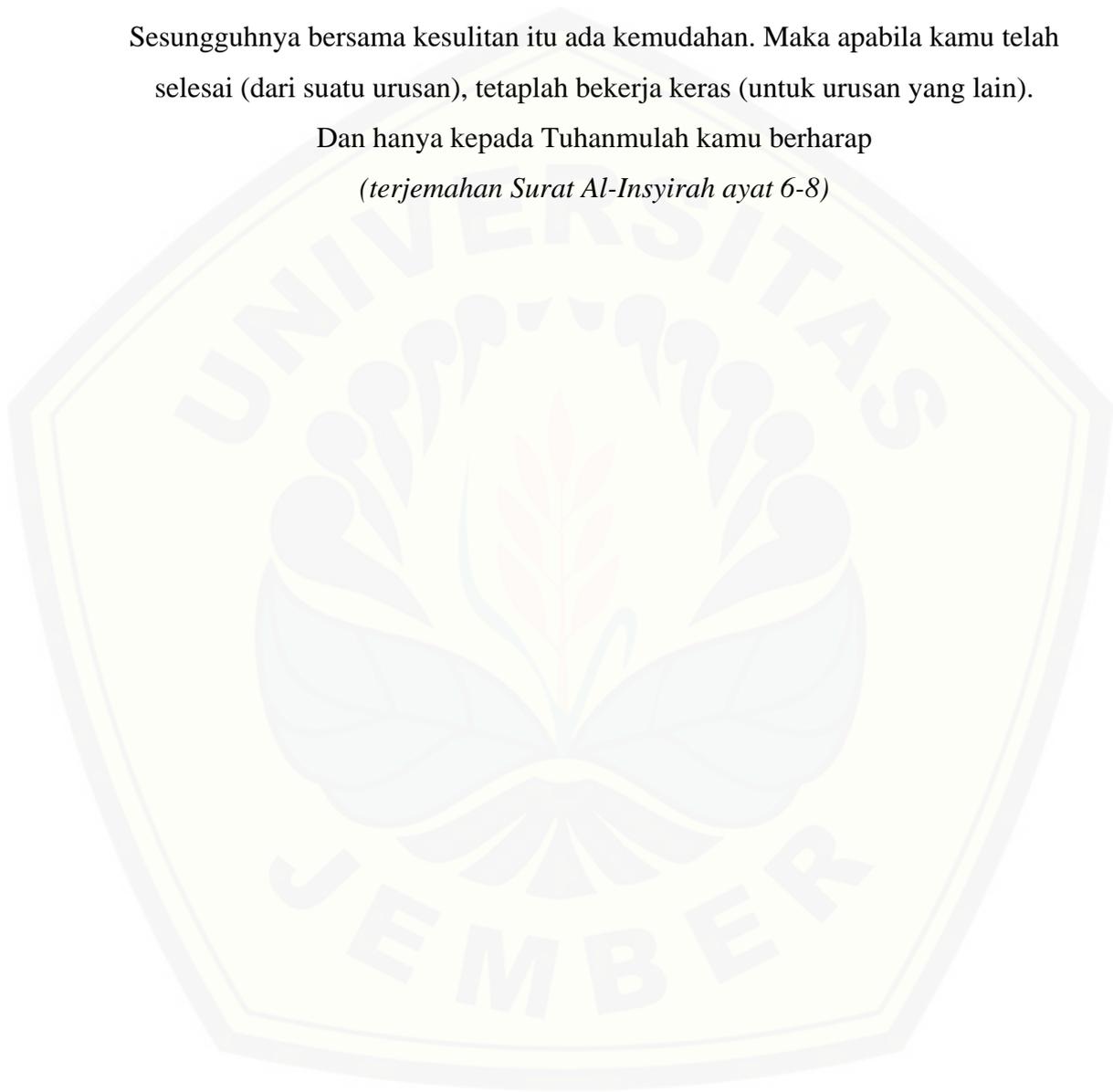
1. Ayahanda (alm) aba H. Moch Rasuk Rosyidi yang selama hidupnya selalu memberikan dorongan dan motivasi yang luar biasa agar senantiasa meningkatkan kemampuan diri.
2. Umi Hj Rosyidah atas doa, kasih sayang dan pengorbanan tiada batas yang tidak mungkin bisa saya balas sampai kapanpun.
3. Suamiku Handy Cahyono Raharjo, ST dan Anak-anakku (Reisya Alyana Darin & Muhammad Fairel Atharizz Calief) atas Cinta dan keihklasannya selama ini
4. Kakak ku tercinta Husnul Khotimah dan M. Nurdin Afandi atas doa dan suport nya
5. Teruntuk spesial keponakanku yang ganteng dan sholeh Alm. Muhammad Raihan Fahriansyah semoga bisa bertemu di syurga ya dek..
6. Bapak dan ibu mertua yang telah memberikan doa dan dukungan selama proses studi ini berlangsung.
7. Teman – teman almamater pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat 2015
8. Teman – teman PT Rolas Nusantara Medika yang tidak dapat saya sebutkan satu – per satu.

MOTTO

Sesungguhnya bersama kesulitan itu ada kemudahan. Maka apabila kamu telah selesai (dari suatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain).

Dan hanya kepada Tuhanmulah kamu berharap

(terjemahan Surat Al-Insyirah ayat 6-8)



Departemen Agama Republik Indonesia.2008. *Al Qur'an dan Terjemahannya*.
Bandung: CV Penerbit Diponegoro

PERSETUJUAN

Tesis berjudul “*Pengaruh Mutu Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates*” telah di setujui pada :

Hari : Senin
Tanggal : 30 Juli 2018
Tempat : Pascasarjana Universitas Jember

Dosen Pembimbing Utama,

Dosen Pembimbing Anggota,

Dr. Isa Ma'rufi SKM, M.Kes
NIP. 197509142008121002

Dr. Zarah Puspitaningtyas S.Sos., SE, M.Si
NIP.197902202002122001

PENGESAHAN

Tesis berjudul “*Pengaruh Mutu Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates*” karya Hindun Mardiyana NIM: 152520102028 telah memenuhi persyaratan keputusan Rektor Universitas Jember, Nomor: 16887/UN25/SP/2017, tanggal 01 November 2017, Tentang Deteksi Dini Tindakan Plagiasi Dan Pencegahan Plagiarisme Karya Ilmiah Dosen, Tenaga Kependidikan Dan Mahasiswa Universitas Jember dengan Submission ID 987236990 serta telah di uji dan di sahkan Pada :

Hari, tanggal : Senin, 30 Juli 2018

Tempat : Pascasarjana Universitas jember

Tim penguji :

Ketua

Dr. drg. Ristya Widi Endah Yani M.Kes

NIP. 19770405 200112 2 001

Sekretaris,

Anggota I,

Dr. Sebastiana Viphindrartin M.Kes

NIP.196411081989022001

Anggota II,

drg. Nur Cahyohadi, MARS

NIP. 19640912 199203 1 007

Anggota III,

Dr. Isa Ma'rufi S.KM., M.Kes

NIP. 19750914 200812 1 002

Dr. Zarah Puspitaningtyas. S.Sos, SE, M.Si

NIP. 19790220 200212 2 001

Mengesahkan,
Direktur Pascasarjana
Universitas Jember

Prof. Dr. Ir. Rudi Wibowo, MS.

NIP. 195207061976031006

PRAKATA

Penulis mengucapkan puji syukur atas kehadiran Allah SWT dan hidayah Nya yang telah dilimpahkan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan penulisan tesis ini. Penyusunan tesis ini dimaksudkan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program studi Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penulis menyadari dalam penulisan tesis ini masih banyak kekurangan yang disebabkan oleh keterbatasan kemampuan penulis. Alhamdulillah berkat pertolongan Allah SWT serta bimbingan semua pihak, akhirnya penulisan tesis ini dapat diselesaikan. Dalam penulisan tesis ini banyak pihak yang telah membantu secara langsung maupun tidak langsung. Sehingga pada kesempatan ini penulis mengungkapkan terima kasih yang sebesar – besarnya kepada :

1. Prof Dr. Ir. Rudi Wibowo, MS. Selaku Direktur Pascasarjana Universitas Jember
2. Dr. Isa Ma'rufi SKM, M.Kes selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Jember sekaligus sebagai dosen pembimbing utama yang telah memberikan banyak arahan dan saran sehingga proposal tesis ini bisa diselesaikan.
3. Dr. Zarah Puspitaningtyas S.Sos, SE, M.Si selaku dosen pembimbing anggota yang telah banyak memberikan bimbingan dan masukan sehingga proposal tesis ini bisa diselesaikan.
4. Seluruh dosen penguji drg Ristya, Bu pipin, drg cahyo atas bimbingan yang luar biasa sehingga penulis mampu menyelesaikan tesis ini
5. Seluruh staf Program Studi Pasca Sarja Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
6. Direktur PT Rolas Nusantara Medika beserta staf atas dukungan terhadap proses penyelesaian tesis ini.
7. Makrup M.Kes selaku Kepala Divisi SDM, IT dan Pengadaan PT Rolas Nusantara Medika

8. Kepala Rumah Sakit Kaliwates dan rekan – rekan instalasi farmasi RSU Kaliwates atas ijin dan dukungan terhadap proses penyelesaian tesis ini
9. Teman – teman pascasarjana ilmu kesehatan masyarakat Universitas Jember angkatan 2015.

Dengan segala kemampuan dan pengetahuan serta pengalaman yang penulis miliki, maka saran dan kritik sangat diharapkan demi kesempurnaan tesis ini dan pengembangan penulisan yang akan datang.

Jember, 30 Juli 2018

Penulis



RINGKASAN

Pengaruh Mutu Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates; Hindun Mardiyana; 15252012028; 2018; Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Pasca Sarjana Universitas Jember.

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Rumah Sakit harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan, prasarana, sumber daya manusia, kefarmasian, dan peralatan. Persyaratan kefarmasian tersebut antara lain harus menjamin ketersediaan sediaan farmasi dan alat kesehatan yang bermutu, bermanfaat, aman dan terjangkau, kedua adalah pelayanan sediaan farmasi di Rumah Sakit harus mengikuti standar pelayanan kefarmasian, ketiga adalah pengelolaan alat kesehatan, sediaan farmasi, dan bahan habis pakai di Rumah Sakit harus dilakukan oleh Instalasi farmasi sistem satu pintu dan yang terakhir besaran harga perbekalan farmasi pada instalasi farmasi Rumah Sakit harus wajar dan berpatokan kepada harga patokan yang ditetapkan Pemerintah. Seiring dengan peningkatan jumlah peserta JKN maka tuntutan pasien dan masyarakat akan peningkatan mutu pelayanan kefarmasian, mengharuskan adanya perluasan dari paradigma lama yang berorientasi kepada produk (*drug oriented*) menjadi paradigma baru yang berorientasi pada pasien (*patient oriented*) dengan filosofi pelayanan kefarmasian (*pharmaceutical care*). Ketidakpuasan pasien timbul karena terjadinya kesenjangan antara harapan pasien dengan kinerja layanan kesehatan yang dirasakannya sewaktu menggunakan layanan kesehatan.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh mutu pelayanan terhadap kepuasan pasien Rawat jalan di Instalasi Farmasi. Penelitian ini bertempat di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates Jember. Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan desain penelitian *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan pada September 2017 sampai Januari 2018. Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan teknik *accidental sampling* dengan kriteria bersedia dijadikan subyek penelitian, adalah pasien rawat jalan dengan

status pembiayaan Non JKN dan JKN BPJS Kesehatan. Berdasarkan kriteria tersebut diperoleh sampel sebanyak 110 pasien. Teknik pengumpulan data pada penelitian ini dengan wawancara dan dokumentasi. Selanjutnya data dianalisis menggunakan analisis regresi linier sederhana dengan $\alpha = 0,05$ untuk mengetahui hubungan antara variabel terikat dengan variabel bebas dan Analisis Independen t-test untuk mengetahui apakah ada perbedaan antara kepuasan pasien Jaminan Kesehatan Nasional dan Non Jaminan Kesehatan Nasional. Hasil penelitian ini yaitu responden dengan status pembiayaan Non JKN lebih banyak yaitu 81,8% daripada peserta JKN BPJS 18,2%. Mutu pelayanan dengan nilai baik terbanyak pada status JKN yaitu 50%. Nilai cukup terbanyak pada status pembiayaan Non JKN yaitu 71.1%. Nilai kurang terbanyak pada status pembiayaan Non JKN yaitu 2,2%. Tingkat Kepuasan yang diperoleh responden dengan status pembiayaan Non JKN yaitu 0% tidak puas, 95,6% cukup puas dan 4,4% yang merasa puas. Untuk responden dengan status pembiayaan BPJS yaitu 5% tidak puas, 80% cukup puas dan 15% puas. Nilai cukup puas terbanyak pada status pembiayaan Non JKN yaitu 95.6%. Penelitian menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara mutu pelayanan terhadap kepuasan pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates dan Tidak Terdapat perbedaan yang signifikan antara Kepuasan Pasien Non JKN dan JKN rawat jalan di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates. Berdasarkan kesimpulan diatas saran yang perlu dipertimbangkan oleh pihak-pihak terkait dalam kaitannya dengan hubungan mutu pelayanan dengan kepuasan pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates. Berdasarkan hasil penelitian maka saran yang diberikan kepada pemberi pelayanan dalam hal ini RSUD Kaliwates yaitu Meningkatkan kinerja pelayanan kesehatan terutama di layanan Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates dengan cara melakukan pengawasan dan evaluasi secara berkala terhadap pelaksanaan pelayanan yang diberikan, melakukan evaluasi dan Pembinaan SDM, melakukan perbaikan sarana dan prasarana di Instalasi Farmasi Rawat Jalan RSUD Kaliwates.

Kata kunci: Instalasi Farmasi, Kepuasan Pasien, Mutu pelayanan

SUMMARY

The Influence of Quality of Service to Satisfaction of Patient Outside in Pharmacy Installation of Kaliwates Hospital; Hindun Mardiyana; 15252012028; 2018; Postgraduate Studies Program of Public Health University of Jember.

Hospital is a full-service private health service institution that provides inpatient, outpatient and emergency care services. Hospitals must meet the requirements of location, building, infrastructure, human resources, pharmaceutical, and equipment. The pharmacy requirements must, among other things, ensure the availability of pharmaceutical supplies and quality, beneficial, safe and affordable medical devices, secondly the pharmaceutical service providers in hospitals must follow the standard of pharmaceutical services; third is the management of medical devices, pharmaceutical preparations and consumables Hospitals should be undertaken by a one-door system pharmacy installation and lastly the price of pharmaceutical supplies at a hospital pharmaceutical installation should be reasonable and based on the benchmark price set by the Government. Along with the increasing number of participants JKN hence the demands of patients and the public will improve the quality of pharmaceutical services, requires the extension of the old paradigm that is oriented to the product (drug oriented) into a newparagdimapatient orientedwithphilosophy (pharmaceutical carepharmaceutical care) . The patient's discontent arises from the gap between the patient's expectations and the health-care performance he / she feels while using the health service.

This study aims to determine the effect of service quality on patient satisfaction Outpatient in Pharmacy Installation. This research took place at Pharmacy Installation of Kaliwates Hospital Jember. This research is an observational analytic research withresearch design cross sectional. This research was conducted in September 2017 until January 2018. Sampling in this study was conducted by accidental sampling technique with the criteria willing to be subjected to research, is an outpatient with the status of non-JKN and JKN BPJS Health financing. Based on these criteria obtained sample of 110 patients. Data

collection techniques in this study with interviews and documentation. Further data were analyzed using simple linear regression analysis with $\alpha = 0,05$ to know the relation between dependent variable with independent variable and independent t-test to know whether there is difference between patient satisfaction of National Health Insurance and Non National Health Security. The result of this research is respondent with Non JKN financing status more that is 81,8% than JKN BPJS 18,2%. The quality of service with the highest value in JKN status is 50%. The highest value of non-JKN financing is 71.1%. The greatest value of non-JKN financing is 2.2%. Satisfaction level obtained by respondents with Non JKN financing status is 0% not satisfied, 95,6% satisfied and 4,4% are satisfied. For respondents with the status of BPJS financing is 5% not satisfied, 80% quite satisfied and 15% satisfied. The most satisfied is the non-JKN financing which is 95.6%. Research shows that there is a significant influence between the quality of service to outpatient satisfaction in Pharmacy Installation of Kaliwates Hospital and No There is a significant difference between Non-JKN Patient Satisfaction and Outpatient JKN at Pharmacy Installation of Kaliwates Hospital. Based on the above conclusions suggestions that need to be considered by the relevant parties in relation to the relationship of service quality with outpatient satisfaction in Pharmacy Installation of Kaliwates Hospital. Based on the result of the research, the suggestion given to the service provider in this case Kaliwates Public Hospital is to improve the performance of health service especially in Pharmacy Installation Service of Kaliwates General Hospital by way of monitoring and evaluating periodically towards the implementation of the service, evaluating and developing human resources, and infrastructure at Outpatient Pharmacy Installation of Kaliwates Hospital.

Keywords: Pharmacy Installation, Patient Satisfaction, Quality of Service

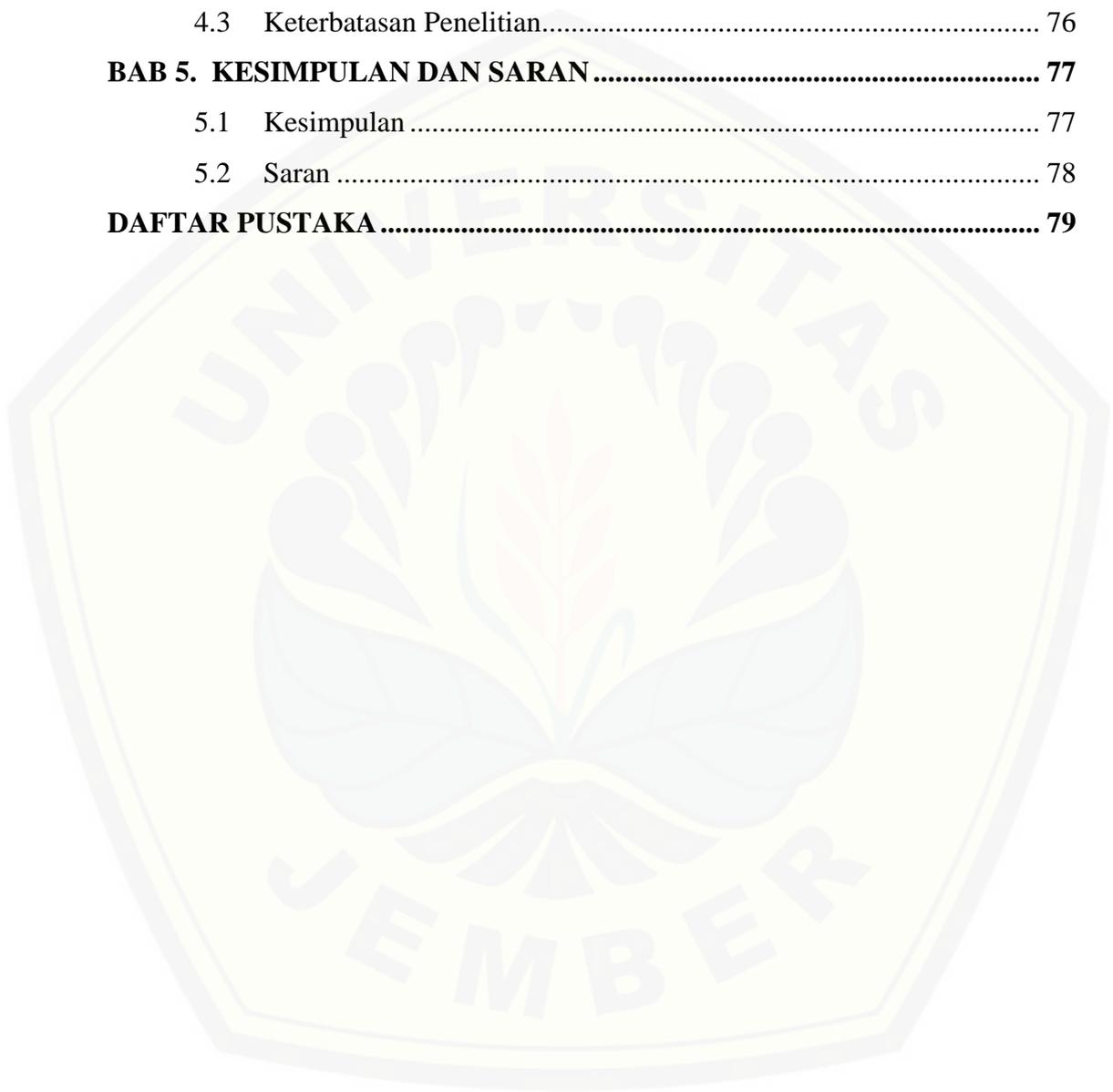
DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERNYATAAN.....	iii
PERSEMBAHAN.....	iv
MOTTO	v
PERSETUJUAN.....	vi
PENGESAHAN	vii
PRAKATA	viii
RINGKASAN	x
SUMMARY	xii
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR GAMBAR.....	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI.....	xxi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	7
1.3 Tujuan dan Manfaat Penelitian	7
1.3.1 Tujuan Umum.....	7
1.3.2 Tujuan Khusus.....	7
1.4 Manfaat Penelitian	8
1.4.1 Manfaat Teoretis.....	8
1.4.2 Manfaat Praktis.....	8
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Kepuasan Pasien	9
2.1.1 Pengertian Kepuasan Pasien.....	9
2.1.2 Metode Pengukuran Kepuasan	10

