

*Heru Santoso Wahito Nugroho
Suparji
Sunarto*

INDEKS KEPUASAN MASYARAKAT BERBASIS UNIT DAN ELEMEN
(IKMaBUDE)
DALAM PENILAIAN KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN

Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)
2018

ISBN 978-602-52417-5-8



9 786025 241758

**Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**

**INDEKS KEPUASAN MASYARAKAT
BERBASIS UNIT DAN ELEMEN (IKMaBUDE)
DALAM PENILAIAN KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN**

Penulis:

Heru Santoso Wahito Nugroho
Suparji
Sunarto

Penerbit:

Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)
2018

**Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**

**INDEKS KEPUASAN MASYARAKAT
BERBASIS UNIT DAN ELEMEN (IKMaBUDE)
DALAM PENILAIAN KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN**

Penulis:

Heru Santoso Wahito Nugroho
Suparji
Sunarto

ISBN 978-602-52417-5-8

Penerbit:

Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)

2018

Address:

Ngurah Rai Street 18, Bangli, Bali, Indonesia

E-mail:

Alohaacademy2018@gmail.com

Phone:

+6282142259360 (Indonesia)

+639173045312 (Philippines)

Editor:

Sri Hernawati

Copyright holder: Author(s)

PENGANTAR

Dalam buku ini dijelaskan tentang inovasi sederhana dalam bidang biostatistika yaitu suatu penghitungan indeks kualitas pelayanan kesehatan yang merupakan perpaduan antara penilaian kualitas berbasis unit pelayanan maupun penilaian kualitas berbasis elemen pelayanan.

Metode ini sangat terbuka untuk diterapkan bagi penilaian kualitas pelayanan lembaga-lembaga pelayanan kesehatan yang lain, bahkan juga bisa diterapkan untuk lembaga-lembaga pelayanan di luar bidang kesehatan.

Terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya disampaikan kepada:

- 1) *Chairman of Alliance of Health Activists (AloHA)* yang telah memfasilitasi penyusunan karya ilmiah ini.
- 2) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi yang telah memfasilitasi proses riset yang mendasari inovasi ini.
- 3) Para pakar yang telah menyumbangkan pertimbangan ilmiah sesuai dengan bidangnya
- 4) Seluruh responden penelitian yang mendasari inovasi ini
- 5) Seluruh pihak lain yang telah mendukung terwujudnya buku ini

Selanjutnya, masukan yang bersifat membangun sangat kami harapkan demi perbaikan pada edisi berikutnya.

Tim Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL 1	i
HALAMAN JUDUL 2	ii
PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB I: PENDAHULUAN.....	1
A-Latar Belakang.....	1
B-Tujuan.....	2
C-Manfaat.....	2
BAB II: SURVEI KEPUASAN MASYARAKAT DALAM RANGKA EVALUASI KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN	3
A-Kualitas Pelayanan Kesehatan	3
1-Definisi Kualitas Pelayanan Kesehatan	3
2-Model Kualitas Pelayanan Kesehatan	5
3-Dimensi Kualitas Jasa Pelayanan Kesehatan	7
B-Kepuasan Masyarakat Sebagai Indikator Kualitas Pelayanan Kesehatan.....	12
1-Pentingnya Kepuasan Masyarakat	12
2- Metode Pengukuran Kepuasan Pelanggan.....	14
C-Survei Kepuasan Masyarakat Terhadap Pelayanan Kesehatan... 17	
1-Regulasi Pelaksanaan Survei Kepuasan Masyarakat.....	17
2-Ruang Lingkup atau Aspek Penilaian Survei Kepuasan Masyarakat.....	18
3-Periode Survei Kepuasan Masyarakat	19
3-Teknik Pengukuran Kepuasan Masyarakat.....	20
4-Penghitungan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) dan Tingkatan Kualitas Pelayanan	20
5-Penyajian dan Publikasi Hasil SKM.....	21

**Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**

BAB III: METODE SURVEI KEPUASAN MASYARAKAT BERBASIS UNIT DAN ELEMEN.....	22
A-Pendekatan dan <i>Novelty</i>	22
B-Lokasi dan Waktu.....	22
C-Sumber Daya.....	22
1-Material	22
2-Sumberdaya Manusia.....	22
D-Tahapan Studi	23
1-Pemilihan Elemen-Elemen Pelayanan.....	23
2-Pemilihan Atribut-Atribut Sebagai Dasar Penentuan Tingkat Kepuasan Masyarakat Terhadap Pelayanan	24
3-Penentuan Metode Penilaian Tingkat Kepuasan Masyarakat Terhadap Pelayanan	24
4-Uji Coba Melalui Studi Lapangan.....	24
5-Pengajuan Rekomendasi.....	24
BAB IV: HASIL INOVASI METODE PENILAIAN INDEKS KEPUASAN MASYARAKAT BERBASIS UNIT DAN ELEMEN	25
A-Hasil Pemilihan Elemen-Elemen Pelayanan	25
B-Hasil Pemilihan Atribut-Atribut Sebagai Dasar Penentuan Tingkat Kepuasan Terhadap Pelayanan	25
C-Hasil Penentuan Metode Penilaian Kepuasan Masyarakat Terhadap Pelayanan	26
D-Hasil Uji Coba Melalui Studi Lapangan	28
1-Waktu, Lokasi dan Rancang Bangun	28
2-Populasi dan Sampel	28
3-Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel	29
4-Pengumpulan Data	29
5-Hasil Survei	30
E-Penarikan Kesimpulan Pengajuan Rekomendasi.....	36
BAB V: DISKUSI.....	38

**Aliansi Aktivist Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**

BAB VI: PENUTUP	45
A-Kesimpulan	45
B-Rekomendasi	45
 DAFTAR PUSTAKA.....	 46

BAB I: PENDAHULUAN

A-Latar Belakang

Haksama, et al. (2004) menjelaskan bahwa puskesmas sebagai unit pelayanan kesehatan yang berada pada ujung tombak dalam bidang pelayanan kesehatan dasar, diharapkan bisa memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan sesuai dengan kebutuhan pasar atau masyarakat, dengan demikian puskesmas perlu meningkatkan pelayanan agar mampu bersaing, berkembang, dan bertumbuh.

Sebagai lembaga yang bertugas memberikan pelayanan kepada masyarakat, puskesmas harus selalu memperbaiki dan mempertahankan mutu pelayanan kesehatan. Berkaitan dengan hal ini, Nugroho (2011) menjelaskan bahwa banyak cara untuk mengukur kualitas pelayanan kepada pelanggan, namun indikator kualitas yang paling penting adalah tingkat kepuasan pelanggan. Dalam hal ini, banyak ahli yang menyatakan bahwa dalam pengukuran kualitas produk jasa ataupun barang, yang terpenting adalah kualitas menurut persepsi pelanggan, yang diukur dalam bentuk tingkat kepuasan.

Mengacu pada penjelasan di atas, maka perlu dilakukan Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) terhadap pelayanan kesehatan dasar yang diberikan oleh setiap puskesmas, untuk melihat seberapa besar mutu pelayanan kesehatan menurut persepsi masyarakat sebagai pelanggan. Pada dasarnya pemerintah telah mengatur tentang tata cara pelaksanaan SKM, yang saat ini diatur melalui Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2017 Tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik; sebagai penyempurnaan atas Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 16 tahun 2014 tentang Pedoman Survei Kepuasan Masyarakat Terhadap Penyelenggaraan Pelayanan Publik.

Selain berfungsi untuk mengukur kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat, kegiatan SKM juga dimaksudkan untuk melihat gambaran sebagai acuan untuk pengembangan dan peningkatan kualitas pelayanan yang berkesinambungan sehingga dapat terwujud *good corporate governance*.

**Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**

Berdasarkan uraian di atas, maka Survei Kepuasan Masyarakat terhadap pelayanan kesehatan benar-benar menjadi kebutuhan yang sangat penting, sehingga harus diselenggarakan dan diikuti dengan rencana tindak lanjut berdasarkan hasil survei yang diperoleh.

B-Tujuan

Secara umum, studi ini bertujuan untuk mengembangkan metode baru dalam pengukuran indeks kepuasan masyarakat (kualitas pelayanan kesehatan) yaitu berbasis unit pelayanan dan elemen pelayanan. Sedangkan secara khusus, tujuan dari studi ini adalah sebagai berikut:

- 1) Mengukur indeks kepuasan masyarakat (kualitas pelayanan kesehatan) berbasis unit pelayanan.
- 2) Mengukur indeks kepuasan masyarakat (kualitas pelayanan kesehatan) berbasis elemen pelayanan.
- 3) Mengukur indeks kepuasan masyarakat (kualitas pelayanan kesehatan) secara keseluruhan.