2.2	Mutu Pelayanan	13
2.2.1	Pengertian Mutu Pelayanan.....	13
2.2.2	Dimensi Mutu Pelayanan	15
2.2.3	Penjaminan Mutu	20
2.3	Organisasi Rumah Sakit.....	21
2.3.1	Pengertian Rumah Sakit	21
2.3.2	Tugas dan Fungsi Rumah Sakit.....	22
2.3.3	Klasifikasi Rumah Sakit.....	23
2.3.4	Rawat Jalan Rumah Sakit.....	24
2.3.5	Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS).....	25
2.4	Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	33
2.4.1	Pengertian.....	33
2.4.2	Prinsip JKN	34
2.4.3	Manfaat dan Cakupan pelayanan JKN	35
2.4.4	Pembiayaan Pelayanan Kesehatan oleh BPJS Kesehatan	41
2.5	Penelitian Terdahulu	41
2.6	<i>Research Gap</i>	45
2.7	Kerangka Teori	46
2.8	Kerangka Konseptual.....	47
2.9	Hipotesis Penelitian	48
BAB 3. METODE PENELITIAN		47
3.1	Jenis Penelitian	47
3.2	Tempat dan Waktu Penelitian.....	47
3.2.1	Tempat Penelitian.....	47
3.2.2	Waktu Penelitian	47
3.3	Populasi dan Sampel Penelitian	48
3.3.1	Populasi Penelitian	48
3.3.2	Sampel dan Besar Sampel	48
3.3.3	Teknik Pengambilan Sampel.....	50
3.4	Variabel dan Definisi Operasional.....	50
3.4.1	Variabel	50

3.4.2	Definisi Operasional.....	51
3.5	Data dan Sumber Data Penelitian.....	55
3.5.1	Data Primer.....	55
3.5.2	Data Sekunder.....	55
3.6	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data.....	55
3.6.1	Teknik Pengumpulan Data.....	55
3.6.2	Instrumen Pengumpulan Data.....	56
3.7	Pengolahan Dan Analisis Data.....	57
3.7.1	Teknik Pengolahan Data.....	57
3.7.2	Teknik Analisis Data.....	58
3.8	Etika Penelitian.....	59
3.9	Alur Penelitian.....	61
BAB 4.	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	60
4.1	Hasil Penelitian.....	60
4.1.1	Identifikasi Faktor individu meliputi usia, status pembiayaan kesehatan, riwayat penyakit pasien JKN dan pasien Non JKN rawat jalan di Instalasi farmasi RSUD Kaliwates.....	60
4.1.2	Mutu pelayanan pasien rawat jalan JKN dan Non-JKN di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates.....	61
4.1.3	Kepuasan pasien rawat jalan di Instalasi farmasi RSUD Kaliwates.....	65
4.1.4	Pengaruh Mutu Pelayanan Dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates.....	65
4.1.5	Perbedaan Kepuasan Pasien Rawat Jalan JKN dan Non JKN di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates.....	67
4.2	Pembahasan.....	68
4.2.1	Menggambarkan mutu pelayanan pasien rawat jalan JKN dan Non-JKN di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates.....	68
4.2.2	Menggambarkan tingkat kepuasan pasien rawat jalan di Instalasi farmasi RSUD Kaliwates.....	71

4.2.3 Menganalisis pengaruh mutu pelayanan terhadap kepuasan pasien rawat jalan di Instalasi farmasi RSUD Kaliwates	73
4.2.4 Menganalisis perbedaan kepuasan pasien rawat jalan JKN dan pasien Non JKN di Instalasi farmasi RSUD Kaliwates	75
4.3 Keterbatasan Penelitian.....	76
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	77
5.1 Kesimpulan	77
5.2 Saran	78
DAFTAR PUSTAKA	79

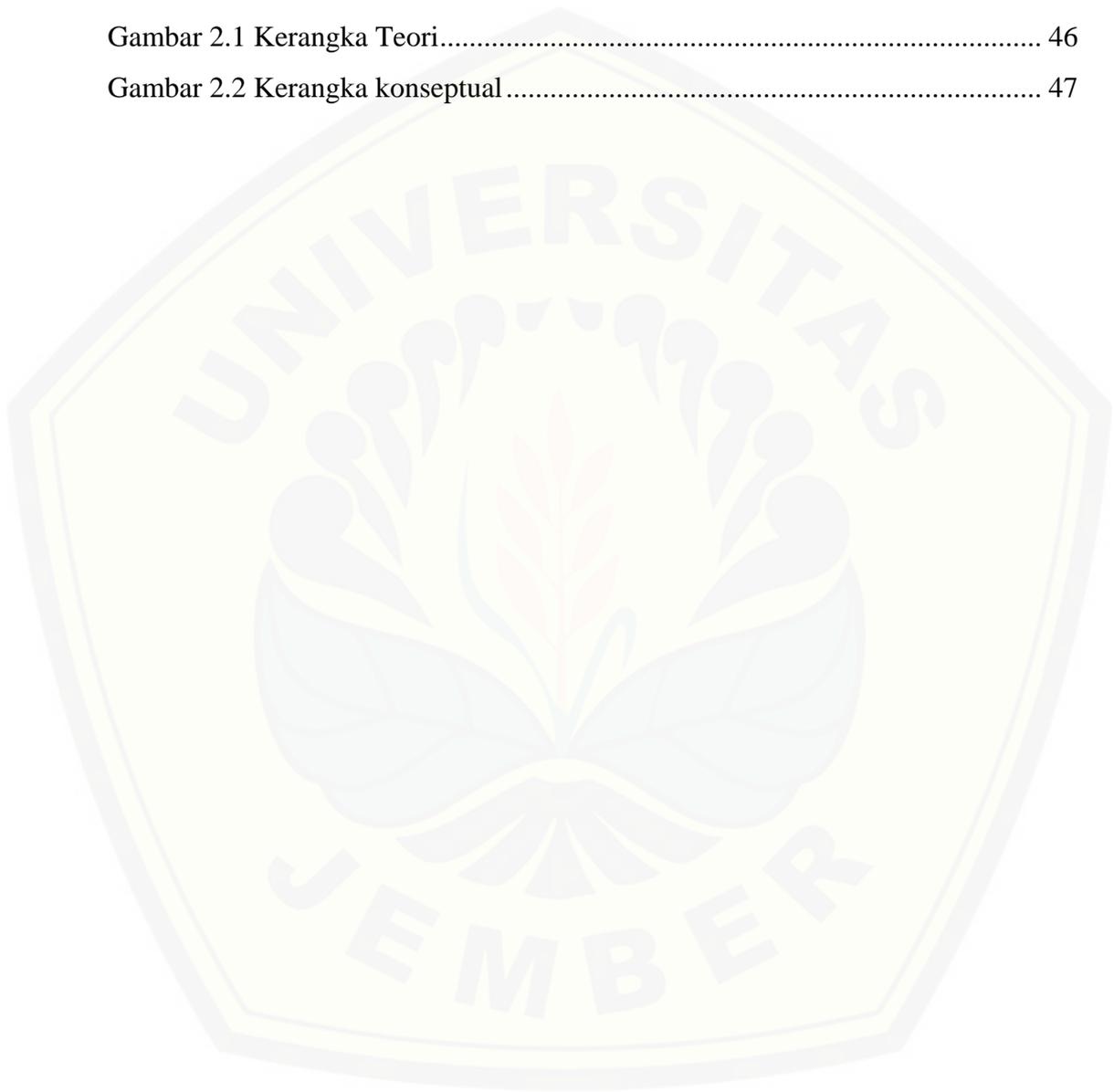


DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan RSUD Kaliwates.....	4
Tabel 1.2 Jumlah Resep Rawat Jalan Di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates.....	5
Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu	42
Tabel 3.1 Jumlah sampel tiap status pembiayaan pasien	49
Tabel 3.2 Definisi operasional	51
Tabel Tabel 4.1 Karakteristik responden	60
Tabel 4.2 Mutu Pelayanan dimensi Keandalan (<i>Reliability</i>)	61
Tabel 4.3 Mutu Pelayanan dimensi Bukti Fisik (<i>Tangible</i>).....	62
Tabel 4.4 Mutu Pelayanan dimensi Jaminan (<i>Assurance</i>).....	62
Tabel 4.5 Mutu Pelayanan dimensi Ketanggapan (<i>Responsiveness</i>)	63
Tabel 4.6 Mutu Pelayanan dimensi <i>Emphaty</i>	64
Tabel 4.7 Mutu Pelayanan Pasien Secara Total.....	64
Tabel 4.8 Tingkat Kepuasan Responden.....	65
Tabel 4.9 Pengaruh Mutu Pelayanan terhadap Kepuasan pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates.....	66
Tabel 4.10 Koefisien Pengaruh mutu pelayanan terhadap kepuasan pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates	66
Tabel 4.11 Model Summary Pengaruh mutu pelayanan terhadap kepuasan pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates	67
Tabel 4.12 Hasil Uji Independent Sampel t-test	67

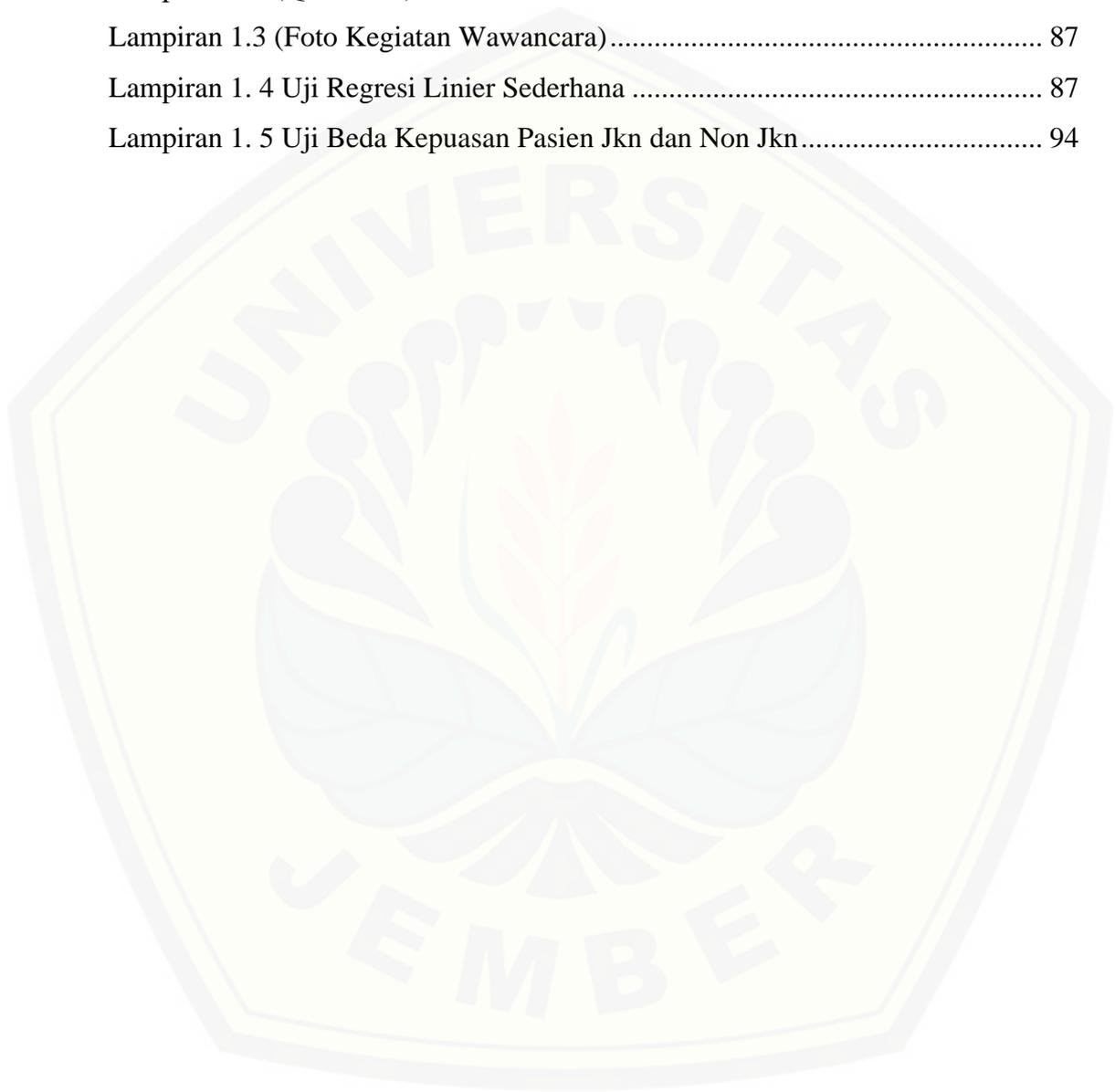
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	46
Gambar 2.2 Kerangka konseptual.....	47



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.1 (Informed Consent).....	83
Lampiran 1.2 (Quesioner)	84
Lampiran 1.3 (Foto Kegiatan Wawancara).....	87
Lampiran 1. 4 Uji Regresi Linier Sederhana	87
Lampiran 1. 5 Uji Beda Kepuasan Pasien Jkn dan Non Jkn.....	94



DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI

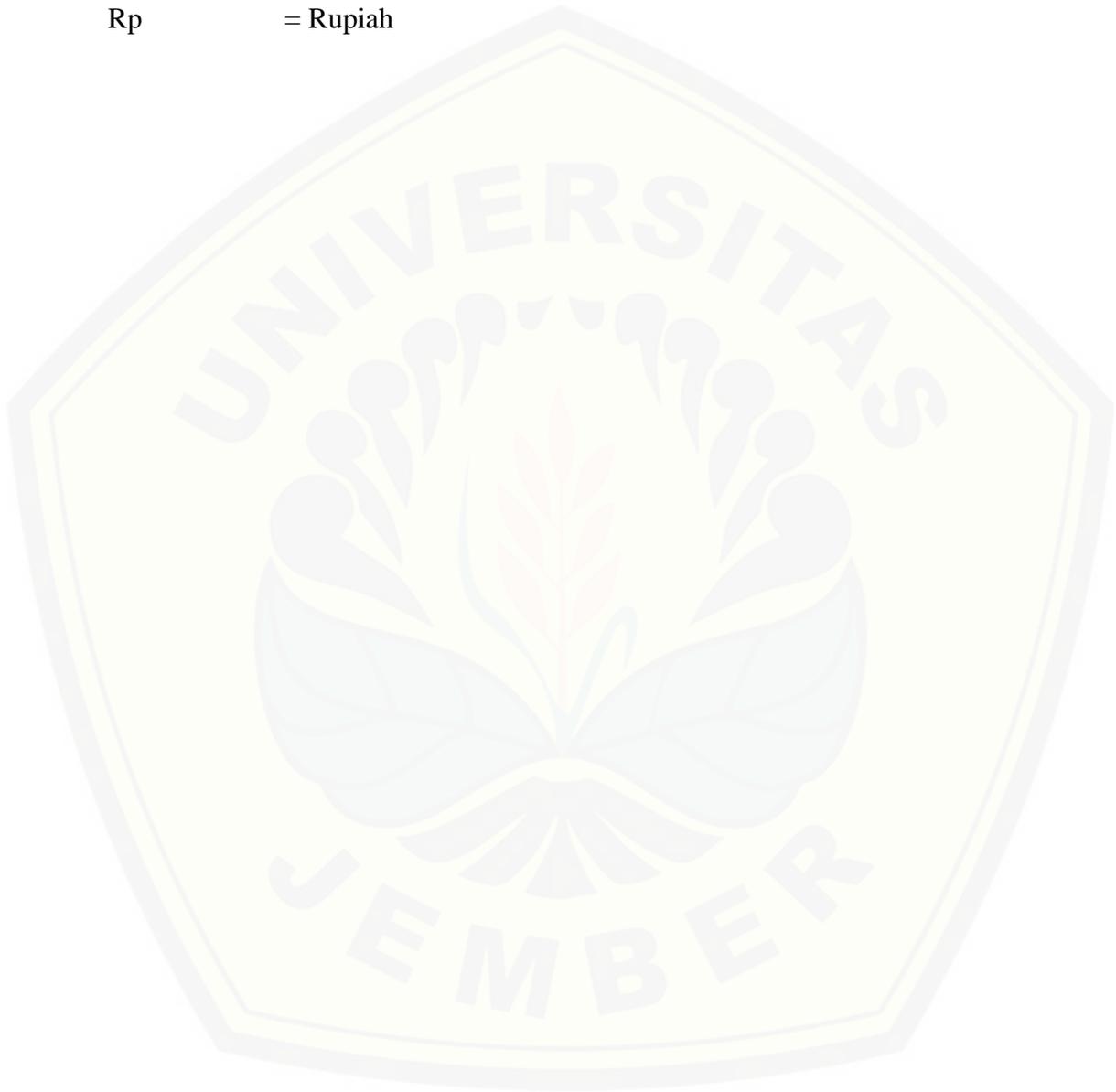
Daftar Singkatan

RSU	= Rumah Sakit Umum
JKN	= Jaminan Kesehatan nasional
BPJS	= Badan penyelenggara Jaminan Sosial
IFRS	= Instalasi Farmasi Rumah Sakit
INA CBG	= <i>Indonesian Casemix Based Group</i>
PBI	= Penerima Bantuan Iuran
RJTP	= Rawat Jalan Tingkat Pertama
RJTL	= Rawat Jalan Tingkat Lanjut
SJSN	= Sistem Jaminan Sosial Nasional
TTK	= Tenaga Teknik Kefarmasian
Permenkes	= Peraturan Menteri Kesehatan
ISO	= <i>International Organization for Standardization</i>

Daftar Notasi

>	= lebih dari
<	= kurang dari
\geq	= lebih dari sama dengan
\leq	= kurang dari sama dengan
\pm	= kurang lebih
%	= persen
/	= atau, per
&	= dan
m	= meter
Hz	= hertz
g	= grafitasi
=	= sama dengan
H_0	= hipotesis nihil
p	= <i>p-value</i> ; menunjukkan hasil analisis berdasarkan uji statistik

n	= jumlah
α	= alfa, taraf signifikansi
(= buka kurung
)	= tutup kurun
Rp	= Rupiah



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kepuasan merupakan upaya pemenuhan sesuatu atau membuat sesuatu yang memadai. Kepuasan pasien merupakan tingkat perasaan pasien yang timbul sebagai akibat dari kinerja pelayanan kesehatan yang telah diperolehnya setelah pasien membandingkannya dengan apa yang diharapkannya. Kepuasan pelayanan dipengaruhi salah satunya oleh mutu pelayanan kesehatan (Pohan, 2007). Kepuasan pasien terhadap pelayanan sangat tergantung pada mutu produk suatu pelayanan termasuk pada pelayanan kesehatan.

Menurut Bustami (2011) mutu pelayanan kesehatan itu sendiri adalah kesesuaian pelayanan kesehatan dengan standar profesi dengan memanfaatkan sumber daya yang ada dengan baik, sehingga semua kebutuhan pelanggan dan tujuan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal dapat tercapai. Hal ini tidak ringan karena peningkatan mutu tersebut bukan hanya untuk rumah sakit saja tetapi berlaku untuk semua tingkatan pelayanan kesehatan mulai dari Puskesmas Pembantu dan Puskesmas, baik di fasilitas pemerintahan maupun swasta (Azwar, 2009).

Kepuasan pasien dalam menilai mutu atau pelayanan yang baik merupakan pengukuran yang penting yang mendasar bagi mutu pelayanan. Hal ini akan memberikan informasi terhadap suksesnya pemberi pelayanan bermutu dengan nilai dan harapan pasien yang mempunyai wewenang sendiri untuk menetapkan standar mutu pelayanan yang di kehendaki. Menurut Supriyanto (2010) kepuasan pasien adalah perasaan senang karena jasa (pelayanan) yang diterima sesuai dengan harapan. Keberhasilan yang diperoleh suatu layanan kesehatan dalam meningkatkan mutu pelayanannya sangat berhubungan erat dengan kepuasan pasien. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Supartiningsih (2017) dijelaskan bahwa kepuasan pasien merupakan cerminan pelayanan kesehatan yang mereka terima. Manajemen suatu pelayanan kesehatan perlu

menganalisis sejauh mana mutu pelayanan yang diberikan. Seiring dengan banyaknya pelayanan kesehatan yang telah berdiri dan memberikan berbagai macam alternatif kepada konsumennya, untuk memilih sesuai dengan harapan yang menyebabkan persaingan yang ketat. Umumnya penelitian mengenai kepuasan pasien dilakukan dengan cara metode survei, baik melalui pos, telepon atau wawancara pribadi. Keuntungannya, provider akan memperoleh tanggapan dan umpan balik secara langsung dari pelanggan juga sekaligus memberikan sinyal positif bahwa provider memberi perhatian kepada pasiennya (Gerson, 2001).

Rumah Sakit adalah bagian dari fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL), dalam UU No 44 tahun 2009 dijelaskan bahwa Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Rumah Sakit harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan, prasarana, sumber daya manusia, kefarmasian, dan peralatan. Persyaratan kefarmasian tersebut antara lain harus menjamin ketersediaan sediaan farmasi dan alat kesehatan yang bermutu, bermanfaat, aman dan terjangkau, kedua adalah pelayanan sediaan farmasi di Rumah Sakit harus mengikuti standar pelayanan kefarmasian, ketiga adalah pengelolaan alat kesehatan, sediaan farmasi, dan bahan habis pakai di Rumah Sakit harus dilakukan oleh Instalasi farmasi sistem satu pintu dan yang terakhir besaran harga perbekalan farmasi pada instalasi farmasi Rumah Sakit harus wajar dan berpatokan kepada harga patokan yang ditetapkan Pemerintah.

Perkembangan terakhir menunjukkan bahwa masyarakat pengguna pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta semakin menuntut pelayanan yang bermutu. Tak dapat dipungkiri bahwa kini pasien semakin kritis terhadap pelayanan kesehatan dan menuntut keamanannya (Efendi, 2009). Pelayanan kesehatan yang belum sesuai dengan harapan pelanggan atau pasien maka diharapkan menjadi masukan bagi organisasi pelayanan kesehatan agar berupaya memenuhinya. Jika kinerja layanan kesehatan yang diperoleh pasien pada suatu fasilitas layanan kesehatan sesuai dengan harapannya, pasien pasti akan selalu datang berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan tersebut. Pasien akan selalu

mencari pelayanan kesehatan di fasilitas yang kinerja pelayanan kesehatannya dapat memenuhi harapan pasien (Pohan, 2007). Berbagai fakta menunjukkan adanya masalah serius dalam mutu pelayanan kesehatan di Indonesia, karena belum adanya sistem pengendali mutu yang terbaik yang dapat diterapkan. Pemahaman secara lebih mendalam tentang *good governance* merupakan salah satu upaya terhadap perwujudan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu (Azwar, 2009).

Rumah Sakit Umum Kaliwates Jember semula adalah Balai Kesehatan dan Rumah Bersalin yang didirikan oleh Perusahaan Perkebunan Milik Negara (BUMN) PT.Perkebunan XXVI (PERSERO) Jember pada tanggal 27 November 1967. Dalam perkembangannya perusahaan melakukan terobosan kearah pengembangan usaha dengan merubah status Balai Kesehatan menjadi Rumah Sakit Bersalin dan Balai Kesehatan Kaliwates pada tanggal 15 Desember 1986.

Tuntutan perkembangan rumah sakit makin besar seiring dengan perubahan era, sehingga melalui Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Daerah Tingkat I Jawa Timur No. 188.4/3822/15.4/1991 tanggal 9 April 1991 Rumah Sakit Bersalin dan Balai Kesehatan Kaliwates berubah status menjadi Rumah Sakit Anak dan Bersalin Kaliwates. Setelah berjalan selama 3 tahun, Rumah Sakit Anak dan Bersalin Kaliwates mendapat ijin operasional untuk menjadi Rumah Sakit Umum Kaliwates dibawah pengelolaan PT Perkebunan Nusantara XII (PERSERO) melalui Surat Keputusan Kepala Dinas Propinsi Tingkat I Jawa Timur Nomor 1884/1154/1993 tanggal 31 Desember 1993, ditetapkan di Surabaya kemudian dikokohkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.YM 02.04.3.5.2547 tanggal 2 juni 1999, tentang Pemberian Ijin Tetap kepada PT Perkebunan Nusantara XII (PERSERO) untuk menyelenggarakan Rumah Sakit Umum dengan nama rumah sakit umum kaliwates (RSU Kaliwates) yang berkedudukan di Jalan Diah Pitaloka No.4 A Jember, Jawa Timur. Sesuai tuntutan undang – undang yang mengharuskan Rumah Sakit berbadan hukum sendiri maka sejak tanggal 1 Februari 2012 RSU Kaliwates yang semula dibawah naungan direksi PT. Perkebunan Nusantara XII (Persero) berubah status kepemilikan PT. Rolas Nusantara Medika menjadi salah satu anak perusahaan PTPN, tertuang

dalam akta notaris Habib Adjie,SH.,M.Hum. No.02 tahun 2012.

Program pemerintah dalam pengelolaan JKN didukung oleh RSU Kaliwates dengan bekerjasama dalam pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjut bagi peserta program JKN BPJS Kesehatan sejak tahun 2014 hingga sekarang. RSU Kaliwates memiliki instalasi farmasi yang dibagi menjadi dua depo yaitu depo rawat inap dan depo rawat jalan yang di kepalai oleh seorang Apoteker. Berdasarkan data laporan manajemen RSU Kaliwates tahun 2016 diketahui bahwa jumlah semua pengunjung rawat jalan di RSU Kaliwates pada Januari sampai dengan Desember tahun 2016 adalah sebesar 37.069 orang (pasien).

Tabel 1.1 Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan RSU Kaliwates

No.	Rawat jalan	Status Pembiayaan Pasien			Jumlah
		JKN Kesehatan	BPJS Umum	Mitra lain	
1.	IGD	138	2615	229	2982
2.	Poli Umum	5	712	2613	3330
3.	Poli Gigi	83	408	692	1183
4.	Poli Anak	60	626	6	692
5.	Poli Obgin	174	4967	19	5160
6.	Poli Bedah	156	797	10	963
7.	Poli Mata	447	1484	7	1938
8.	Poli THT	30	164	1	195
9.	Poli Kulit & Kelamin	58	240	4	302
10.	Poli Syaraf	231	531	0	762
11.	Poli Orthopedi	182	808	26	1016
12.	Poli Jantung	565	1613	0	2178
13.	Poli Paru	229	402	0	631
14.	Poli Penyakit Dalam	834	8067	1	8902
15.	Poli Urologi	54	105	0	159
16.	Hemodialisa	1883	161	22	2066
17.	Poli kamar bersalin (KIA)	75	369	8	452
18.	Poli rehab medik dan fisioterapi	1204	800	1118	3122
19.	Kamar operasi umum	341	406	35	782
20.	Kamar operasi kandungan	139	113	2	254

Tabel 1.2 Jumlah Kunjgan pasien Berlanjut Ke Halaman 5

No.	Rawat jalan	Status Pembiayaan Pasien				Jumlah
		JKN Kesehatan	BPJS	Umum	Mitra lain	
	Total	6888		25388	4793	37069

Sumber : Laporan Manajemen RSUD Kaliwates Tahun 2016

Pelayanan resep yang dilayani di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates selama tahun 2016 sejumlah 38.444 lembar untuk rawat jalan dan 41.308 lembar untuk rawat inap . Sedangkan pendapatan farmasi mencapai Rp 20.974.003.408 yaitu hampir 40% dari total pendapatan rumah sakit selama tahun 2016.

Tabel 1.2 Jumlah Resep Rawat jalan Di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates

No.	Bulan	Jumlah Resep (Lembar)
1.	Januari	2599
2.	Februari	2942
3.	Maret	2942
4.	April	2770
5.	Mei	3903
6.	Juni	2752
7.	Juli	3746
8.	Agustus	3354
9.	September	3117
10.	Oktober	3201
11.	Nopember	3643
12.	Desember	3473
	Jumlah Total	38.444

Sumber : Laporan Manajemen RSUD Kaliwates Tahun 2016

Seiring peningkatan jumlah peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang telah mencapai 174.653.763 orang (data per 1 Maret 2017 pada website resmi BPJS Kesehatan), rumah sakit berbondong – bondong menjalin kerjasama pelayanan kesehatan tingkat lanjut dengan BPJS Kesehatan dan sampai saat ini sudah mencapai 1.943 rumah sakit dengan berbagai macam kelas diseluruh

Indonesia. Menurut Thabrany (2014) dengan pembayaran sistem kapitasi dan INA CBG, organisasi RS dan klinik telah memaksa dokter menyadari pentingnya efisiensi dan efektifitas sebagaimana di isyaratkan dalam UU No 29 tahun 2004 tentang praktek kedokteran. Pemborosan pemeriksaan laboratorium dan penggunaan obat dilakukan sesuai indikasi medis. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Kawahe dkk (2015) dijelaskan bahwa tuntutan pasien dan masyarakat akan peningkatan mutu pelayanan kefarmasian, mengharuskan adanya perluasan dari paradigma lama yang berorientasi kepada produk (*drug oriented*) menjadi paradigma baru yang berorientasi pada pasien (*patient oriented*) dengan filosofi pelayanan kefarmasian (*pharmaceutical care*). Ketidakpuasan pasien timbul karena terjadinya kesenjangan antara harapan pasien dengan kinerja layanan kesehatan yang dirasakannya sewaktu menggunakan layanan kesehatan. Banyaknya keluhan peserta JKN BPJS Kesehatan yang menganggap bahwa BPJS seperti berobat gratis sehingga di bedakan kualitas pelayanannya menjadi topik utama yang selalu diperbincangkan dan belum mengalami perbaikan.

Peneliti melakukan studi pendahuluan dengan menggunakan kuesioner kepuasan kepada 20 orang pasien rawat jalan yang melakukan pelayanan di instalasi farmasi RSUD Kaliwates, berdasarkan hasil survei pendahuluan tersebut didapatkan bahwa terdapat sebanyak 14 orang pasien yang merasa kurang puas terhadap pelayanan yang diberikan dan 6 orang merasa puas. Ketidakpuasan tersebut diketahui dikarenakan bahwa sikap petugas yang tidak ramah, waktu tunggu obat yang lama dan ruang tunggu yang kurang nyaman. Sedangkan menurut penelitian yang dilakukan Kurnia Sari dkk (2014) didapatkan hasil bahwa terdapat pengaruh mutu pelayanan terhadap kepuasan pasien dimana terdapat penurunan kunjungan khususnya pada pasien rawat jalan. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Supartiningsih (2017) ditemukan adanya perbedaan dimensi yaitu 1) bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan, mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien, keprihatinan dan keramahtamahan petugas dalam melayani pasien dan atau kesembuhan penyakit yang sedang diderita, 2) bagi penyelenggara pelayanan kesehatan mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada kesesuaian pelayanan

kesehatan yang diselenggarakan dengan perkembangan ilmu dan teknologi, 3) bagi penyandang dana kesehatan mutu pelayanan lebih terkait pada efisiensi pemakaian sumber dana, kewajaran pembiayaan kesehatan dan kemampuan pelayanan kesehatan mengurangi kerugian penyandang dana pelayanan kesehatan.

Menurut Supranto (2001) untuk memenangkan persaingan perusahaan (rumah sakit) harus mampu memberikan kepuasan kepada para pelanggannya, mencari faktor penyebab tidak puasnya pelanggan dan berusaha menghilangkan faktor tersebut. Berdasarkan latar belakang dan perbedaan dimensi pada penelitian terdahulu maka peneliti tertarik untuk meneliti lebih lanjut tentang aspek kepuasan dan harus mendapatkan perhatian serius karena bisa menentukan preferensi selanjutnya untuk pelanggan memilih sarana pelayanan kesehatan. Untuk itu peneliti mengambil judul "*Pengaruh Mutu Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates*".

1.2 Perumusan Masalah

Latar belakang tersebut, dapat dirumuskan masalah yaitu sebagai berikut :

- a. Apakah mutu pelayanan instalasi farmasi berpengaruh terhadap kepuasan pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates Jember ?
- b. Apakah terdapat perbedaan kepuasan pasien rawat jalan JKN dan Non JKN di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates Jember?

1.3 Tujuan dan Manfaat Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan rumusan masalah, penelitian ini dilaksanakan dengan tujuan :

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh mutu pelayanan terhadap kepuasan pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan mutu pelayanan meliputi pasien rawat jalan JKN dan Non JKN di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates

- b. Menggambarkan tingkat kepuasan pasien rawat jalan JKN dan Non JKN di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates
- c. Menganalisis pengaruh mutu pelayanan terhadap kepuasan pasien rawat jalan JKN dan Non JKN di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates
- d. Menganalisis perbedaan kepuasan pasien rawat jalan Non JKN dan JKN di Instalasi farmasi RSUD Kaliwates

1.4 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian yang diperoleh diharapkan dapat memberikan manfaat teoritis dan praktis antara lain sbb :

1.4.1 Manfaat Teoretis

- a. Memberikan kontribusi yang berguna bagi perkembangan dunia ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan kajian teori sumber daya manusia kesehatan.
- b. Memberikan kontribusi yang berguna bagi perkembangan dunia ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan kajian teori mutu pelayanan kesehatan.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Bagi RSUD Kaliwates
Memberikan informasi dan masukan yang positif kepada instansi RSUD Kaliwates sebagai bahan pertimbangan dalam mengambil kebijakan yang berkaitan dengan perbaikan mutu pelayanan kefarmasian.
- b. Bagi Program Pascasarjana
Memberikan informasi dan sebagai bahan acuan untuk penelitian mahasiswa selanjutnya.
- c. Bagi Pasien
Menjadi acuan terkait standar mutu pelayanan yang seharusnya didapatkan.
- d. Bagi peneliti

Memberikan kontribusi dan pengetahuan dalam pengembangan kemampuan diri sendiri dan pekerjaan di masa mendatang.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kepuasan Pasien

2.1.1 Pengertian Kepuasan Pasien

Kata kepuasan (*satisfaction*) berasal dari bahasa latin “*satis*” yang artinya cukup baik, memadai dan “*fatio*” yang berarti melakukan atau membuat. Kepuasan bisa diartikan sebagai upaya pemenuhan sesuatu atau membuat sesuatu memadai. Menurut Pohan (2007) kepuasan pasien adalah suatu tingkat perasaan pasien yang timbul sebagai akibat dari kinerja layanan kesehatan yang diperolehnya setelah pasien membandingkannya dengan apa yang diharapkannya. Kepuasan pelanggan juga dipengaruhi persepsi terhadap mutu pelayanan, mutu produk, harga, situasi dan faktor personal, sedangkan mutu pelayanan adalah evaluasi yang terfokus yang mencerminkan persepsi pelanggan terhadap dimensi spesifik dari pelayanan yaitu *reability*, *assurance*, *tangible*, *emphaty* dan *responsiveness*.

Menurut Supranto (2001) tingkat kepuasan pelanggan sangat tergantung pada mutu suatu produk (barang/jasa). Untuk meningkatkan kepuasan pelanggan, pelayanan kesehatan harus berfokus pada strategi peningkatan mutu, para profesional pelayanan kesehatan harus menunjukkan atribut yang sesuai dengan budaya organisasinya. Kotler dalam Wira (2004) kepuasan pasien kerap kali dipandang sebagai proses orientasi yang lebih mampu mengungkapkan pengalaman yang mereka rasakan secara keseluruhan dibandingkan orientasi hasil.

Berbagai pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa definisi kepuasan pelanggan atau pasien yaitu tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja produk yang dia rasakan dengan harapannya. Kepuasan pasien adalah hasil penilaian pasien berdasarkan perasaannya, terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang telah menjadi bagian dari pengalaman atau yang dirasakan pasien rumah sakit; atau dapat dinyatakan sebagai cara pasien rumah sakit mengevaluasi sampai seberapa besar tingkat kualitas pelayanan di rumah sakit, sehingga dapat menimbulkan tingkat rasa kepuasan. Andreassen dalam

Sudiby (2014) menyatakan bahwa kepuasan pelanggan dapat dibentuk melalui 3 item yaitu :

- a. Tingkat kepuasan terhadap pelayanan secara keseluruhan (*overall satisfaction*). Cara yang paling sederhana untuk mengukur kepuasan pelanggan secara keseluruhan adalah dengan langsung menanyakan kepada pelanggan seberapa puas mereka terhadap jasa atau produk (Sudiby, 2014).
- b. Tingkat kepuasan terhadap pelayanan apabila dibandingkan dengan jasa sejenis (*expectation*). Dalam konsep ini kepuasan tidak diukur langsung namun disimpulkan berdasarkan kesesuaian atau ketidak sesuaian antara harapan pelanggan dengan kinerja aktual produk perusahaan pada sejumlah atribut atau dimensi penting (Sudiby. 2014).
- c. Tingkat kepuasan pelanggan selama menjalin hubungan dengan perusahaan (*experience*). Kepuasan pelanggan dapat memberikan 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.

Menurut Tasunar dalam Atmaja (2011) menyatakan bahwa kepuasan konsumen harus mendapat perhatian utama dan kepuasan konsumen penting bagi pemasar mengingat kepuasan merupakan determinan utama terhadap pembelian tiga indikator meliputi :

- 1) Perasaan puas dengan layanan yang didapatkan
- 2) Ketidak inginan berpindah ke penyedia jasa lain
- 3) Merekomendasikan kepada orang lain

2.1.2 Metode Pengukuran Kepuasan

Tingkat kepuasan pasien menunjuk pada prioritas indikator kualitas pelayanan kesehatan. Selaras bahwa kepuasan merupakan hasil penilaian perasaan yang lebih bersifat subjektif, maka hal ini menunjuk pada dimensi abstrak yang relatif abstrak atau kurang eksak, para ahli telah banyak mengembangkan model pengukuran yang dapat digunakan untuk mengkuantifikasi dimensi abstrak dari

suatu fenomena (dimensi keperibadian, sikap atau perilaku) agar lebih mudah dipahami. Kepuasan pasien dalam menilai mutu atau pelayanan yang baik, dan merupakan pengukuran yang penting yang mendasar bagi mutu pelayanan (Kawahe dkk, 2015).

Menurut Kotler dalam Khatimah (2011) metode yang bisa dipergunakan setiap perusahaan untuk mengukur dan memantau kepuasan pelanggan yaitu :

a. Sistem keluhan dan saran

Media yang di gunakan meliputi kotak saran yang ditempatkan di lokasi – lokasi strategis, menyediakan kartu komentar, menyediakan saluran telepon khusus keluhan dll

b. *Ghost shopping*

Yaitu metode yang dilaksanakan dengan cara memperkerjakan beberapa orang (*Ghost shopper*) untuk berperan atau bersikap sebagai pelanggan/pembeli produk perusahaan dan pesaing untuk menyampaikan temuan mengenai kekuatan dan kelemahan produk perusahaan dan pesaing berdasarkan pengalaman.

c. *Lost Customer Analysis*

Sedapat mungkin perusahaan menghubungi para pelanggan yang telah berhenti membeli produk atau telah beralih dan diharapkan diperoleh informasi penyebab terjadinya hal tersebut.

d. Survei Kepuasan Pelanggan

Dilakukan dengan metode survei baik melalui pos, telepon maupun wawancara.

Menurut Sugiyono (2014) skala Likert di gunakan untuk mengukur sikap, pendapat dan persepsi seseorang atau sekelompok orang tentang fenomena sosial. Berpedoman pada skala pengukuran yang dikembangkan Likert kepuasan pasien dapat dikategorikan dan dikuantifikasi seperti :

a. Sangat puas, diartikan sebagai ukuran subjektif hasil hasil penilaian perasaan pasien yang menggambarkan pelayanan kesehatan sepenuhnya atau sebagian besar sesuai kebutuhan atau keinginan pasien, seperti sangat bersih (untuk prasarana), sangat ramah (untuk

hubungan dengan dokter atau perawat), atau sangat cepat (untuk proses administrasi); yang seluruhnya menggambarkan tingkat kualitas yang paling tinggi.

- b. Agak puas, diartikan sebagai ukuran subjektif hasil penilaian perasaan pasien, yang menggambarkan pelayanan kesehatan tidak sepenuhnya atau sebagian sesuai kebutuhan atau keinginan seperti tidak terlalu bersih (untuk sarana), agak kurang cepat (proses administrasi), atau agak kurang ramah, yang seluruhnya hal ini menggambarkan tingkat kualitas yang kategori sedang.
- c. Tidak puas, diartikan sebagai ukuran subjektif hasil penilaian perasaan pasien yang rendah, yang menggambarkan pelayanan kesehatan tidak sesuai kebutuhan atau keinginan seperti tidak terlalu bersih (untuk sarana), agak lambat (untuk proses administrasi), atau tidak ramah, yang seluruhnya hal ini menggambarkan tingkat kualitas yang kategori paling rendah.

Umumnya penelitian mengenai kepuasan pasien dilakukan dengan cara metode survai, baik melalui pos, telepon atau wawancara pribadi. Keuntungannya, provider akan memperoleh tanggapan dan umpan balik secara langsung dari pelanggan juga sekaligus memberikan sinyal positif bahwa provider memberi perhatian kepada pasiennya (Gerson, 2001). Pengukuran dapat dilakukan dengan cara :

- a. *Directly Reported Satisfaction*; Pengukuran dilakukan dengan memberikan pertanyaan secara langsung melalui pertanyaan yang dibagi berdasarkan skala,
- b. *Derived Dissatisfaction*: Pertanyaan dilakukan menyangkut dua hal utama yakni besarnya harapan pasien terhadap hal tertentu dan besarnya kinerja yang mereka rasakan,
- c. *Problem Analysis*; Pasien yang dijadikan responden diminta untuk mengungkapkan dua hal pokok yaitu masalah-masalah yang mereka hadapi berkaitan dengan penawaran tempat pelayanan kesehatan dan saran-saran untuk perbaikan,

- d. *Importance Performance Analysis*; Responden diminta untuk meranking berbagai elemen dari penawaran berdasarkan pentingnya derajat elemen tersebut
- e. *Ghost Shopping*; Metode ini dilaksanakan dengan cara mempekerjakan beberapa orang (*Ghost shopper*) untuk berperan atau bersikap sebagai pelanggan produk potensial provider dan pesaing, kemudian mereka menyampaikan temuan-temuan ini berdasarkan pengalaman mereka.

2.2 Mutu Pelayanan

2.2.1 Pengertian Mutu Pelayanan

Mutu menurut kamus Bahasa Indonesia adalah ukuran, derajat atau taraf tentang baik buruknya suatu produk barang atau jasa. Secara operasional produk bermutu adalah produk – produk yang memenuhi harapan pelanggan. Bagi konsumen mutu berarti kemudahan dalam memperoleh barang, keamanan dan kenyamanan dalam mempergunakan serta dapat memenuhi selera. Menurut Bustami (2011) mutu adalah perpaduan sifat – sifat dan karakteristik produk atau jasa yang dapat memenuhi kebutuhan pemakai atau pelanggan.