C-Manfaat

Adapun manfaat dari hasil studi ini adalah sebagai berikut:

- 1) Memberikan gambaran tentang tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan puskesmas, sebagai ukuran dari kualitas pelayanan kesehatan.
- 2) Sebagai acuan bagi para pemangku kepentingan dalam pengambilan keputusan yang berkenaan dengan upaya untuk memperbaiki dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di puskesmas.
- 3) Sebagai referensi tambahan bagi upaya pengembangan ilmu pengetahuan yang berhubungan dengan peningkatan kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.
- 4) Sebagai acuan bagi lembaga-lembaga pelayanan masyarakat, dalam mengembangkan metode pengukuran kualitas pelayanan menurut persepsi masyarakat

BAB II: SURVEI KEPUASAN MASYARAKAT DALAM RANGKA EVALUASI KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN

A-Kualitas Pelayanan Kesehatan

1-Definisi Kualitas Pelayanan Kesehatan

Tjiptono (2005) sudah mengumpulkan definisi-definisi tentang kualitas yaitu: a) Kesesuaian dengan persyaratan / tuntutan; b) kecocokan untuk pemakaian; c) perbaikan / penyempurnaan secara berkelanjutan; d) bebas dari kerusakan / kecacatan; e) pemenuhan kebutuhan pelanggan semenjak awal dan setiap saat; f) melakukan segala sesuatu secara benar semenjak awal; g) sesuatu yang bisa membahagiakan pelanggan.

Uraian berikut akan memberikan penjelasan lebih jelas dengan disertai contoh dari setiap definisi:

- a) Pelayanan Rumah Sakit Z telah memenuhi persyaratan atau tuntutan pelanggan, maka banyak pasien yang menyatakan bahwa rumah sakit itu telah memberikan pelayanan dengan baik
- b) Banyak pasangan suami isteri mengatakan sesuai memakai IUD yang diberikan di poliklinik. Banyak tulisan dalam kotak pendapat bahwa mereka pas atau cocok dengan alat kontrasepsi itu. IUD itu sungguh-sungguh baik dan memuaskan.
- c) Ibu-ibu balita menyaksikan bahwa dari masa ke masa Posyandu R senantiasa memperbaiki dan meningkatkan pelayanan kepada masyarakat. Pantaslah bila mereka mengatakan bahwa posyandu itu semakin baik. Inilah posyandu yang berkualitas, seperti itulah kata mereka.
- d) Bidan-bidan di puskesmas sudah melihat bahwa peralatan kebidanan yang dibeli dari Perusahaan “Z” banyak yang cacat atau cepat rusak, maka mereka mengatakan bahwa “sesuatu yang diberikan oleh Perusahaan ‘Z’ kepada konsumen adalah sesuatu yang buruk dan mengecewakan”. Pelayanan perusahaan “Z” sungguh rendah kualitasnya.
- e) Kebanyakan pasien di Puskesmas “A” mengatakan: “Setiap saya menanti giliran di poliklinik, selalu membutuhkan waktu berjam-jam, barulah memperoleh kesempatan untuk diperiksa. Menurut pendapat saya, apa yang diberikan oleh Puskesmas “A” adalah

**Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**

- tidak baik. Seperti inilah wujud dari pelayanan yang bermutu?”
- f) “Sejak datang tadi, saya langsung diterima secara ramah oleh Bu Bidan, lalu ditanya apa keluhan saya, selanjutnya diperiksa dan diberi nasehat tentang cara merawat kehamilan saya. Bu Bidan telah melayani dengan baik sekali. Inilah mutu pelayanan yang diharapkan oleh orang banyak.”
- g) “Saya senang belajar di Akper C, karena pelayanan diberikan oleh dosen-dosen kaya akan pengalaman, fasilitas pendidikan memadai, dan lahan praktek yang digunakan juga sudah sesuai dengan standar. Tak salah saya sudah memilih tempat kuliah yang baik. Ini adalah contoh institusi pendidikan kesehatan yang berkualitas tinggi.