Menurut ISO 9000 Mutu adalah derajat atau tingkat karakteristik yang melekat pada produk yang mencukupi persyaratan dan keinginan. Karakteristik yang dimaksud adalah :

- a. Karakteristik fisik (elektrikal, mekanikal, dan biological).
- b. Karakteristik perilaku (kejujuran, kesopanan).
- c. Karakteristik sensori (bau, rasa).

Definisi mutu yang banyak dikemukakan tidak ada yang diterima secara universal karena mutu adalah masalah persepsi, yang didasari oleh pengalaman nyata konsumen. Suatu produk dikatakan bermutu bagi seseorang kalau produk tersebut dapat memenuhi kebutuhannya (Supranto, 2001). Ada unsur yang sama pada mutu yaitu :

- a. Mutu mencakup hal yang mencapai atau melebihi harapan pelanggan.
- b. Mutu berlaku untuk produk, jasa, orang, proses dan lingkungan.

- c. Mutu adalah suatu keadaan yang selalu berubah, dengan arti bahwa apa yang dianggap bermutu dewasa ini mungkin tidak cukup baik untuk dianggap bermutu di masa mendatang.

Menurut Deming dalam Bustami (2011) mengemukakan bahwa mutu dapat dilihat dari berbagai aspek sebagai berikut :

- 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, pengalaman dan sebagainya.
- c. Dari aspek kebutuhan dan keinginan pelanggan mutu adalah apa yang dikehendaki dan dibutuhkan oleh pelanggan.

Persepsi tentang mutu suatu organisasi pelayanan sangat berbeda-beda karena bersifat sangat subyektif, di samping itu selera dan harapan pengguna pelayanan selalu berubah-ubah. Menurut Azrul dalam M. Fais dan Sitti (2009), mutu pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta penyelenggaraannya sesuai dengan standart dan kode etik profesi. Mutu pelayanan kesehatan mampu memenuhi dan melebihi kebutuhan serta harapan pelanggan melalui peningkatan yang berkelanjutan atas seluruh proses. Secara umum pengertian mutu pelayanan kesehatan dapat diartikan sebagai suatu derajat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standart profesi dan standart pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit atau puskesmas secara wajar, efisien, dan efektif serta diberikan diberikan secara aman dan memuaskan sesuai norma, etika, hukum, dan social budaya. Kerangka teori yang dipergunakan untuk mendorong peningkatan mutu pelayanan adalah berdasarkan bagaimana elemen utama dari pelayanan yang bermutu diintegrasikan ke dalam pendekatan sistem yang menyeluruh.

Pelayanan kesehatan merupakan suatu kumpulan dari berbagai jenis layanan kesehatan mulai dari promosi kesehatan, pencegahan penyakit,

penyembuhan penyakit, rehabilitasi kesehatan sampai dengan transplantasi organ (Pohan, 2007). Sedangkan menurut Azwar dalam Sinambela (2006) pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau bersama – sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan perseorangan, keluarga kelompok dan ataupun masyarakat.

Secara umum mutu pelayanan kesehatan adalah derajat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang sesuai standart profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya secara wajar, efektif, dan efisien serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai norma, etika, hukum dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah serta masyarakat konsumen. Azwar dalam Bustami (2011) menyatakan bahwa 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.

2.2.2 Dimensi Mutu Pelayanan

Mutu atau kualitas pada umumnya dapat diukur namun mutu jasa pelayanan agak sulit diukur, karena umumnya bersifat subjektif, sebab menyangkut kepuasan seseorang, bergantung pada persepsi, latar belakang, sosial ekonomi, norma, pendidikan, budaya, bahkan kepribadian seseorang. Menurut Parasuraman *et al* dalam Bustami (2011) menggabungkan beberapa dimensi mutu pelayanan menjadi lima determinan kualitas jasa pelayanan yang utama dan umum disebut SERVQUAL (*Service Quality*) sebagai berikut :

a. Reliabilitas (*Reliability*)

Adalah kemampuan untuk memberikan pelayanan dengan sesegera, tepat (akurat) dan memuaskan. Reliabilitas merefleksikan konsistensi dan

kehandalan (hal yang dapat dipercaya dan dipertanggung jawabkan) dari penyedia pelayanan. Contoh dalam hal ini antara lain :

- 1) Proses penerimaan pasien yang cepat dan tepat.
- 2) Pelayanan pemeriksaan, pengobatan yang cepat dan tepat.
- 3) Jadwal pelayanan dijalankan dengan tepat.
- 4) Prosedur pelayanan yang tidak berbelit-belit.

b. Jaminan (*Assurance*)

Adalah pengetahuan, kemampuan (kompetensi) dan kesopanan pemberi jasa untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan terlihat dari :

- 1) Pengetahuan dan kemampuan petugas menetapkan *problematic* pasien
- 2) Ketrampilan/kompetensi petugas dalam bekerja
- 3) Pelayanan yang sopan dan dapat dipercaya
- 4) Jaminan keamanan pelayanan dan kepercayaan terhadap pelayanan

c. Bukti Fisik (*Tangible*).

Adalah ketersediaan sarana dan prasarana atau penampilan fisik (bukti langsung) meliputi :

- 1) Kebersihan, kerapian dan kenyamanan ruangan.
- 2) Penataan eksterior dan interior.
- 3) Kelengkapan, kesiapan dan kebersihan alat-alat yang dipakai.
- 4) Kerapian dan kebersihan penampilan petugas.

d. Perhatian (*Empathy*)

Petugas/karyawan mampu menempatkan dirinya pada pelanggan dapat berupa kemudahan dalam menjalin hubungan dan komunikasi termasuk perhatiannya terhadap para pelanggannya, hal ini terlihat dari :

- 1) Memberikan perhatian secara khusus kepada setiap pasien
- 2) Perhatian terhadap keluhan pasien dan keluarga.
- 3) Pelayanan pada semua pasien tanpa memandang status sosial.

e. Ketanggapan (*Responsiveness*)

Adalah kemampuan untuk membantu semua pelanggan serta berkeinginan dan melaksanakan pemberian pelayanan dengan tanggap. Contoh dapat dilihat dari :

- 1) Kemauan petugas untuk cepat tanggap menyelesaikan keluhan pasien
- 2) Petugas memberikan informasi yang jelas, mudah dimengerti.
- 3) Tindakan cepat pada saat pasien membutuhkan.

Menurut Garvin dalam Utama (2003) terdapat delapan dimensi kualitas jasa pelayanan yaitu :

- a. Kinerja (*performance*), merupakan tingkat konsistensi dan kebaikan fungsi produk (karakteristik produk).
- b. Estetika (*aesthetic*) berhubungan dengan penampilan wujud produk
- c. Kemudahan perbaikan dan perawatan (*service ability*)
- d. Keunikan (*features*), menunjukkan karakteristik produk yang berbeda secara fungsional dari produk sejenis
- e. Realibilitas (*reability*) berhubungan dengan probabilitas produk dan jasa menjalankan fungsi yang dimaksud
- f. Durabilitas (*durability*) menunjukkan umur manfaat dari fungsi produk
- g. Tingkat kesesuaian (*quality of conformance*) yang menunjukkan ukuran apakah produk atau jasa telah memenuhi spesifikasinya
- h. Pemanfaatan (*fitness of use*) menunjukkan kecocokan dari sebuah produk menjalankan fungsi sebagaimana diiklankan

Menurut Supranto (2001) dimensi mutu berlaku untuk berbagai jenis organisasi penghasil jasa, meliputi keberadaan (*availability*), ketanggapan (*responsiveness*), menyenangkan (*convenience*) dan tepat waktu (*time liness*). Brown *et al* dalam Bustami (2011) mengemukakan bahwa mutu pelayanan kesehatan bersifat multidimensi dimana kegiatan penjaminan mutu menyangkut satu atau beberapa dimensi mutu yang terdiri dari :

- a. Dimensi Kompetensi Teknis (*Tecnical Competence*)

Dimensi kompetensi teknis menyangkut keterampilan, kemampuan, penampilan atau kinerja pemberi layanan kesehatan. Dimensi ini berhubungan dengan bagaimana pemberi layanan kesehatan mengikuti standar layanan kesehatan yang telah disepakati, yang meliputi ketepatan, kepatuhan, kebenaran dan konsistensi. Tidak dipenuhinya dimensi kompetensi teknis dapat mengakibatkan berbagai hal, mulai dari

penyimpangan kecil terhadap standar layanan kesehatan, sampai pada kesalahan fatal yang dapat menurunkan mutu layanan kesehatan dan membahayakan jiwa pasien.

b. Dimensi Keterjangkauan atau Akses (*access to service*)

Artinya layanan kesehatan harus dapat dicapai oleh masyarakat, tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, organisasi dan bahasa. Akses geografis diukur dengan jarak, lamanya perjalanan, biaya perjalanan, jenis transportasi, dan/atau hambatan fisik lain yang dapat menghalangi seseorang memperoleh layanan kesehatan. Akses sosial atau budaya berhubungan dengan dapat diterima atau tidaknya layanan kesehatan itu secara sosial atau nilai budaya, kepercayaan dan perilaku. Akses ekonomi berkaitan dengan kemampuan membayar biaya layanan kesehatan. Akses organisasi ialah sejauh mana layanan kesehatan itu diatur hingga dapat memberikan kemudahan/kenyamanan kepada pasien atau konsumen. Akses bahasa, artinya pasien harus dilayani dengan menggunakan bahasa atau dialek yang dapat dipahami oleh pasien.

c. Dimensi Efektivitas (*effectiveness*)

Layanan kesehatan harus efektif, artinya harus mampu mengobati atau mengurangi keluhan yang ada, mencegah terjadinya penyakit dan berkembang/meluasnya penyakit yang ada. Efektifitas layanan kesehatan ini bergantung pada bagaimana standar layanan kesehatan itu digunakan dengan tepat, konsisten dan sesuai dengan situasi setempat. Umumnya standar layanan kesehatan disusun pada tingkat organisasi yang lebih tinggi, sementara pada tingkat pelaksana, standar layanan kesehatan itu harus dibahas agar dapat digunakan sesuai dengan kondisi. Dimensi efektivitas berhubungan erat dengan dimensi kompetensi teknis terutama dalam pemilihan alternatif dalam menghadapi relative risk dan ketrampilan dalam mengikuti prosedur yang terdapat dalam standar layanan kesehatan.

d. Dimensi Efisiensi (*efficiency*)

Sumber daya kesehatan sangat terbatas. Oleh karena itu dimensi efisiensi kesehatan sangat penting dalam layanan kesehatan. Layanan kesehatan

yang efisien dapat melayani lebih banyak pasien dan masyarakat. Layanan kesehatan yang tidak efisien umumnya berbiaya mahal, kurang nyaman bagi pasien, memerlukan waktu lama, dan menimbulkan resiko yang lebih besar pada pasien. Dengan melakukan analisis efisiensi dan efektivitas kita dapat memilih intervensi yang paling efisien.

- e. Dimensi Kesenambungan/kelangsungan pelayanan (*continuity of service*)
Dimensi kesinambungan layanan kesehatan artinya pasien harus dapat dilayani sesuai dengan kebutuhannya, termasuk rujukan jika diperlukan tanpa mengulangi prosedur diagnosis dan terapi yang tidak perlu. Pasien harus selalu mempunyai akses ke layanan kesehatan yang dibutuhkan. Karena riwayat penyakit pasien terdokumentasi dengan lengkap, akurat dan terkini, layanan kesehatan rujukan yang diperlukan pasien dapat terlaksana dengan tepat, waktu dan tempatnya.
- f. Dimensi Keamanan (*safety*)
Dimensi keamanan maksudnya layanan kesehatan harus aman, baik bagi pasien, pemberi layanan maupun masyarakat sekitarnya. Layanan kesehatan yang bermutu harus aman dari risiko cedera, infeksi, efek samping, atau bahaya lain. Oleh karena itu harus disusun suatu prosedur yang akan menjamin keamanan kedua belah pihak.
- g. Dimensi Kenyamanan (*amenity*)
Dimensi kenyamanan tidak berpengaruh langsung dengan efektivitas layanan kesehatan, tetapi mempengaruhi kepuasan pasien/konsumen sehingga mendorong pasien untuk datang berobat kembali ke tempat tersebut. Kenyamanan dan kenikmatan dapat menimbulkan kepercayaan pasien terhadap organisasi layanan kesehatan.
- h. Dimensi Informasi
Layanan kesehatan yang bermutu harus mampu memberikan informasi yang jelas tentang apa, siapa, kapan, dimana dan bagaimana layanan kesehatan itu akan atau telah dilaksanakan. Dimensi informasi ini sangat penting pada tingkat puskesmas dan rumah sakit.

i. Dimensi Ketepatan Waktu

Agar berhasil, layanan kesehatan harus dilakukan dalam waktu dan cara yang tepat, oleh pemberi layanan yang tepat, menggunakan peralatan dan obat yang tepat, serta biaya yang tepat (efisien) .

j. Dimensi Hubungan Antarmanusia (*human relation*)

Hubungan antarmanusia adalah hubungan antara pemberi layanan kesehatan (*provider*) dengan pasien atau masyarakat (konsumen), antar sesama pemberi layanan kesehatan, antar atasan-bawahan, dinas kesehatan, rumah sakit, puskesmas, pemerintah daerah, LSM, masyarakat dan lain-lain. Hubungan antarmanusia yang baik akan memberikan andil yang besar dalam konseling yang efektif.

2.2.3 Penjaminan Mutu

Bustami (2011) menyatakan bahwa berbagai batasan tentang penjaminan mutu (*Quality Assurance*) dikemukakan oleh para ahli diantaranya :

- a. Penjaminan mutu adalah suatu upaya mengkaji secara periodik berbagai kondisi yang mempengaruhi pelayanan, melakukan pemantauan terhadap pelayanan, serta menelusuri keluaran yang dihasilkan (Donabedian,1981)
- b. Penjaminan mutu adalah suatu proses yang mencakup kegiatan mengukur mutu pelayanan yang diselenggarakan, menganalisis berbagai kekurangan, menetapkan dan melaksanakan tindakan koreksi, serta menilai hasil yang dicapai yang dilaksanakan secara sistematis dan berulang berdasarkan standar yang telah ditetapkan (Heather Palmer, 1983).
- c. Penjaminan mutu adalah proses yang dilaksanakan secara berkesinambungan, sistematis, objektif, dan terpadu dalam menetapkan masalah dan penyebab masalah mutu pelayanan berdasarkan standar yang telah ditetapkan, menetapkan dan melaksanakan cara penyelesaian masalah sesuai dengan kemampuan yang dimiliki serta menilai hasil yang di capai guna menyusun saran tindak lanjut untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan (Azrul Azwar,1995).

Dalam pengembangan penjaminan mutu, beberapa langkah yang diperlukan yaitu:

a. Membangun kesepakatan (*Concensus Building*)

Para manajer dan pelaksana mempunyai pengertian yang sama tentang konsep penjaminan mutu dan bersepakat untuk melaksanakan penjaminan mutu dengan baik.

b. Membangun kapasitas (*Capacity Building*)

Artinya para manajer dan pelaksana program mendapatkan pengetahuan dan keterampilan yang memadai untuk melaksanakan standar yang sudah ditetapkan.

c. Pelembagaan (*Institutionalization*)

Artinya melembagakan pelayanan yang bermutu dengan komitmen yang tinggi dari pimpinan dan keterlibatan bawahan secara penuh.

Menurut Azrul Azwar dalam Bustami (2011) secara umum pengukuran mutu pelayanan kesehatan menyangkut mutu teknis pelayanan kesehatan (*technical of care*) meliputi kesesuaian proses pelayanan dengan standar yang ditetapkan dan mutu seni pelayanan (*art of care*) meliputi lingkungan, sikap dan tingkah laku petugas pemberi pelayanan, dll.

2.3 Organisasi Rumah Sakit

2.3.1 Pengertian Rumah Sakit

Menurut Permenkes Nomer 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi Dan Perijinan Rumah Sakit pada pasal 1 halaman 3 disebutkan bahwa Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Sedangkan menurut Undang - Undang RI nomor 44 tahun 2009 rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Menurut Siregar (2015) Rumah Sakit adalah suatu organisasi yang kompleks, menggunakan gabungan alat ilmiah khusus dan rumit dan difungsikan oleh berbagai kesatuan personel terlatih dan terdidik dalam menghadapi dan menangani masalah medik modern yang semuanya terikat bersama – sama dalam maksud yang sama untuk pemulihan dan pemeliharaan kesehatan yang baik. Rumah sakit adalah suatu lembaga komunitas yang merupakan instrumen masyarakat. Rumah sakit dapat dipandang sebagai suatu struktur terorganisasi yang menggabungkan bersama-sama semua profesi kesehatan , fasilitas diagnostik dan terapi, alat dan perbekalan serta fasilitas fisik ke dalam suatu sistem terkordinasi untuk penghantaran pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

Rumah sakit adalah organisasi yang penuh keunikan bila dibanding dengan organisasi lain, mulai dari produk yang ditawarkan, fungsi, tujuan pendirian, sistem pendanaan sampai pada perlakuan pajak dan akuntansi. *World Health Organization (WHO)* yang dikutip dalam buku Armen & Azwar (2013) memberikan definisi bahwa 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.

2.3.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Rumah Sakit mempunyai berbagai fungsi yaitu menyelenggarakan pelayanan medik, pelayanan penunjang medik dan non medik, pelayanan dan asuhan keperawatan, pelayanan rujukan , pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan, serta administrasi umum dan keuangan (Siregar, 2015). Jenis pelayanan yang di berikan adalah pelayanan utama dan pelayanan pendukung.

Berdasarkan Undang – Undang RI Nomor 44 tahun 2009 bab 3 pasal 4 tentang rumah sakit bahwa rumah sakit mempunyai tugas untuk memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk menjalankan tugas tersebut 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 sesuai kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.3.3 Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut Armen & Azwar (2013) pengelompokan atau penggolongan rumah sakit di Indonesia dapat dibedakan berdasarkan beberapa kategori antara lain :

- a. Berdasarkan bentuk pelayanannya :
 - 1) Rumah Sakit Umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit
 - 2) Rumah Sakit Khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya.
 - 3) Rumah sakit pendidikan adalah rumah sakit umum yang dipergunakan sebagai tempat pendidikan tenaga medis
- b. Berdasarkan penyelenggaranya :
 - 1) Rumah Sakit Pemerintah, yaitu rumah sakit yang di miliki dan diselenggarakan oleh departemen kesehatan, pemerintah daerah, BUMN, ABRI
 - 2) Rumah sakit Swasta, yaitu rumah sakit yang dimiliki dan diselenggarakan oleh yayasan atau badan hukum milik swasta

- c. Berdasarkan perbedaan tingkat pelayanan yang diberikan :
- 1) Rumah Sakit Kelas A, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialistik dan sub spesialistik
 - 2) Rumah Sakit Kelas B adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialistik luas dan sub spesialistik terbatas
 - 3) Rumah Sakit Kelas C adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialistik dalam 4 cabang yaitu penyakit dalam, bedah, kebidanan atau penyakit kandungan dan kesehatan anak
 - 4) Rumah sakit kelas D adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan sekurang – kurangnya pelayanan medis dasar atau pelayanan yang bersifat umum.

Pelayanan minimum yang dapat diberikan oleh sebuah Rumah Sakit paling sedikit meliputi :

- a. Pelayanan medik
- b. Pelayanan kefarmasian
- c. Pelayanan keperawatan dan kebidanan
- d. Pelayanan penunjang klinik
- e. Pelayanan penunjang nonklinik
- f. Pelayanan rawat inap

2.3.4 Rawat Jalan Rumah Sakit

Menurut Feste dalam Azwar (2013) pelayanan rawat jalan (*ambulatory service*) adalah salah satu bentuk dari pelayanan kedokteran. Rawat jalan merupakan salah satu unit kerja di rumah sakit yang melayani pasien yang berobat jalan dan tidak lebih dari 24 jam pelayanan termasuk seluruh prosedur diagnostik dan terapeutik.

Dalam Azwar (2013) berbagai jenis pelayanan rawat jalan banyak diselenggarakan oleh klinik rumah sakit (*hospital-based ambulatory care*) yang secara umum dibedakan menjadi 4 macam :

- a. Pelayanan gawat darurat (*emergency service*) yaitu untuk menangani pasien yang membutuhkan pertolongan segera dan mendadak
- b. Pelayanan rawat jalan paripurna (*comprehensive hospital outpatient service*) yakni memberikan pelayanan kesehatan paripurna sesuai kebutuhan pasien
- c. Pelayanan rujukan (*referral service*) yakni yang hanya melayani pasien – pasien yang di rujuk oleh sarana kesehatan lain
- d. Pelayanan bedah jalan (*ambulatory surgery service*) yakni yang memberikan pelayanan bedah yang di pulangkan pada hari yang sama.

2.3.5 Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS)

1. Definisi dan Standar Pelayanan Kefarmasian

Rumah sakit di klasifikasi menjadi Rumah sakit kelas A, B, C dan D yang kesemuanya memuat unsur pelayanan minimal yang harus dipenuhi yaitu salah satunya pelayanan kefarmasian. Pelayanan kefarmasian sebagaimana menurut permenkes 56 tahun 2014 meliputi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai, dan pelayanan farmasi klinik. Sedangkan menurut Permenkes 58 tahun 2014 tentang standar pelayanan kefarmasian di Rumah sakit Pelayanan Kefarmasian adalah suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien.