Ketujuh contoh di atas menunjukkan bahwa jika para pelanggan mengatakan bahwa apa yang didapatkan adalah baik, maka mereka mendapatkan sesuatu yang berkualitas tinggi, sebaiknya jika mereka mengatakan bahwa apa yang didapatkan adalah buruk, berarti mereka telah mendapatkan sesuatu yang berkualitas rendah.

Kualitas pelayanan kesehatan dapat dinilai berdasarkan standar dan/atau karakteristik yang beraneka ragam. Ini terjadi karena sangat banyak subyek yang terlibat dalam suatu pelayanan kesehatan, seperti: pasien, anggota masyarakat, organisasi dalam masyarakat, profesi pelayanan kesehatan, dinas kesehatan, pemerintah daerah, dan sebagainya. Dalam hal ini mereka mempunyai aneka sudut pandang mengenai unsur apa saja yang penting dalam suatu pelayanan kesehatan. Mereka mempunyai perbedaan pandangan, karena mempunyai latar belakang yang berbeda-beda seperti: tingkat pendidikan, pengetahuan, pekerjaan, pengalaman, lingkungan, serta kepentingan. Jadi jelaslah bahwa setiap subyek akan menilai kualitas layanan kesehatan dari sudut pandang yang beraneka ragam, sehingga penilaian tentang kualitas menjadi hal yang sangat unik (Pohan, 2006).

Sebagai contoh, seorang pelanggan rumah sakit yang kebetulan seorang fisikawan, sangatlah mungkin lebih cepat mengetahui bahwa sarana ventilasi dan pencahayaan di bangsal perawatan kurang memenuhi persyaratan kesehatan, sehingga secara naluriah dia akan menilai bahwa ruang perawatan itu kurang bermutu. Di sisi lain, pelanggan-pelanggan yang berpendidikan rendah relatif sangat mungkin tak mengerti tentang hal-hal seperti ini. Mungkin saja mereka sudah amat senang saat petugas kesehatan cepat tanggap

**Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**

akan kebutuhan mereka dan melayani dengan keramahan. Inilah yang mereka sebut sangat bermutu, padahal masih sesungguhnya ada kelemahan mengenai hal lain yang kebetulan belum dapat dikenali oleh mereka.

Berdasarkan contoh terakhir tersebut kelihatan bahwa walaupun hanya karena unsur perilaku petugas kesehatan, pelayanan kesehatan sudah dinilai bermutu tinggi oleh pelanggan. Memang penilaian masyarakat atau pelanggan adalah hal yang paling utama, tetapi bukan berarti bahwa penilaian dari perspektif lain menjadi bisa terabaikan begitu saja. Masih banyak perspektif lain yang harus diperhatikan yaitu kualitas pelayanan kesehatan menurut perspektif pemberi layanan kesehatan, penyandang dana, pemilik fasilitas pelayanan kesehatan serta administrator pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, kualitas pelayanan kesehatan tak hanya semata-mata didasarkan pada kemampuan untuk memuaskan kebutuhan masyarakat sebagai konsumen. Hal ini selaras dengan definisi Pohan (2006) tentang pelayanan kesehatan yang bermutu yaitu:

“suatu pelayanan kesehatan yang dibutuhkan, dalam hal ini akan ditentukan oleh profesi layanan kesehatan, dan sekaligus diinginkan baik oleh pasien/konsumen ataupun masyarakat serta terjangkau oleh daya beli masyarakat.”