Instalasi Farmasi adalah unit pelaksana fungsional yang menyelenggarakan seluruh kegiatan pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit. Menurut Siregar (2015) farmasi rumah sakit dianggap sebagai salah satu dari banyak bagian (departemen) pada sebuah rumah sakit yang mempunyai berbagai fungsi dasar umum. Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) dapat didefinisikan sebagai suatu bagian / unit / divisi atau fasilitas di rumah sakit, tempat penyelenggaraan semua kegiatan pekerjaan kefarmasian yang di tujukan untuk

keperluan rumah sakit itu sendiri. Definisi secara umum IFRS sebagai suatu departemen atau unit di suatu rumah sakit dibawah pimpinan seorang apoteker dan dibantu oleh beberapa orang apoteker yang memenuhi persyaratan peraturan perundang – undangan yang berlaku dan kompeten secara profesional , tempat atau fasilitas penyelenggaraan yang bertanggung jawab atas seluruh pekerjaan serta pelayanan kefarmasian, yang terdiri atas pelayanan paripurna, mencakup perencanaan, pengadaan, produksi, penyimpanan perbekalan kesehatan/sediaan farmasi, dispensing obat berdasarkan resep bagi penderita rawat tinggal dan rawat jalan, pengendalian mutu, dan pengendalian distribusi dan penggunaan seluruh perbekalan kesehatan di rumah sakit, pelayanan farmasi klinik umum dan spesialis, mencakup pelayanan langsung kepada penderita dan pelayanan klinik yang merupakan program rumah sakit secara keseluruhan.

Menurut Permenkes Nomer 58 tahun 2014 Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit meliputi standar :

- a. Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai, meliputi :
 - 1) Pemilihan
 - 2) Perencanaan kebutuhan
 - 3) Pengadaan
 - 4) Penerimaan
 - 5) Penyimpanan
 - 6) Pendistribusian
 - 7) Pemusnahan dan penarikan
 - 8) Pengendalian
 - 9) Administrasi
- b. Pelayanan farmasi klinik, meliputi :
 - 1) Pengkajian dan pelayanan Resep
 - 2) Penelusuran riwayat penggunaan Obat
 - 3) Rekonsiliasi Obat
 - 4) Pelayanan Informasi Obat (PIO)
 - 5) Konseling

- 6) *Visite*
- 7) Pemantauan Terapi Obat (PTO)
- 8) Monitoring Efek Samping Obat (MESO)
- 9) Evaluasi Penggunaan Obat (EPO)
- 10) Dispensing sediaan steril
- 11) Pemantauan Kadar Obat dalam Darah (PKOD)

Salah satu yang banyak dibahas adalah mengenai konseling obat, Konseling Obat adalah suatu aktivitas pemberian nasihat atau saran terkait terapi Obat dari Apoteker (konselor) kepada pasien dan/atau keluarganya. Konseling untuk pasien rawat jalan maupun rawat inap di semua fasilitas kesehatan dapat dilakukan atas inisiatif Apoteker, rujukan dokter, keinginan pasien atau keluarganya. Pemberian konseling yang efektif memerlukan kepercayaan pasien dan/atau keluarga terhadap Apoteker. Pemberian konseling Obat bertujuan untuk mengoptimalkan hasil terapi, meminimalkan risiko reaksi Obat yang tidak dikehendaki (ROTD), dan meningkatkan *cost-effectiveness* yang pada akhirnya meningkatkan keamanan penggunaan Obat bagi pasien (*patient safety*). Secara khusus konseling Obat ditujukan untuk:

- a. Meningkatkan hubungan kepercayaan antara Apoteker dan pasien
- b. Menunjukkan perhatian serta kepedulian terhadap pasien
- c. Membantu pasien untuk mengatur dan terbiasa dengan Obat
- d. Membantu pasien untuk mengatur dan menyesuaikan penggunaan Obat dengan penyakitnya
- e. Meningkatkan kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan
- f. Mencegah atau meminimalkan masalah terkait Obat
- g. Meningkatkan kemampuan pasien memecahkan masalahnya dalam hal terapi
- h. Mengerti permasalahan dalam pengambilan keputusan
- i. Membimbing dan mendidik pasien dalam penggunaan Obat sehingga dapat mencapai tujuan pengobatan dan meningkatkan mutu pengobatan pasien.

Pengaturan Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit ini bertujuan untuk :

- a. Meningkatkan mutu Pelayanan Kefarmasian
- b. Menjamin kepastian hukum bagi tenaga kefarmasian
- c. Melindungi pasien dan masyarakat dari penggunaan obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien (*patient safety*).

Penyelenggaraan Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit harus menjamin ketersediaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang aman, bermutu, bermanfaat, dan terjangkau (Permenkes 58, 2014).

2. Pengorganisasian IFRS

Penyelenggaraan Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit harus didukung oleh ketersediaan sumber daya kefarmasian, pengorganisasian yang berorientasi kepada keselamatan pasien, dan standar prosedur operasional. Menurut permenkes 58 tahun 2014 Sumber daya kefarmasian yang dimaksudkan adalah meliputi:

- a. Sumber daya manusia
- b. Sarana dan peralatan.

Pengorganisasian yang dimaksudkan harus menggambarkan uraian tugas, fungsi, dan tanggung jawab serta hubungan koordinasi di dalam maupun di luar Pelayanan Kefarmasian yang ditetapkan oleh pimpinan Rumah Sakit. Menurut Siregar (2015) IFRS harus memiliki suatu organisasi yang pasti dan sesuai dengan kebutuhan sekarang maupun yang akan datang, organisasi ini harus di desain dan dikembangkan sedemikian rupa agar faktor – faktor teknis, administratif, dan manusia yang mempengaruhi mutu produk dan pelayanannya dibawah kendali. Setiap personel dalam IFRS harus merasa bertanggung jawab untuk mencapai mutu produk dan atau pelayanan.

Pengorganisasian Rumah Sakit harus dapat menggambarkan pembagian tugas, koordinasi kewenangan, fungsi dan tanggung jawab Rumah Sakit. Berikut adalah beberapa hal di Rumah Sakit yang terkait dengan kefarmasian :

a. Instalasi Farmasi

Pengorganisasian Instalasi Farmasi harus mencakup penyelenggaraan pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai, pelayanan

farmasi klinik dan manajemen mutu, dan bersifat dinamis dapat direvisi sesuai kebutuhan dengan tetap menjaga mutu.

Tugas Instalasi Farmasi dalam Siregar (2015), meliputi:

- 1) Menyelenggarakan, mengkoordinasikan, mengatur dan mengawasi seluruh kegiatan Pelayanan Kefarmasian yang optimal dan profesional serta sesuai prosedur dan etik profesi.
- 2) Melaksanakan pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang efektif, aman, bermutu dan efisien.
- 3) Melaksanakan pengkajian dan pemantauan penggunaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai guna memaksimalkan efek terapi dan keamanan serta meminimalkan risiko.
- 4) Melaksanakan Komunikasi, Edukasi dan Informasi (KIE) serta memberikan rekomendasi kepada dokter, perawat dan pasien;
- 5) Berperan aktif dalam Kodan pelatihan serta pengembangan Pelayanan Kefarmasian.
- 6) Memfasilitasi dan mendorong tersusunnya standar pengobatan dan formularium Rumah Sakit.

Sedangkan Fungsi Instalasi Farmasi, meliputi:

- 1). Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai meliputi :
 - a) Memilih Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Habis Pakai sesuai kebutuhan pelayanan Rumah Sakit; Merencanakan kebutuhan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai secara efektif, efisien dan optimal. Mengadakan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai berpedoman pada perencanaan yang telah dibuat sesuai ketentuan yang berlaku.
 - b) Memproduksi Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.
 - c) Menerima Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai sesuai dengan spesifikasi dan ketentuan yang berlaku.

- d) Menyimpan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai sesuai dengan spesifikasi dan persyaratan kefarmasian;
 - e) Mendistribusikan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai ke unit-unit pelayanan di Rumah Sakit.
 - f) Melaksanakan pelayanan farmasi satu pintu.
 - g) Melaksanakan pelayanan Obat “*unit dose*”/dosis sehari.
 - h) Melaksanakan komputerisasi pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai (apabila sudah memungkinkan).
 - i) Mengidentifikasi, mencegah dan mengatasi masalah yang terkait dengan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai.
 - j) Melakukan pemusnahan dan penarikan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang sudah tidak dapat digunakan.
 - k) Mengendalikan persediaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai.
 - l) Melakukan administrasi pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai.
- 2). Pelayanan farmasi klinik
- a) Mengkaji dan melaksanakan pelayanan Resep atau permintaan Obat
 - b) Melaksanakan penelusuran riwayat penggunaan Obat
 - c) Melaksanakan rekonsiliasi Obat
 - d) Memberikan informasi dan edukasi penggunaan Obat baik berdasarkan Resep maupun Obat non Resep kepada pasien/keluarga pasien
 - e) Mengidentifikasi, mencegah dan mengatasi masalah yang terkait dengan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai.
 - f) Melaksanakan visite mandiri maupun bersama tenaga kesehatan lain.
 - g) Memberikan konseling pada pasien dan/atau keluarganya.

- h) Melaksanakan Pemantauan Terapi Obat (PTO)
 - i) Pemantauan efek terapi Obat;
 - j) Pemantauan efek samping Obat;
 - k) Pemantauan Kadar Obat dalam Darah (PKOD).
- l) Melaksanakan Evaluasi Penggunaan Obat (EPO);
- m) Melaksanakan dispensing sediaan steril
 - 1) Melakukan pencampuran Obat suntik
 - 2) Menyiapkan nutrisi parenteral
 - 3) Melaksanakan penanganan sediaan sitotoksik
 - 4) Melaksanakan pengemasan ulang sediaan steril yang tidak stabil
- n) Melaksanakan Pelayanan Informasi Obat (PIO) kepada tenaga kesehatan lain, pasien/keluarga, masyarakat dan institusi di luar Rumah Sakit.
- o) Melaksanakan Penyuluhan Kesehatan Rumah Sakit (PKRS).

Penyelenggaraan Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit dilaksanakan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) melalui sistem satu pintu yang dipimpin oleh seorang Apoteker sebagai penanggung jawab dan tenaga kefarmasian sebagai pelaksana dan seorang Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) yaitu tenaga yang membantu apoteker dalam menjalani Pekerjaan Kefarmasian, yang terdiri atas Sarjana Farmasi, Ahli Madya Farmasi, dan Analis Farmasi (Siregar, 2015).

Apoteker khususnya yang bekerja di Rumah Sakit dituntut untuk merealisasikan perluasan paradigma Pelayanan Kefarmasian dari orientasi produk menjadi orientasi pasien. Untuk itu kompetensi Apoteker perlu ditingkatkan secara terus menerus agar perubahan paradigma tersebut dapat diimplementasikan. Apoteker harus dapat memenuhi hak pasien agar terhindar dari hal-hal yang tidak diinginkan termasuk tuntutan hukum.

Perkembangan di atas dapat menjadi peluang sekaligus merupakan tantangan bagi Apoteker dan tenaga teknik kefarmasian untuk maju meningkatkan kompetensinya sehingga dapat memberikan Pelayanan Kefarmasian secara komprehensif dan simultan baik yang bersifat manajerial maupun farmasi klinik.

Strategi optimalisasi harus ditegakkan dengan cara memanfaatkan Sistem Informasi Rumah Sakit secara maksimal.

3. Distribusi Pelayanan Kefarmasian

Distribusi merupakan suatu rangkaian kegiatan dalam rangka menyalurkan/menyerahkan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai dari tempat penyimpanan sampai kepada unit pelayanan/pasien dengan tetap menjamin mutu, stabilitas, jenis, jumlah, dan ketepatan waktu. Rumah Sakit harus menentukan sistem distribusi yang dapat menjamin terlaksananya pengawasan dan pengendalian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai di unit pelayanan.

Menurut Permenkes Nomer 58 tahun 2014 Sistem distribusi di unit pelayanan dapat dilakukan dengan cara:

- a. Sistem Persediaan Lengkap di Ruang (*floor stock*)
 - 1) Pendistribusian sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai untuk persediaan di ruang rawat disiapkan dan dikelola oleh Instalasi Farmasi.
 - 2) Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang disimpan di ruang rawat harus dalam jenis dan jumlah yang sangat dibutuhkan.
 - 3) Dalam kondisi sementara dimana tidak ada petugas farmasi yang mengelola (di atas jam kerja) maka pendistribusiannya didelegasikan kepada penanggungjawab ruangan.
 - 4) Setiap hari dilakukan serah terima kembali pengelolaan obat *floor stock* kepada petugas farmasi dari penanggung jawab ruangan.
 - 5) Apoteker harus menyediakan informasi, peringatan dan kemungkinan interaksi Obat pada setiap jenis Obat yang disediakan di *floor stock*.
- b. Sistem Resep Perorangan

Pendistribusian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai berdasarkan Resep perorangan/pasien rawat jalan dan rawat inap melalui Instalasi Farmasi.

c. Sistem Unit Dosis

Pendistribusian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai berdasarkan Resep perorangan yang disiapkan dalam unit dosis tunggal atau ganda, untuk penggunaan satu kali dosis/pasien. Sistem unit dosis ini digunakan untuk pasien rawat inap.

d. Sistem Kombinasi

Sistem pendistribusian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai bagi pasien rawat inap dengan menggunakan kombinasi $a + b$ atau $b + c$ atau $a + c$

2.4 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

2.4.1 Pengertian

Hak tingkat hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan diri dan keluarganya merupakan hak asasi manusia dan diakui oleh segenap bangsa-bangsa di dunia, termasuk Indonesia. Di Indonesia, falsafah dan dasar negara Pancasila terutama sila ke-5 juga mengakui hak asasi warga atas kesehatan. Hak ini juga termaktub dalam UUD 45 pasal 28H dan pasal 34, dan diatur dalam UU Nomor 23 tahun 1992 yang kemudian diganti dengan UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Dalam UU Nomor 36 tahun 2009 ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Sebaliknya, setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial.

Pada tahun 2004 dikeluarkan Undang-Undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). UU Nomor 40 tahun 2004 ini mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 juga menetapkan, Jaminan Sosial Nasional akan diselenggarakan oleh BPJS, yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Khusus untuk Jaminan Kesehatan

Nasional (JKN) akan diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang implementasinya dimulai sejak 1 Januari 2014.

Visi jaminan kesehatan nasional (JKN) dan komitmen pemerintah Indonesia untuk meningkatkan kesehatan seluruh penduduknya berpusat pada penguatan pelayanan kesehatan primer untuk mencegah, mengobati, dan mengelola kondisi kesehatan. memahami bagaimana hal tersebut bekerja dimana suatu fasilitas kesehatan primer khususnya swasta membantu pemerintah dalam bekerja mensukseskan *total coverage* 2019.

2.4.2 Prinsip JKN

Mengacu pada prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang tertuang dalam buku pegangan sosialisasi JKN (2013) terdiri dari :

a. Prinsip kegotongroyongan

Dalam SJSN prinsip gotong royong diartikan bahwa peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu peserta yang sakit. Sehingga prinsip gotong royong ini dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia (Thabrany, 2014).

b. Prinsip nirlaba

Pengelolaan dana amanat oleh Badan Penyelenggara jaminan Sosial adalah nirlaba bukan untuk mencari laba (*profit oriented*). Sebaliknya tujuan utamanya adalah untuk memenuhi sebesar – besarnya kepentingan peserta. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektifitas mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta.

c. Prinsip portabilitas

Dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah kesatuan republik Indonesia.

d. Prinsip kepesertaan wajib

Dimaksudkan agar seluruh rakyat Indonesia menjadi peserta JKN sehingga dapat terlindungi, penerapannya disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program.

e. Prinsip dana amanat

Dimana dana yang terkumpul adalah dari iuran peserta dan merupakan dana titipan kepada badan penyelenggara agar dikelola sebaik – baiknya. Menurut Thabrany (2014) BPJS selaku penyelenggara JKN di Indonesia di pisahkan dari badan hukum pemerintahan agar dimungkinkan terwujudnya fleksibilitas pengelolaan dana amanat .

f. Prinsip hasil pengelolaan dana jaminan sosial

Untuk dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar – besar kepentingan peserta.

2.4.3 Manfaat dan Cakupan pelayanan JKN

Manfaat JKN mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis (Kemenkes RI, 2013). Sedangkan menurut BPJS Kesehatan dalam buku panduan praktis pelayanan kesehatan (2014) disebutkan Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak peserta dan/atau anggota keluarganya. Manfaat jaminan yang diberikan kepada peserta dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif) berdasarkan kebutuhan medik sesuai dengan standar pelayanan medik. Setiap peserta berhak untuk memperoleh Jaminan Kesehatan yang bersifat komprehensif (menyeluruh yang terdiri dari:

- a. Pelayanan kesehatan pertama, yaitu Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP).
- b. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, yaitu Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL).
- c. Pelayanan persalinan.
- d. Pelayanan gawat darurat.
- e. Pelayanan ambulan bagi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar fasilitas kesehatan.

- f. Pemberian kompensasi khusus bagi peserta di wilayah tidak tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat.

Cakupan pelayanan JKN BPJS Kesehatan meliputi Pelayanan tingkat pertama dan tingkat lanjut :

1. Rawat Jalan Tingkat Pertama

a. Administrasi pelayanan, meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penyediaan dan pemberian surat rujukan ke fasilitas kesehatan lanjutan untuk penyakit yang tidak dapat ditangani di fasilitas kesehatan tingkat pertama.

b. Pelayanan promotif preventif, meliputi :

1) Kegiatan penyuluhan kesehatan perorangan; Penyuluhan kesehatan perorangan meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.

2) Imunisasi dasar

Pelayanan imunisasi dasar meliputi Baccile Calmett Guerin (BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan Hepatitis-B (DPTHB), Polio, dan Campak.

3) Keluarga berencana

a) Pelayanan keluarga berencana meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana.

b) Penyediaan dan distribusi vaksin dan alat kontrasepsi dasar menjadi tanggung jawab pemerintah pusat dan/atau pemerintah daerah.

c) BPJS Kesehatan hanya membiayai jasa pelayanan pemberian vaksin dan alat kontrasepsi dasar yang sudah termasuk dalam kapitasi, kecuali untuk jasa pelayanan pemasangan IUD/Implan dan Suntik di daerah perifer.

4) Skrining kesehatan

a) Pelayanan skrining kesehatan diberikan secara perorangan dan selektif.

b) Pelayanan skrining kesehatan ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu,

- c) Pelayanan skrining kesehatan penyakit diabetes mellitus tipe 2 dan hipertensi dimulai dengan analisis riwayat kesehatan, yang dilakukan sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun sekali.
- d) Jika Peserta teridentifikasi mempunyai risiko penyakit diabetes mellitus tipe 2 dan hipertensi berdasarkan riwayat kesehatan, akan dilakukan penegakan diagnosa melalui pemeriksaan penunjang diagnostik tertentu dan kemudian akan diberikan pengobatan sesuai dengan indikasi medis.
- e) Pelayanan skrining kesehatan untuk penyakit kanker leher rahim dan kanker payudara dilakukan sesuai dengan indikasi medis.

- c. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis
- d. Tindakan medis non spesialistik, baik operatif maupun non operatif
- e. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
- f. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama
- g. Pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui dan bayi
- h. Upaya penyembuhan terhadap efek samping kontrasepsi termasuk penanganan komplikasi KB paska persalinan
- i. Rehabilitasi medik dasar.

2. Pelayanan Gigi

- a. Administrasi pelayanan, meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penyediaan dan pemberian surat rujukan ke fasilitas kesehatan lanjutan untuk penyakit yang tidak dapat ditangani di fasilitas kesehatan tingkat pertama
- b. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis
- c. Premedikasi
- d. Kegawatdaruratan oro-dental
- e. Pencabutan gigi sulung (topikal, infiltrasi)
- f. Pencabutan gigi permanen tanpa penyulit
- g. Obat pasca ekstraksi
- h. Tumpatan komposit/gic
- i. Skeling gigi (1x dalam setahun)

3. Rawat Inap Tingkat Pertama

Cakupan pelayanan rawat inap tingkat pertama sesuai dengan cakupan pelayanan rawat jalan tingkat pertama dengan tambahan akomodasi bagi pasien sesuai indikasi medis.

4. Pelayanan darah sesuai indikasi medis.

Pelayanan transfusi darah di fasilitas kesehatan tingkat pertama dapat dilakukan pada kasus:

- a. Kegawatdaruratan maternal dalam proses persalinan
- b. Kegawatdaruratan lain untuk kepentingan keselamatan pasien
- c. Penyakit thalasemia, hemofili dan penyakit lain setelah mendapat rekomendasi dari dokter Fasilitas kesehatan tingkat lanjutan

Sedangkan untuk cakupana pelayanan tingkat lanjut meliputi:

1. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan

- a. Administrasi pelayanan; meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penerbitan surat eligibilitas peserta, termasuk pembuatan kartu pasien.
- b. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan sub spesialis
- c. Tindakan medis spesialisik sesuai dengan indikasi medis;
- d. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
- e. Pelayanan alat kesehatan;
- f. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
- g. Rehabilitasi medis;
- h. Pelayanan darah;
- i. Pelayanan kedokteran forensik klinik meliputi pembuatan visum et repertum atau surat keterangan medik berdasarkan pemeriksaan forensik orang hidup dan pemeriksaan psikiatri forensik;
- j. Pelayanan jenazah terbatas hanya bagi peserta meninggal dunia pasca rawat inap di Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS tempat pasien dirawat berupa pemulasaran jenazah dan tidak termasuk peti mati.

2. Rawat Inap Tingkat Lanjutan

Cakupan pelayanan rawat inap tingkat lanjutan adalah sesuai dengan seluruh cakupan pelayanan di RJTL dengan tambahan akomodasi yaitu perawatan inap non intensif dan perawatan inap intensif dengan hak kelas perawatan sebagaimana berikut:

a. Ruang perawatan kelas III bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan; dan Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III.

b. Ruang perawatan kelas II bagi:

- 1) Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
- 2) Anggota TNI dan penerima pensiun Anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
- 3) Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
- 4) Peserta Pekerja Penerima Upah dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri dengan gaji atau upah sampai dengan 1,5 (satu koma lima) kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 (satu) anak, beserta anggota keluarganya; dan
- 5) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II.

c. Ruang perawatan kelas I bagi:

- 1) Pejabat Negara dan anggota keluarganya;
- 2) Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun pegawai negeri sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
- 3) Anggota TNI dan penerima pensiun Anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;

- 4) Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
 - 5) Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya;
 - 6) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan;
 - 7) Peserta Pekerja Penerima Upah dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri dengan gaji atau upah di atas 1,5 (satu koma lima) sampai dengan 2 (dua) kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 (satu) anak, beserta anggota keluarganya; dan
 - 8) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I.
3. Alat Kesehatan di Luar Paket INA CBG's
- a. Tarif di luar paket INA CBG's adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan atas alat kesehatan yang digunakan secara tidak permanen di luar tubuh pasien
 - b. Alat kesehatan di luar paket INA CBG's ditagihkan langsung oleh fasilitas kesehatan ke BPJS Kesehatan
 - c. Alat kesehatan di luar paket INA CBG's adalah pelayanan yang dibatasi, yaitu: Pelayanan diberikan atas indikasi medis, Adanya plafon maksimal harga alat kesehatan, Adanya batasan waktu pengambilan alat kesehatan
 - d. Jenis alat kesehatan di luar paket INA CBG's adalah sebagai berikut:
 - 1) Kacamata
 - 2) Alat bantu dengar
 - 3) Protesa alat gerak
 - 4) Protesa gigi
 - 5) Korset tulang belakang
 - 6) Collar neck
 - 7) Kruk
 - e. Tarif alat kesehatan di luar paket INA CBG's sebagaimana peraturan yang berlaku

2.4.4 Pembiayaan Pelayanan Kesehatan oleh BPJS Kesehatan

Terdapat beberapa ketentuan terkait sistem pembayaran pelayanan kesehatan menurut Permenkes Nomor 52 tahun 2016 antara lain :

- a. Tarif Kapitasi adalah besaran pembayaran perbulan yang dibayar di muka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
- b. Tarif Non Kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
- c. Tarif Indonesian-Case Based Groups yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur.
- d. Tarif Non INA-CBG merupakan tarif diluar tarif paket INACBG untuk beberapa item pelayanan tertentu meliputi alat bantu kesehatan, obat kemoterapi, obat penyakit kronis, CAPD dan PET Scan, dengan proses pengajuan klaim dilakukan secara terpisah dari tarif INA-CBG.

2.5 Penelitian Terdahulu

Menurut Atmojo dalam Sari (2014) kepuasan pelanggan (pasien) adalah indikator utama dari standar suatu fasilitas kesehatan dan merupakan suatu ukuran mutu pelayanan. Kepuasan pelanggan yang rendah akan berdampak terhadap jumlah kunjungan yang mempengaruhi profitabilitas. kepuasan pasien merupakan cerminan kualitas pelayanan yang mereka terima. Mutu pelayanan kesehatan merujuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien.

Penelitian terdahulu menjadi acuan peneliti untuk menambah dan memperkaya teori yang digunakan dalam penelitian. Berikut penelitian –

penelitian yang dalam jurnal yang sudah di publikasikan dan berkaitan dengan penelitian yang akan dilakukan :

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Amelia kurnia sari, ratna dwi wulandari (2014)	Penilaian kepuasan pasien terhadap mutu pelayanan instalasi rawat jalan RS H.S Samsoeri mertojoso Surabaya	Pada penilaian pasien terhadap dimensi mutu pelayanan berpengaruh terhadap kepuasan pasien di instalasi rawat jalan. Aspek tersebut, dapat mempengaruhi kunjungan pasien.
2.	Solichah Supartiningsih (2017)	Kualitas pelayanan kepuasan pasien rumah sakit : kasus pada pasien rawat jalan	Variabel bukti fisik (<i>tangible</i>) mempunyai pengaruh negatif dan tidak signifikan terhadap kepuasan pasien, Variabel kehandalan (<i>reliability</i>) mempunyai pengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan pasien, Variabel daya tanggap (<i>responsiveness</i>) mempunyai pengaruh positif dan tidak signifikan terhadap kepuasan pasien, Variabel jaminan (<i>assurance</i>) mempunyai pengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan pasien, Variabel empati (<i>emphaty</i>) mempunyai pengaruh negatif dan tidak signifikan terhadap kepuasan pasien. Analisis menunjukkan bahwa variabel bebas yang paling rendah memberikan pengaruh pada kepuasan pelanggan adalah tampilan/bukti fisik dan kepastian/jaminan.
3.	Monika Kawahe, Chreisy K.F Mandagi, Paul A.T Kawatu (2015)	Hubungan antara Mutu Pelayanan Kefarmasian dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Teling Atas Kota Manado	1. Terdapat hubungan antara pelayanan kefarmasian dalam dimensi ketanggapan dengan kepuasan pasien. 2. Terdapat hubungan antara pelayanan kefarmasian dalam dimensi kehandalan dengan kepuasan pasien. 3. Tidak terdapat hubungan antara pelayanan kefarmasian dalam dimensi jaminan dengan kepuasan pasien. 4. Terdapat hubungan antara pelayanan kefarmasian dalam dimensi kepedulian dengan kepuasan pasien.

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu Berlanjut Ke Halaman 43

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Hasil Penelitian
			5. Terdapat hubungan antara pelayanan kefarmasian dalam dimensi bukti langsung dengan Kepuasan pasien.
4.	Henry Eryanto (2011)	hubungan antara mutu pelayanan dengan kesetiaan pasien (survey pada pasien bagian jantung rumah sakit internasional bintaro)	terdapat hubungan positif antara Mutu Pelayanan dengan kesetiaan Pasien yang dijelaskan oleh koefisien korelasi sebesar 0.75 dan kontribusi Mutu Pelayanan sebesar 0.56 melalui persamaan $Y = 55.64 + 0.70X$ Hal ini berarti meningkat atau menurunnya satu unit Mutu Pelayanan akan diikuti kenaikan atau penurunan kesetiaan Pasien rata-rata sebesar 56%.
5.	Agung Utama (2003)	Analisis pengaruh persepsi kualitas pelayanan terhadap kepuasan pelanggan rumah sakit umum Cakra Husada Klaten	Dimensi reliability merupakan dimensi yang paling berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan dengan nilai probabilitas signifikan t dan f sebesar 0,000 yang lebih kecil dari 0,05 dibandingkan dimensi yang lain
6.	Like J. Mumu, Grace D. Kandou, Diana V. doda (2015)	Analisis faktor – faktor yang berhubungan dengan kepuasan pasien di poliklinik penyakit dalam RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou	- Terdapat hubungan yang signifikan antara variabel mutu pelayanan dengan kepuasan pasien di poliklinik penyakit dalam RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou - Daya tanggap merupakan dimensi mutu pelayanan yang paling dominan dalam hubungan dengan kepuasan pasien di poliklinik penyakit dalam RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou
7.	Nita Rusdiana, Rahayu Wijayanti, Sri wahyuni (2015)	Kualitas Pelayanan Farmasi berdasarkab waktu penyelesaian resep di rumah sakit	Waktu penyelesaian resep dokter pada pasien rawat jalan yang paling memberikan jaminan kepuasan adalah kurang dari 13 menit berdasarkan variabel assurance dan didukung dengan waktu tunggu obat yang tidak lama pada variabel responsiveness
8.	Herjunonianto, Viera Wardhani, jany Prihastuty (2014)	Faktor yang mempengaruhi cakupan layanan farmasi di Instalasi Rawat jalan Rumah Sakit	Hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi waktu tunggu yang lama meskipun secara aktual belum melebihi SPM merupakan akar masalah ketidakpuasan pasien dan mendorong pengambilan obat diluar rumah sakit
9.	Aida Andriani (2017)	Hubungan Mutu Pelayanan Kesehatan dengan kepuasan pasien di ruangan poli	Hasil penelitian didapatkan : 41,5% menyatakan mutu pelayanan rendah dan terdapat hubungan yang bermakna antara pemberian mutu pelayanan kesehatan dengan kepuasan pasien di

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu Berlanjut Ke Halaman 44

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Hasil Penelitian
		umum Puskesmas Bukit Tinggi	puskesmas Tigo Baleh Bukittinggi
10	Sudian (2011)	Hubungan kepuasan pasien terhadap mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Cut Mutia Kabupaten Aceh Utara	Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara komunikasi, sikap dan empathy dengan kepuasan pasien
11	Jeane Mongi (2014)	Implementasi pelayanan kefarmasien di instalasi farmasi rumah sakit angkatan darat Robert wolter mongisidi manado	Implementasi penerapan pelayanan kefarmasien di rumah sakit masih belum sesuai dengan standar pelayanan kefarmasian rumah sakit
12	Eri Supriyanti (2011)	<i>Redesign</i> pelayanan farmasi dengan metode <i>Failure Mode and Effect Analysis</i>	Pada penelitian ini dibuat design baru dalam bentuk perubahan layout stiker warna penandaan obat sesuai kelas terapi dan pembuatan SOP komunikasi ke dokter penulis resep.
13	Diana Puspita Sari (2012)	Usulan perbaikan kualitas pelayanan pada instalasi rawat jalan dengan metode <i>Servqual</i> dan <i>Triz</i>	Hasil penelitian terdapat tujuh variabel yang menjadi masalah pelayanan. Perbaikan kualitas pelayanan harus dilakukan dengan perbaikan alur pelayanan, memasang papan informasi, mempercayakan pelayanan pada petugas medis yang profesional
14	Faridah Baroroh (2011)	Evaluasi implementasi pelayanan informasi obat pasien rawat jalan di instalasi farmasi rumah sakit Yogyakarta	Hasil penelitian evaluasi implementasi pelayanan informasi obat pasien rawat jalan terlaksana dengan realisasi terjadi kesenjangan negatif
15	Luh Arini (2015)	Analisis pengendalian intern terhadap persediaan obat untuk pasien pengguna BPJS Kesehatan di RSUD Kabupaten Buleleng	Penerapan pengendalian intern terhadap persediaan obat untuk pasien pengguna BPJS Kesehatan di RSUD Buleleng secara keseluruhan sudah efektif

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu Berlanjut Ke Halaman 45

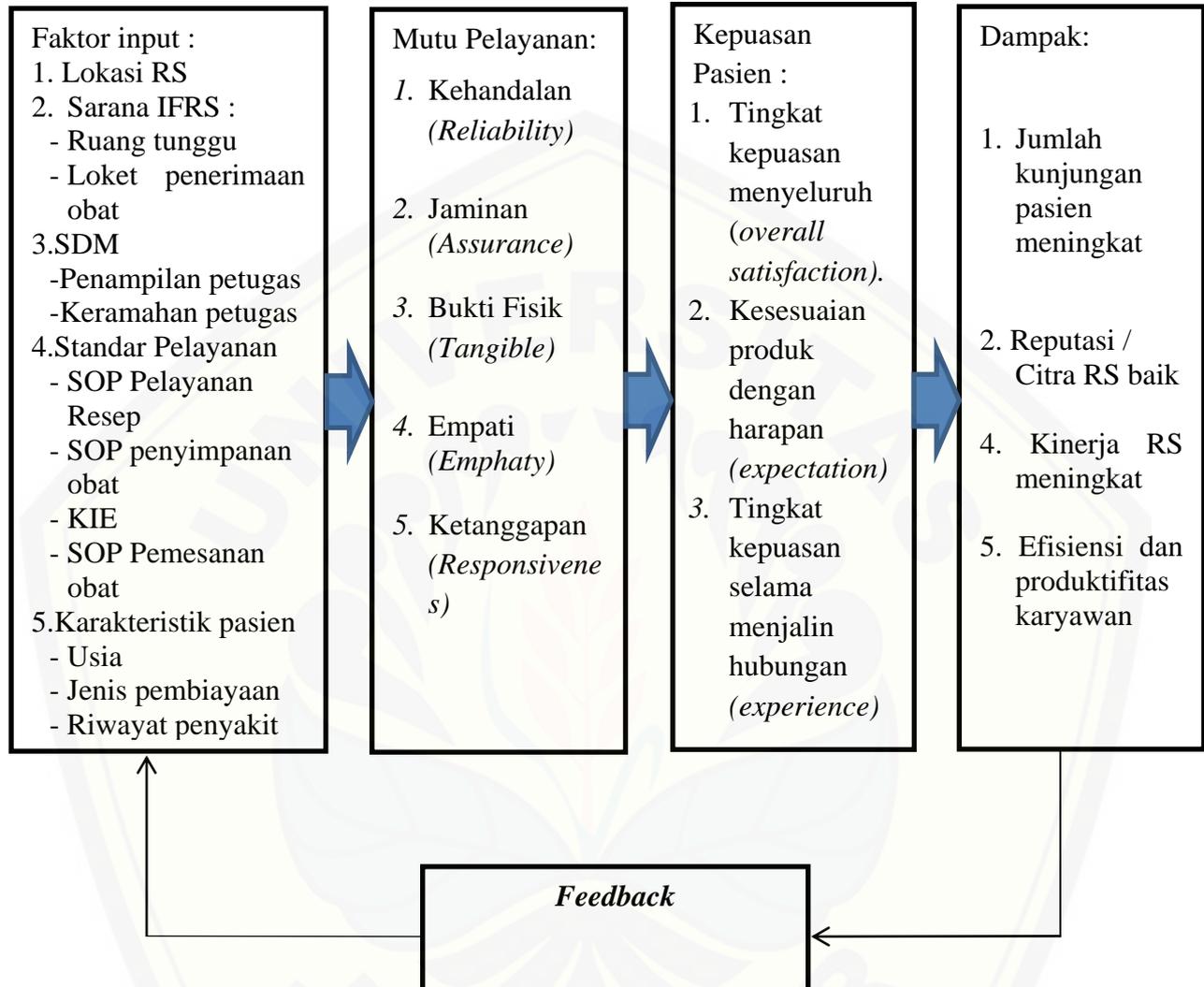
No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Hasil Penelitian
16	Heri Purwanto (2015)	Faktor penyebab waktu tunggu lama di pelayanan Instalasi Farmasi rawat jalan RSUD Blambangan	Hasil penelitian menunjukkan terdapat 3 akar masalah yaitu screening lama dan satu loket, jauhnya poli penyakit dalam sebagai resep terbanyak, tempat penerimaan resep BPJS dan umum jadi satu loket

2.6 Research Gap

Penelitian ini fokus untuk melihat dan menganalisis peran Instalasi Farmasi dengan mutu pelayanan yang diberikan terhadap kepuasan pelanggan yang ada karena Instalasi Farmasi menjadi sumber pemasukan utama dengan total 40% pendapatan RSUD Kaliwates berasal dari Instalasi Farmasi. Mutu pelayanan instalasi farmasi yang ada di RSUD Kaliwates khususnya pada instalasi farmasi rawat jalan merupakan salah satu unit yang memiliki tingkat kunjungan tertinggi di RSUD kaliwates baik itu pasien maupun pengunjung yang mengantar pasien yang berobat. Penelitian ini menganalisis mengenai pengaruh mutu pelayanan terhadap kepuasan pelanggan, selain itu juga penelitian ini bermaksud untuk meneliti bagaimana perbedaan tingkat kepuasan pasien baik pasien peserta JKN maupun Non JKN sehingga membedakan dengan penelitian – penelitian sebelumnya yang lebih banyak menganalisis tingkat kepuasan pasien secara umum. Penelitian yang sudah ada masih belum muncul dua penelitian yang dilakukan sekaligus untuk menyelesaikan masalah kualitas pelayanan yang ada di Rumah Sakit.

Penelitian ini juga memiliki kelemahan yaitu dengan adanya keterbatasan jumlah sampel, keterbatasan waktu penelitian dan keterbatasan tempat penelitian yaitu hanya dengan satu instalasi di satu rumah sakit sehingga tidak dapat menggambarkan perbedaan gambaran tingkat mutu pelayanan dibandingkan dengan usaha sejenis ditempat lain.

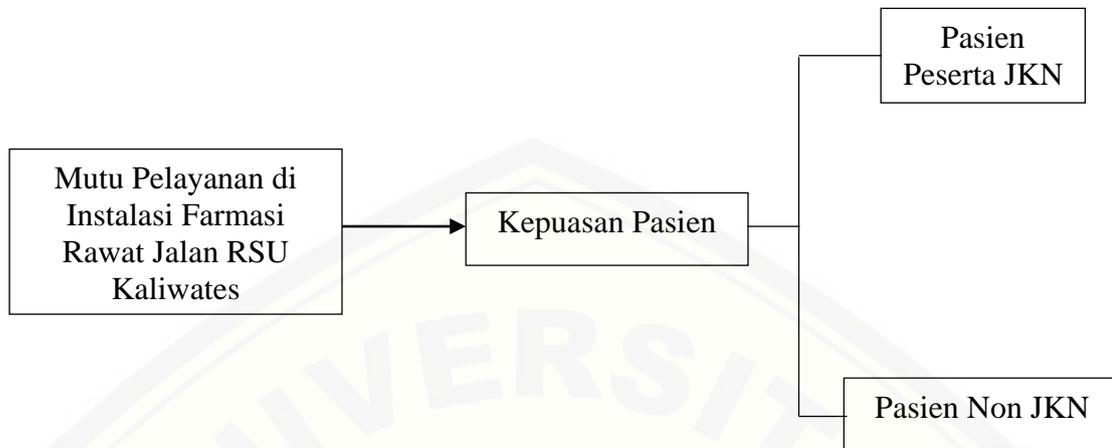
2.7 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : pendekatan sistem modifikasi dari Bustami (2011), Pohan (2006), Azwar (1996) dan Permenkes Nomer 58 tahun 2014 tentang standar pelayanan kefarmasian.

2.8 Kerangka Konseptual



Gambar 2.2 Kerangka konseptual

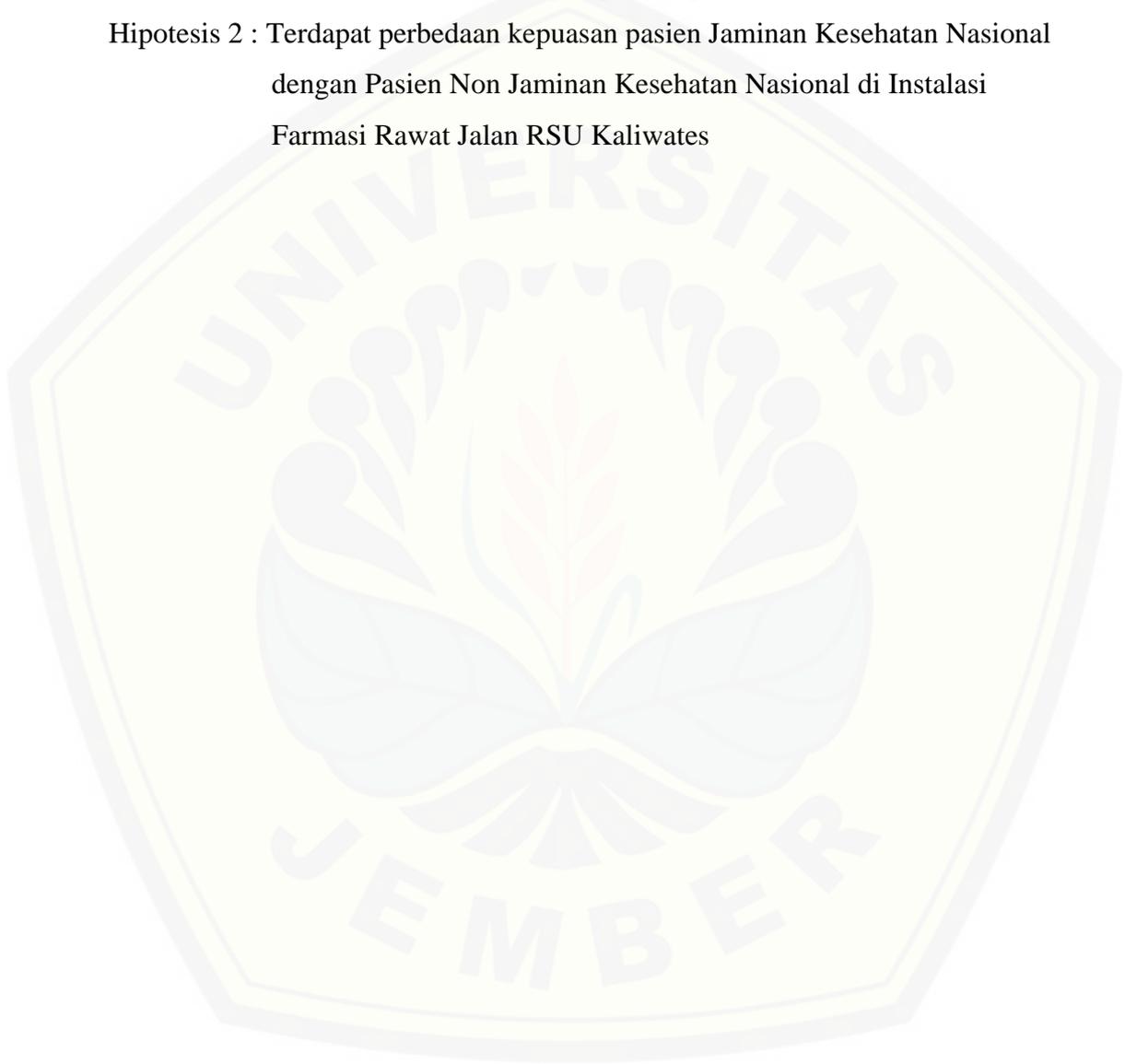
Mutu pelayanan dalam hal ini didasarkan dari akumulasi 5 dimensi mutu dengan model *Servqual*. Kepuasan pelanggan dalam hal ini pasien adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja produk yang dia rasakan dengan harapannya. Semakin tinggi mutu pelayanan kesehatan maka semakin besar kepuasan pelanggan. Penelitian ini akan melihat pengaruh mutu pelayanan terhadap kepuasan pasien dan perbedaan kepuasan pasien antara pasien Non JKN dan pasien JKN Rawat Jalan di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates Jember.

2.9 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan tujuan khusus penelitian, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Hipotesis 1 : Terdapat pengaruh mutu pelayanan di Instalasi Farmasi Rawat Jalan
RSU Kaliwates terhadap kepuasan pasien

Hipotesis 2 : Terdapat perbedaan kepuasan pasien Jaminan Kesehatan Nasional
dengan Pasien Non Jaminan Kesehatan Nasional di Instalasi
Farmasi Rawat Jalan RSU Kaliwates



BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini termasuk penelitian observasional analitik dengan pendekatan *Cross Sectional* yaitu jenis penelitian yang menekankan pada waktu pengukuran atau observasi data dalam satu kali pada satu waktu yang dilakukan pada variabel terikat dan variabel bebas. Pendekatan ini digunakan untuk melihat pengaruh antara variabel mutu pelayanan dengan variabel kepuasan pelayanan di Rumah Sakit Umum Kaliwates Jember. Variabel mutu menanyakan terkait dengan 5 dimensi mutu pelayanan sedangkan kepuasan menanyakan mengenai tingkat kepuasan pasien sebagai pengguna pelayanan di Rumah Sakit Umum Kaliwates Jember (Notoatmodjo, 2012)

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates. Pemilihan lokasi penelitian dikarenakan merupakan tempat bekerja peneliti dan didapatkan beberapa permasalahan terkait kepuasan pasien.

3.2.2 Waktu Penelitian

- a. Survei pendahuluan : Maret 2017
- b. Penyusunan Proposal tesis : Maret – Juni 2017
- c. Penelitian : September 2017 – Januari 2018

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi penelitian adalah keseluruhan obyek penelitian atau obyek yang diteliti (Notoatmodjo, 2012). Sugiyono (2014) populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian di tarik kesimpulannya.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien rawat jalan yang melakukan pelayanan di instalasi farmasi RSUD Kaliwates Jember. Jumlah Populasi Kunjungan pasien rawat jalan RSUD kaliwates pada bulan Januari – Desember tahun 2016 sebesar 37.069 pasien.

3.3.2 Sampel dan Besar Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2014). Peneliti menggunakan rumus Issac dan Michael karena rumus ini dapat menentukan tingkat presisi yang dikehendaki mulai dari 1-10%, yang selanjutnya berdasarkan presisi tersebut dapat menentukan besarnya jumlah sampel (Yusuf, 2014).

Jumlah sampel pekerja yang diperlukan penelitian ini ialah sebagai berikut:

$$s = \frac{\lambda^2 \times N \times P \times Q}{d^2(N - 1) + \lambda^2 \times P \times Q}$$

Keterangan:

s = besar sampel

λ = dk = 1

N = besarnya populasi

d = derajat ketelitian yaitu 5 %

P = Q = proporsi populasi = 50%

Hasil perhitungan:

$$s = \frac{\lambda^2 \times N \times P \times Q}{d^2(N - 1) + \lambda^2 \times P \times Q}$$

$$s = \frac{1^2 \times 37069 \times 0.5 \times 0.5}{0,05^2(37069 - 1) + 1^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$s = \frac{9267,25}{92,92}$$

$$s = 99,75$$

$$s = 100$$

Perhitungan di atas, didapatkan sampel penelitian sebesar 100 pasien. Dan untuk menghindari *drop out* misal adanya kuesioner yang tidak lengkap, kuesioner hilang dll maka sampel ditambahkan 10% dari total sampel yaitu menjadi 110 pasien. Selanjutnya untuk menentukan banyaknya anggota sampel dari tiap jenis pembiayaan pasien digunakan perhitungan proporsi sebagai berikut :

$$ni = \frac{Ni}{N} \times n$$

Keterangan: ni = besarnya sampel untuk sub populasi

Ni= masing-masing populasi

N = Populasi secara keseluruhan

n = besar sampel

Berdasarkan rumusan tersebut diperoleh sampel tiap status pembiayaan pasien di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates Jember sebagai berikut:

Tabel 3.1 Jumlah sampel tiap status pembiayaan pasien

No	Pasien	Ni	N	n	ni
1	Non JKN	30181	37069	110	90
2	JKN BPJS Kesehatan	6888	37069	110	20
	Jumlah	37069			110

Dalam memilih sampel, peneliti menggunakan kriteria sampel. Kriteria sampel bertujuan untuk menyeleksi populasi terutama populasi yang heterogen untuk dijadikan populasi homogen sebelum diambil sebagian menjadi sampel melalui teknik *accidental sampling* dalam rangka untuk mengurangi bias (Nasir, 2011).

Kriteria :

- a. Pasien usia 20-70 tahun
- b. Bersedia menjadi responden
- c. Jenis riwayat penyakit, meliputi penyakit kronis dan akut, merupakan pasien JKN dan Non-JKN
- d. Pembiayaan Pasien :
 - Pasien dengan status pembiayaan umum/pribadi
 - Pasien dengan status pembiayaan sebagai peserta JKN BPJS kesehatan

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan Teknik *Non-probability Sampling (accidental sampling)*. Teknik *Non-probability Sampling* memiliki pengertian bahwa setiap anggota populasi memiliki peluang nol. Artinya, pengambilan sampel kriteria tertentu dalam hal ini yaitu status pasien JKN dan Non JKN. Teknik ini dilakukan secara non-probability Sampling dengan asumsi umum yaitu sampel pada penelitian ini diambil secara random. Pendekatan Sampling incidental adalah Teknik penentuan sampel berdasarkan kebetulan, yaitu siapa saja yang secara kebetulan/incidental bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel yaitu khususnya kepada pasien JKN dan Non JKn yang menjadi sampel penelitian (Notoatmojo, 2005).

3.4 Variabel dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel

Variabel adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, obyek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk

dipelajari atau kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2014). Variabel mengandung pengertian ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok lain (Notoatmodjo, 2010).

a. Variabel terikat

Variabel terikat (*dependent variable*) merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas (Sugiyono, 2014). Dalam penelitian ini yang menjadi variabel terikat adalah kepuasan pasien.

b. Variabel bebas

Variabel bebas (*independent variable*) adalah merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya (Sugiyono, 2014). Dalam penelitian ini variabel bebasnya ialah mutu pelayanan di instalasi farmasi yang indikatornya meliputi kehandalan, jaminan, bukti fisik, ketanggapan dan empati.

3.4.2 Definisi Operasional

Tabel 3.2 Definisi operasional

No	Variabel yang diteliti	Definisi operasional	Pengukuran	Teknik pengambilan data	Skala data
Variabel terikat untuk Responden Kategori Pasien JKN					
1a	Kepuasan pasien rawat jalan JKN	Perasaan senang atau kecewa yang dirasakan oleh pasien rawat jalan JKN terhadap pelayanan yang meliputi kepuasan menyeluruh (<i>overall satisfaction</i>), Kesesuaian produk dengan harapan (<i>expectation</i>) dan kepuasan selama menjalin hubungan (<i>experience</i>)	Diukur dengan 6 pertanyaan dengan kriteria penilaian menggunakan skala likert. Kategori penilaian : 1. Sangat Puas, bila skor 30-40 2. Puas (skor 20-29). 3. tidak puas apabila skor 10-19.	Wawancara/Kuisisioner kepada pasien JKN	Ordinal

Tabel 3.2 Definisi Operasional Berlanjut Ke Halaman 52

No	Variabel yang diteliti	Definisi operasional	Pengukuran	Teknik pengambilan data	Skala data
			4. Sangat Tidak Puas apabila terdapat banyak keluhan terhadap pelayanan farmasi jika skor 0-9		
			skor maks 4x10 =40 skor min 1x10 = 10		
Variabel terikat untuk Responden Kategori Pasien JKN					
1	Kepuasan pasien rawat jalan Non JKN	Perasaan senang atau kecewa yang dirasakan oleh pasien rawat jalan Non JKN terhadap pelayanan yang meliputi kepuasan menyeluruh (<i>overall satisfaction</i>), Kesesuaian produk dengan harapan (<i>expectation</i>) dan kepuasan selama menjalin hubungan (<i>experience</i>)	Diukur dengan 6 pertanyaan dengan kriteria penilaian menggunakan skala likert. Kategori penilaian : 1. Sangat Puas, bila skor 30-40 2. Puas (skor 20-29). 3. tidak puas apabila skor 10-19. 4. Sangat Tidak Puas apabila terdapat banyak keluhan terhadap pelayanan farmasi jika skor 0-9	Wawancara/Kuisisioner kepada pasien Non JKN	Ordinal
			skor maks 4x10 =40 skor min 1x10		

Tabel 3.2 Definisi Operasional Berlanjut Ke Halaman 53

No	Variabel yang diteliti	Definisi operasional	Pengukuran	Teknik pengambilan data	Skala data
= 10					
Variabel bebas					
2	Mutu Pelayanan Pasien	Pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata serata penyelenggaraannya sesuai dengan standard (Azrul, Azwar, 1996)	Diukur dengan melihat rata-rata dari 5 Dimensi mutu pelayanan dengan metode Servqual (Kehandalan, Jaminan, Bukti Fisik, Emphati, Ketanggapan) Cara Perhitungan : D1+D2+D3+D4+D5/5 D1 = Nilai Kehandalan D2 = Nilai Jaminan D3 = Nilai Bukti Fisik D4 = Nilai Emphati D5 = Nilai Ketanggapan	Kuisisioner	Ordinal
a.	Kehandalan (<i>reliability</i>)	Pelayanan instalasi farmasi yang mudah dan tidak berbelit, obat yang diresepkan selalu tersedia dan kemampuan petugas dalam menjelaskan cara pemakaian obat	Diukur dengan pertanyaan nomor 1-3 Skor maksimal 9 Skor minimal 3 Penentuan skor jika Baik = 7,1 -9 Cukup baik = 5,1 - 7 Kurang baik = 3-5	Kuisisioner	Ordinal
b.	Jaminan (<i>Assurance</i>)	Kemampuan petugas dalam memberikan kesempatan pasien untuk bertanya, memiliki keterampilan dan pengetahuan yang baik dan letak	Diukur dengan pertanyaan nomor 7-9 Skor maksimal 9 Skor minimal 3 Penentuan skor jika	Kuisisioner	Ordinal

Tabel 3.2 Definisi Operasional Berlanjut Ke Halaman 54

No	Variabel yang diteliti	Definisi operasional	Pengukuran	Teknik pengambilan data	Skala data
		farmasi yang mudah dijangkau	Baik =7,1 -9 Cukup baik = 5,1 - 7 Kurang baik = 3-5		
c.	Bukti Fisik (<i>Tangible</i>)	Aspek – aspek nyata yang bisa di lihat meliputi ruang tunggu yang nyaman dan bersih, penataan loket yang rapi dan bersih dan kemasan obat dalam keadaan baik	Diukur dengan pertanyaan nomor 4-6 Skor maksimal 9 Skor minimal 3 Penentuan skor jika Baik =7,1 -9 Cukup baik = 5,1 - 7 Kurang baik = 3-5	Kuisisioner	Ordinal
d.	Emphati (<i>Emphaty</i>)	Adalah sikap petugas farmasi meliputi keramahan dan kesabaran, sopan dan hormat pada pasien dan kemampuan petugas dalam berkomunikasi	pertanyaan nomor 13-15 Skor maksimal 9 Skor minimal 3 Penentuan skor jika Baik =7,1 -9 Cukup baik = 5,1 - 7 Kurang baik = 3-5	Kuisisioner	Ordinal
e.	Ketanggapan (<i>responsiveness</i>)	Adalah daya tanggap petugas farmasi terhadap kebutuhan responden yang meliputi kecepatan menyiapkan obat, waktu tunggu obat yang singkat dan kejelasan informasi antrian	pertanyaan nomor 10-12 Skor maksimal 9 Skor minimal 3 Penentuan skor jika Baik =7,1 -9 Cukup baik = 5,1 - 7 Kurang baik = 3-5	Kuisisioner	Ordinal

3.5 Data dan Sumber Data Penelitian.

3.5.1 Data Primer

Data primer yaitu data yang diperoleh secara langsung oleh peneliti terhadap subjek penelitian (Praptomo, 2016). Data primer dalam penelitian ini ialah data yang diperoleh melalui kuesioner yang dibagikan langsung pada responden sesuai dengan variabel yang telah ditentukan dalam penelitian.

Data primer yang diperoleh melalui kuesioner yaitu usia, status pembiayaan pelayanan kesehatan, riwayat penyakit, mutu pelayanan farmasi dan kepuasan pasien.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder yaitu data-data yang diperoleh secara tidak langsung dari subjek/obyek penelitian, melainkan dari sumber lain yang sebelumnya sudah mempunyai/mengemukakan data tersebut (Praptomo, 2016). Data sekunder dari penelitian ini yaitu data Laporan Manajemen (LM) RSUD Kaliwates bulan Januari sampai dengan Desember tahun 2016 yang berisi tentang jumlah kunjungan pasien rawat jalan di masing – masing poli rawat jalan dan jumlah resep rawat jalan yang di layani di Instalasi farmasi RSUD Kaliwates. Data sekunder ini digunakan untuk menentukan estimasi jumlah sampel penelitian dan rentang waktu penelitian.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

a. Wawancara

Wawancara merupakan teknik pengumpulan data dimana pewawancara (peneliti/ yang diberi tugas melakukan pengumpulan data) dalam mengumpulkan data mengajukan suatu pertanyaan kepada yang di wawancarai (Sugiyono, 2014). Wawancara dapat dilakukan secara terstruktur maupun

tidak terstruktur, dan dapat dilakukan melalui tatap muka (*face to face*) maupun dengan menggunakan telepon.

b. Observasi

Observasi menurut Larry Cristensen dalam Sugiyono (2014) diartikan bahwa Observasi sebagai pengamatan terhadap pola perilaku manusia dalam situasi tertentu, untuk mendapatkan informasi tentang fenomena yang diinginkan. Observasi merupakan proses untuk memperoleh data dari tangan pertama dengan mengamati orang dan tempat pada saat dilakukan penelitian (Crowell dalam Sugiyono, 2014).

c. Dokumentasi

Metode dokumentasi adalah mencari data mengenai hal-hal atau variabel yang berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, lengger, agenda, dan sebagainya (Arikunto, 2006). Data yang didapat dari dokumentasi berupa data kunjungan pasien rawat jalan umum, peserta JKN BPJS Kesehatan dan mitra lain yang berkunjung ke instalasi farmasi RSUD Kaliwates dan data Laporan manajemen RSUD Kaliwates.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Pengumpulan data dengan cara apapun, selalu dibutuhkan alat yang disebut dengan instrumen pengumpulan data (Notoatmodjo, 2010). Instrumen pengumpulan data merupakan alat yang digunakan untuk pengumpulan data penelitian (Juliandi, 2014). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data dimana partisipan / responden mengisi pertanyaan atau pernyataan kemudian setelah diisi dengan lengkap mengembalikan kepada peneliti (Sugiyono, 2014). Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang efisien bila peneliti tau dengan pasti variabel yang akan diukur dan tau apa yang bisa diharapkan dari responden. Kuesioner dapat berupa pertanyaan/pernyataan tertutup atau terbuka, dapat diberikan kepada responden secara langsung atau melalui internet. Dalam penelitian ini kuesioner ditujukan untuk mengetahui variabel terikat dan variabel bebasnya.

a. Kuesioner mutu pelayanan

Pertanyaan tentang mutu pelayanan yang didalamnya memuat 5 dimensi mutu pelayanan diukur menggunakan kuesioner yang berisi 15 pertanyaan mengenai *Reliability, Assurance, Tangible, Emphaty* dan *Responsiveness*.

b. Kuesioner Kepuasan Pasien

Untuk mengukur kepuasan pasien peneliti menggunakan 6 pertanyaan dengan masing – masing pertanyaan memiliki sub pertanyaan mengenai kesesuaian produk atau jasa yang ditawarkan dengan harapan.

Kategori kepuasan pasien menurut Munjaya (2011) menjadi :

- 1) Kurang puas jika $performance < expectation$
- 2) Puas jika $performance = expectation$
- 3) Sangat puas jika $performance > expectation$

3.7 Pengolahan Dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan salah satu langkah yang penting. Hal ini karena data yang diperoleh langsung dari penelitian masih mentah, belum memberikan informasi apa-apa, dan belum siap untuk disajikan. Untuk memperoleh data sebagai hasil yang berarti dan kesimpulan yang baik, diperlukan pengolahan data (Notoatmodjo, 2010). Proses pengolahan data dapat melalui tahap-tahap berikut:

a. *Editing* (memeriksa data)

Hasil kuesioner/angket, atau pengamatan dari lapangan harus dilakukan penyuntingan terlebih dahulu. Secara umum editing adalah merupakan kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuisisioner. Tujuan dari *editing* adalah untuk mengurangi kesalahan atau kekurangan yang ada dalam daftar pertanyaan yang sudah diselesaikan sampai sejauh mungkin.

b. *Coding* (memberikan kode)

Setelah semua kuisisioner diedit atau disunting, selanjutnya dilakukan pengkodean atau coding, yakni mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan.

c. *Skoring* (pemberian nilai)

Pada tahap ini dilakukan pemberian skor atau nilai terhadap jawaban responden dari pertanyaan dalam kuesioner.

d. *Tabulasi* (melakukan klarifikasi)

Jawaban-jawaban yang sudah diberi kategori dikelompokkan kemudian dimasukkan dalam tabel.

3.7.2 Teknik Analisis Data

Penelitian ini analisis data dilakukan dengan dua cara yaitu:

a. Analisis Univariat (Analisis Deskriptif)

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2012). Dalam penelitian ini variabel yang akan dianalisis secara deskriptif adalah mutu pelayanan dan kepuasan pasien. Analisis Deskriptif dilakukan dengan cara melihat distribusi frekuensi dari masing-masing variable yaitu mutu pelayanan dan kepuasan pelayanan.

b. Analisis Bivariat

1) Uji Pengaruh

Analisis data dilakukan dengan menggunakan program komputer untuk mengetahui ada tidaknya kemaknaan pengaruh faktor risiko antara variabel bebas dan variabel terikat. Interval kepercayaan yang digunakan adalah 95% atau *level of significancy* 5% (0.05). Analisis menggunakan Analisis Regresi Linier Sederhana dalam Aplikasi SPSS. Analisis Regresi Linier Sederhana menurut Sugiyono, 2010 menjelaskan bahwa regresi sederhana didasarkan pada hubungan fungsional ataupun kausal satu variable Independen dengan satu variable dependen. Persamaan untuk regresi linier sederhana adalah :

$$Y = a + bX$$

Y = Subyek dalam variable yang diprediksikan

a = Harga Y bila X = 0

b = Angka arh koefisien regresi

X = Subyek pada variable independent yang mempunyai nilai tertentu

2) Uji Beda

Analisis dapat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga memiliki perbedaan (Notoatmodjo,2012). Untuk melihat ada tidaknya perbedaan tingkat kepuasan pasien rawat jalan Non JKN dengan pasien peserta JKN BPJS Kesehatan berdasarkan mutu pelayanan kesehatan maka peneliti menggunakan Analisis *Independent sampel t-test* menggunakan Aplikasi SPSS.

Independent sampel t-test adalah jenis uji statistika yang bertujuan untuk membandingkan rata-rata dua group yang tidak saling berpasangan atau tidak saling berkaiyan (Sugiyono, 2010).

3.8 Etika Penelitian

Penelitian kesehatan pada umumnya dan penelitian kesehatan masyarakat pada khususnya menggunakan manusia sebagai objek yang diteliti di satu sisi dan di sisi yang lain manusia sebagai peneliti atau yang melakukan penelitian. Hal ini berarti ada hubungan timbal balik antara orang sebagai peneliti dan orang sebagai yang diteliti. Hubungan antara peneliti dengan yang diteliti adalah sebagai hubungan antara mereka yang memerlukan informasi dan mereka yang memberikan informasi (Notoadmojo, 2010). Penelitian ini menggunakan beberapa etika penelitian diantaranya :

a. *Informed Consent*

Persetujuan tindakan medik/*Informed Consent* adalah persetujuan yang diberikan oleh atau keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut. Lembaran ini ditandatangani oleh responden dan dua saksi.

b. *Ethical Clerence*

Ethical Clerence atau kelayakan etik adalah keterangan tertulis yang diberikan oleh komisi etik penelitian untuk riset yang melibatkan

mahluk hidup yang menyatakan bahwa suatu proposal riset layak dilaksanakan setelah memenuhi persyaratan tertentu. Persetujuan dari komisi *Ethical Clerence* dalam suatu penelitian juga sangat perlu dalam publikasi jurnal ilmiah nasional ataupun international. *Ethical Clerence* dikeluarkan oleh Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember.



BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan tentang *Pengaruh Mutu Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Jalan Di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Kaliwates Jember*, maka dapat disimpulkan bahwa:

- a. Mutu pelayanan di Instalasi Farmasi rawat jalan RSUD Kaliwates dapat dikatakan sudah cukup baik. Mutu pelayanan di Instalasi Farmasi ditinjau dengan pendekatan 5 dimensi mutu yaitu sebagai berikut : Dimensi kehandalan pasien JKN maupun Non JKN menyatakan cukup baik. Dimensi bukti fisik pasien JKN menyatakan sudah baik dan pasien Non JKN menyatakan Cukup Baik. Dimensi Jaminan pasien JKN menyatakan baik dan pasien Non JKN menyatakan cukup baik. Dimensi ketanggapan pasien JKN dan Non JKN menyatakan masih kurang baik. Dimensi *Emphaty* pasien JKN menyatakan baik dan Non JKN menyatakan cukup baik.
- b. Kepuasan pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates baik peserta JKN maupun Non JKN sama-sama menyatakan cukup puas terhadap pelayanan yang sudah didapatkan selama ini.
- c. Berdasarkan hasil uji pengaruh didapatkan bahwa ada pengaruh antara mutu pelayanan terhadap kepuasan pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates Jember. Berdasarkan persamaan regresi tersebut dapat dijelaskan bahwa kenaikan skor mutu pelayanan rawat jalan di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates berkecenderungan diikuti oleh kenaikan kepuasan pelayanan.
- d. Hasil analisis uji beda menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan kepuasan pasien antara pasien Non JKN dan JKN Rawat Jalan di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates Jember.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan, saran yang perlu dipertimbangkan oleh pihak-pihak terkait dalam kaitannya dengan hubungan mutu pelayanan dengan kepuasan pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates antara lain :

- a. Bagi peneliti
 - 1) Meningkatkan pengetahuan tentang proses peningkatan mutu pelayanan kefarmasian
 - 2) Menambah referensi tentang kepuasan untuk memberikan informasi dan masukan kepada pihak rumah sakit
- b. Bagi manajemen RSUD Kaliwates
 - 1) Meningkatkan kinerja pelayanan kesehatan terutama di layanan Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates dengan cara melakukan pengawasan dan evaluasi secara berkala terhadap pelaksanaan pelayanan yang diberikan
 - 2) Melakukan evaluasi SDM terutama bagi pelaksana layanan di Instalasi farmasi RSUD Kaliwates dengan melakukan pembinaan/diklat SDM berkesinambungan baik dari sisi komunikasi dan penampilan.
 - 3) Mengadakan perbaikan sesuai atribut – atribut yang menjadi prioritas utama yaitu peremajaan sarana dan prasarana instalasi Farmasi terutama dalam hal ruang tunggu dan akses pelayanan.
- c. Bagi Pasien
 - 1) Selalu memperhatikan aspek kesehatan dan gaya hidup
 - 2) Berkonsultasi pada Apoteker terhadap pemakaian obat dengan baik dan benar
- d. Bagi peneliti lain
 - 1) Perlu dilakukan penelitian lanjutan tentang standar pelayanan farmasi yang bisa diterapkan dengan baik di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates.
 - 2) Sebaiknya dilakukan penelitian dengan sampel yang lebih banyak mengingat tren kunjungan pasien peserta JKN BPJS Kesehatan semakin meningkat.

DAFTAR PUSTAKA

- Armen F & Azwar V. 2013. *Dasar – Dasar Manajemen Keuangan Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Arikunto, Suharsimi. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Edisi Revisi VI. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Arini, Luh. 2015. *Analisis Pengendalian Intern Terhadap Persediaan Obat untuk Pasien Pengguna BPJS Kesehatan di RSUD Kabupaten Buleleng*. E Jurnal Universitas Pendidikan Ganesha. Vol 3 No 1.
- Azwar. A. 2009. *Pengantar Administrasi Kesehatan, Edisi Ketiga*. Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Azwar, A. 1996. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Sinar Harapan
- Baroroh, Faridah. 2011. *Evaluasi Implementasi Pelayanan Informasi Obat Pasien Rawat Jalan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Yogyakarta*. Jurnal ilmiah kefarmasian Vol 1 No 2 71 – 77.
- Bustami. 2011. *Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan & Akseptabilitasnya*. Jakarta: Erlangga.
- BPJS Kesehatan. 2014. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- Dahlan, S. 2015. *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Edisi 6 Cetakan Ketiga. Jakarta: Epidemiologi Indonesia.
- Fahmi, I. 2012. *Manajemen Teori, Kasus dan Solusi*. Cetakan Kedua. Bandung: Alfabeta.
- Kawahe, M. Dkk. 2015. *Hubungan Antara Mutu Pelayanan Kefarmasian dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Teling Atas Kota Manado*. Jurnal Ilmiah Farmasi, 4 (4): 261-269.
- Kementerian Kesehatan RI. 2009. *Undang – Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.

- Kementerian Kesehatan RI. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan No. 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perijinan Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan No. 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan No. 72 Tahun 2016 Tentang Standart Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit*. Jakarta: Kementrian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan RI. 2017. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien*. Jakarta: Kementrian Kesehatan.
- Kotler dan Keller. 2007. *Manajemen Pemasaran Edisi 12, Jilid I*. Jakarta: PT Indeks.
- Marwansyah. 2016. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Edisi Kedua Cetakan Keempat. Bandung: Alfabeta
- Mongi, Jeane. 2014. *Implementasi Pelayanan Kefarmasian di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Angkatan Darat Robert Wolter Mongosidi Manado*. Anonim
- Muninjaya A.a. Gde. 2011. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Nasir, A., Muhith. 2001. *Buku Ajar Metodologi Penelitian Kesehatan*. Cetakan 1. Yogyakarta: Nuha Medika
- Nafs, Tazkiyatun. 2017. Pengaruh Mutu Pelayanan Kesehatan Terhadap Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Inap Di Ruang Dewasa Umum Rumah Sakit X Kabupaten Gresik. *Jurnal Psikosains, Vol 12. No 2 Hal 99-111*
- Nafisatul, Nila. 2013. Analisis Perbedaan Tingkat Kepuasan Pasien Umum Dan Pasien Jamkesmas Terhadap Pelayanan Dokter Pada Unit Rawat Inap Di Puskesmas Mlonggo Kabupaten Jepara. Skripsi
- Naufal, Roby. 2016. Perbedaan Kepuasan antara Pasien Peserta Jaminan Kesehatan Nasional dengan Umum Berdasarkan Mutu Pelayanan Kesehatan di Instalasi Rawat Inap RSD dr. Soebandi Jember. Skripsi : Unej
- Notoadmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi Cetakan ke 2. Jakarta: Rineka Cipta.

- Pohan, I. 2007. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan; Dasar – Dasar Pengertian Dan Penerapan*. Jakarta: EGC
- Praptomo, A.J. 2017. *Metodologi Riset Kesehatan Teknologi Laboratorium Medik dan Bidang Kesehatan Lainnya*. Edisi 1. Yogyakarta: Deepublish
- Purwanto, Heri 2015. *Faktor Penyebab Waktu Tunggu Lama di Pelayanan Instalasi Farmasi Rawat Jalan RSUD Blambangan*. Jurnal Kedokteran Brawijaya. Vol 28 Suplemen No. 2
- Puspitasari, Diana. 2012. *Usulan Perbaikan Kualitas Pelayanan pada Instalasi Rawat Jalan dengan metode Servqual dan Triz*. J@TI Undip, Vol VII No 2
- Rumah Sakit Umum Kaliwates. 2016. *Laporan Manajemen Rumah Sakit Umum Kaliwates*. Jember: PT Rolas Nusantara Medika.
- Sari, K.A.dkk 2014. *Penilaian Kepuasan Pasien Terhadap Mutu Pelayanan Instalasi Rawat Jalan RS H.S Samsoeri Mertojoso Surabaya*. Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia, 2 (4): 235-242.
- Siregar, C. 2015. *Farmasi Rumah Sakit : Teori dan Penerapan*. Edisi Cetakan 2015. Jakarta: EGC.
- Sinambela L.P. 2006. *Reformasi Pelayanan Publik (Teori, Kebijakan, Dan Implementasi)*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Methods)*. Cetakan Keenam. Bandung : Alfabeta
- Supartiningsih, S. 2017. *Kualitas Pelayanan Kepuasan Pasien Rumah Sakit: Kasus Pada Pasien Rawat Jalan*. Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit, 6 (1): 9-15.
- Sudian, T. 2011. *Hubungan Kepuasan Pasien Terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Cut Mutia Kabupaten Aceh Utara*. Jurnal Kesehatan Masyarakat.
- Suprayanti, Eri. 2011. *Redesign pelayanan farmasi dengan metode FMEA*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol 14 No. 02
- Supranto. 2001. *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan (Untuk Menaikkan Pangsa Pasar)*. Cetakan Kedua. Jakarta: Rineka Cipta.
- Suryawati, Chriswardhani. 2004. *Kepuasan Pasien Rumah Sakit*. JMPK, Vol. 07/No.04/Desember/2004

- Swarjana, I.K. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi 1. Yogyakarta: Andi.
- Thabrany, H. 2015. *Jaminan Kesehatan Nasional*. Edisi Kedua Cetakan Kedua. Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Utama, A. 2003. *Analisis Pengaruh Persepsi Kualitas Pelayanan terhadap Kepuasan Pelanggan Rumah Sakit Umum Cakra Husada Klaten*. Jurnal Opsi, 1 (2): 96-110.
- Yusuf, M. 2014. *Metode penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan Penelitian Gabungan*. Edisi Pertama. Jakarta: Prenadamedia.
- Wanarto, Guntur, B. 2013. *Penilaian Mutu Pelayanan Kesehatan Oleh Pelanggan*. Cetakan Pertama. Magetan: Forum Ilmiah Kesehatan (Forikes).

LAMPIRAN 1.1 (Informed Consent)

Judul : Pengaruh Mutu Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates

Lembar Persetujuan Responden (Informed Consent)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama :

Alamat :

No. HP :

Bersedia untuk dijadikan responden dalam penelitian yang berjudul **“Pengaruh Mutu Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates”**

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan risiko apapun pada saya. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut di atas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar serta kerahasiaan jawaban yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk ikut sebagai responden dalam penelitian ini.

Jember, September 2017

Responden,

(.....)

LAMPIRAN 1.2 (Quesioner)**Judul : Pengaruh Mutu Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Instalasi Farmasi RSUD Kaliwates**

Petunjuk Pengisian

1. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
2. Beri tanda \surd jawaban yang sesuai dengan jawaban yang tersedia dan anda rasakan.
3. Mohon menjawab pertanyaan dengan jujur.

A. KARAKTERISTIK RESPONDEN

1. Nama :
2. Alamat :
3. Usia :
4. Status pembiayaan : Umum / JKN BPJS Kesehatan / Mitra Asuransi Lain
(coret yang tidak perlu)
5. Riwayat / Diagnosa penyakit :

B. DIMENSI MUTU PELAYANAN

1. Keandalan (Realibility)

No	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju
1	Pelayanan mudah dan tidak berbelit			
2	Obat yang di resepkan selalu tersedia			
3	Petugas menjelaskan cara pemakaian obat			

2. Bukti Fisik (Tangible)

No	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju
4	Ruang Tunggu yang nyaman dan bersih			
5	Penataan loket obat yang rapi dan bersih			
6	Obat dalam keadaan baik (kemasan baik)			

3. Jaminan (Assurance)

No	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju
7	Petugas memberi kesempatan pasien untuk bertanya			
8	Petugas memiliki ketrampilan dan pengetahuan yang baik			
9	Letak farmasi yang mudah dijangkau			

4. Ketanggapan (Responsiveness)

No	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju
10	Petugas segera menyiapkan obat			
11	Waktu tunggu obat yang singkat			
12	Terdapat kejelasan nomer antrian menunggu			

5. Empati (Empathy)

No	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju
1	Petugas ramah dan sabar			
2	Petugas sopan dan hormat dengan pasien			
3	Petugas berkomunikasi (memberikan informasi) dengan baik			

C. KEPUASAN PASIEN

No	Pernyataan	Sangat Puas	Cukup Puas	Kurang Puas	Tidak Puas
1	Over All satisfaction				
	a. Bangunan Instalasi Farmasi				
	b. Kinerja petugas atau karyawan farmasi				
	c. Kecepatan pelayanan obat				
2.	Expectation				
	a. Kemasan Produk obat				
	b. Kelengkapan produk obat dan Alkes				
3	Experience				
	a. Harga obat				
	b. Ruang tunggu				
	c. Pelayanan Informasi Obat				

Jember, September 2017

(Responden)

LAMPIRAN 1.3 (Foto Kegiatan Wawancara)



Gambar 1. Proses wawancara di instalasi farmasi RSU Kaliwates Jember



Gambar 2. Proses wawancara di instalasi farmasi RSU Kaliwates Jember



Gambar 3. Loker di Instalasi Farmasi RSU Kaliwates Jember



Gambar 4. Loker di Instalasi Farmasi RSU Kaliwates Jember



Gambar 5. Pelayanan Loker di Instalasi Farmasi RSU Kaliwates Jember



Gambar 6. Pelayanan Loker di Instalasi Farmasi RSU Kaliwates Jember

LAMPIRAN 1. 4 UJI REGRESI LINIER SEDERHANA

- a. Asumsi-asumsi yang harus dipenuhi untuk melakukan Uji Regresi Linier Sederhana pada penelitian ini.

UJI PARAMETRIK

1) Uji Normalitas

Hasil Uji Normalitas sebagai berikut :

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	N	Normal Parameters		Most Extreme Differences			Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Absolute	Positive	Negative		
Unstandardized Residual	110	.0000000	2.17430370	.063	.063	-.046	.657	.781

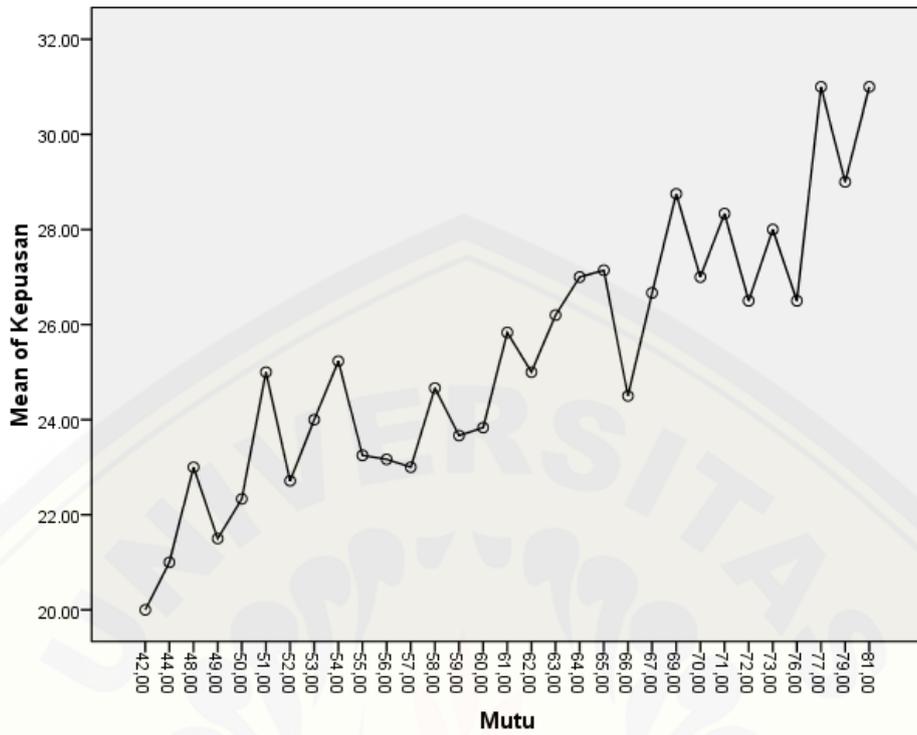
2) Uji Homogenitas

Hasil Uji Homogenitas adalah sebagai berikut :

Test of Homogeneity of Variances

Kepuasan

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.044	23	79	.425



ASUMSI UJI KLASIK

1) Uji Linieritas

Hasil Uji Linieritas adalah sebagai berikut :

ANOVA Table

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Mutu * Kepuasan	Between Groups	(Combined)	3160.023	14	225.716	6.312	.000
		Linearity	2719.920	1	2719.920	76.058	.000
		Deviation from Linearity	440.103	13	33.854	.947	.509
	Within Groups		3397.295	95	35.761		
Total			6557.318	109			

2) Uji Heteroskedastisitas

Hasil Uji Heteroskedastisitas adalah sebagai berikut :

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.791	1.047		1.710	.090
	Mutu	-.002	.017	-.013	-.131	.896

a. Dependent Variable: RES2

3) Uji Multikolonieritas

		Model	
		1	
		(Constant)	Mutu
Unstandardized Coefficients	B	10.957	.236
	Std. Error	1.626	.027
Standardized Coefficients	Beta		.644
	T	6.739	8.749
Sig.		.000	.000
Correlations	Zero-order		.644
	Partial		.644
	Part		.644
Collinearity Statistics	Tolerance		1.000
	VIF		1.000

a. Dependent Variable: Kepuasan

Pada hal ini nilai Tolerance mutu pelayanan lebih besar dari 0,10 yaitu 1.000, sedangkan nilai VIF yang ada lebih kecil dari 10,00 yaitu 1.000. Berdasarkan hasil tersebut diatas maka dinyatakan tidak terjadi Multikolinieritas terhadap data yang di uji.

4) Uji Autokorelasi

Model Summary^b

Model	Durbin-Watson
1	1.944 ^a

a. Predictors: (Constant),
Mutu

b. Dependent Variable:
Kepuasan

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	10.957	1.626		6.739	.000
	Mutu	.236	.027	.644	8.749	.000

a. Dependent Variable: Kepuasan

Nilai DU yaitu 1.944 dalam hal ini lebih besar dari pada du Tabel dengan N = 110 yaitu 1.7074 sehingga dapat dikatakan tidak terdapat autokorelasi

b. Hasil uji Regresi Linier Sederhana sebagai berikut :

Variables Entered/Removed^b

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Mutu ^a		. Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: Kepuasan

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.605 ^a	.365	.360	2.27456

a. Predictors: (Constant), Mutu

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	321.802	1	321.802	62.200	.000 ^a
	Residual	558.752	108	5.174		
	Total	880.555	109			

a. Predictors: (Constant), Mutu

b. Dependent Variable: Kepuasan

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	12.026	1.667		7.213	.000
	Mutu	1.930	.245	.605	7.887	.000

LAMPIRAN 1. 5 UJI BEDA KEPUASAN PASIEN JKN DAN NON JKN

a. Hasil penelitian uji beda :

Group Statistics

Kategori	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Kepuasan JKN	20	24.9000	3.85118	.86115
Non JKN	90	25.1000	2.59234	.27326

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Kepuasan Equal variances assumed	4.911	.029	-.283	108	.777	-.20000	.70561	1.59864	1.19864
Equal variances not assumed			-.221	22.969	.827	-.20000	.90346	2.06910	1.66910

h1	Pearson Correlation	.645*	.301	.687*	.351	.702*	.608	.545	.468	.662*	.545	.667*	.444	.448	.547	.361	.459	.736*	.480	.848*	.629	1	.910*	.484	.761*
	Sig. (2-tailed)	.044	.399	.028	.319	.024	.062	.103	.173	.037	.103	.035	.198	.194	.102	.305	.182	.015	.160	.002	.052	.000	.156	.011	
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
h2	Pearson Correlation	.742*	.154	.670*	.254	.742*	.576	.571	.410	.588	.461	.607	.458	.454	.404	.473	.418	.794*	.322	.822*	.550	.910*	1	.618	.731*
	Sig. (2-tailed)	.014	.672	.034	.478	.014	.081	.084	.240	.074	.179	.063	.184	.188	.247	.168	.230	.006	.364	.003	.099	.000	.057	.016	
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
h3	Pearson Correlation	.667*	.173	.484	.202	.518	.496	.889*	.518	.622	.444	.287	.861*	.661*	.403	.777*	.296	.704*	.517	.684*	.580	.484	.618	1	.726*
	Sig. (2-tailed)	.035	.634	.156	.576	.125	.145	.001	.125	.055	.198	.422	.001	.037	.248	.008	.406	.023	.126	.029	.079	.156	.057	.018	
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
Totall	Pearson Correlation	.877*	.641*	.884*	.637*	.791*	.807*	.888*	.746*	.906*	.790*	.780*	.774*	.857*	.718*	.773*	.732*	.757*	.729*	.895*	.756*	.761*	.731*	.726*	1

Sig. (2-tailed)	.001	.046	.001	.048	.006	.005	.001	.013	.000	.007	.008	.009	.002	.019	.009	.016	.011	.017	.000	.011	.011	.016	.018
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

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

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



Uji Reliabilitas**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	10	62.5
	Excluded ^a	6	37.5
	Total	16	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.764	24

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
a1	108.40	995.156	.871	.753
a2	108.60	1008.711	.626	.757
a3	108.00	993.333	.878	.752
b1	108.10	1013.433	.624	.758
b2	108.20	1001.067	.782	.755
b3	108.10	998.544	.797	.754
c1	108.60	988.933	.881	.751
c2	108.60	1003.378	.735	.755
c3	108.50	990.278	.901	.752
d1	108.60	994.711	.779	.753
d2	108.10	993.878	.768	.753
d3	108.70	994.233	.762	.753
e1	108.10	995.878	.850	.753
e2	108.10	1009.878	.708	.757
e3	108.50	997.833	.761	.754
f1	107.20	998.178	.718	.754
f2	107.00	994.444	.744	.753
f3	107.60	980.489	.709	.750

g1	107.50	984.278	.889	.750
g2	107.80	984.844	.740	.751
h1	107.00	1000.000	.750	.754
h2	107.30	990.011	.715	.752
h3	107.40	1003.156	.713	.755
Total	55.20	260.178	1.000	.969