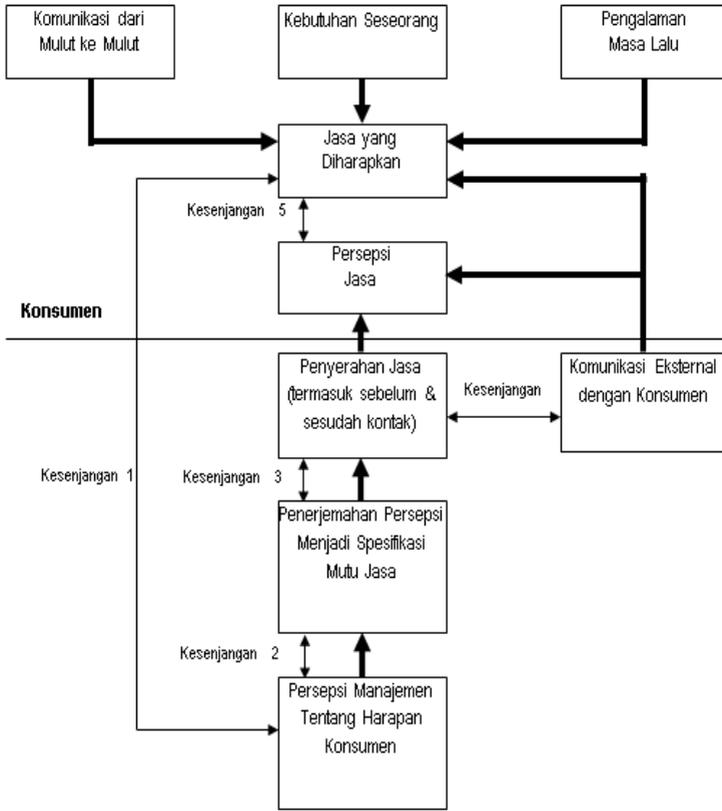
2-Model Kualitas Pelayanan Kesehatan

Sebagai bagian dari penyedia produk jasa, model kualitas pelayanan kesehatan bisa mengacu kepada model kualitas jasa. Parasuraman et al. (1985) cit. Kotler (2008) telah merumuskan model kualitas jasa yang menekankan kepada persyaratan utama dalam pemberian kualitas jasa yang tinggi (Gambar 2.1). Gambar itu menunjukkan lima gap atau kesenjangan yang menimbulkan kegagalan pemberian jasa, sebagai berikut:

- a. Gap antara harapan pelanggan dengan persepsi manajemen
Gap ini menandakan bahwa manajemen tak selalu paham akan apa yang diharapkan oleh pelanggan. Sebagai contoh, manajer sebuah rumah sakit mungkin mengira bahwa pasien mengharapkan makanan yang lebih baik, padahal pasien mungkin lebih menginginkan daya tanggap perawat terhadap mereka.
- b. Gap antara persepsi manajemen dengan spesifikasi mutu jasa

**Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**

Gap ini menandakan bahwa mungkin manajemen paham akan keinginan pelanggan, tetapi mereka tidak menetapkan standar kinerja. Sebagai contoh, manajer rumah sakit mungkin telah meminta perawat untuk melayani dengan “cepat”, namun tanpa memberikan uraian yang jelas.



Gambar 2.1. Model Kualitas Jasa

(Sumber: Parasuraman, Zethaml, dan Berry, 1985 dalam Kotler, 2008) [9]

- c. Gap antara spesifikasi mutu jasa dengan penyerahan jasa
Gap ini menandakan bahwa mungkin staf kurang terlatih, tak mampu atau tak patuh terhadap standar; atau mereka mungkin

**Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**

- dihadapkan kepada standar yang bertentangan. Sebagai contoh, standar untuk menyediakan waktu guna mendengarkan pelanggan dan memberikan pelayanan dengan cepat. Jika mereka mencukupkan waktu untuk mendengarkan pelanggan, mungkin hal ini akan menghambat kecepatan penyerahan jasa.
- d. Gap antara penyerahan jasa dengan komunikasi eksternal
Gap ini menandakan bahwa harapan konsumen dipengaruhi oleh pernyataan-pernyataan perwakilan dan iklan perusahaan. Sebagai contoh, jika brosur sebuah rumah sakit memperlihatkan kamar yang indah, namun saat pasien datang akhirnya menjumpai kamar yang kotor, berarti komunikasi eksternal sudah menyimpang dari harapan pelanggan.
- e. Gap antara persepsi jasa dengan jasa yang diharapkan
Gap ini menandakan bahwa kesenjangan mungkin terjadi jika konsumen memiliki persepsi yang salah mengenai kualitas jasa. Sebagai contoh, dokter mungkin tetap mengunjungi pasien dalam rangka menunjukkan kepedulian kepada pelanggan, tetapi pasien menafsirkan bahwa ada sesuatu yang tak beres dari dokter.

3-Dimensi Kualitas Jasa Pelayanan Kesehatan

Kualitas produk barang maupun jasa oleh Mowen dan Minor (2002) didefinisikan sebagai evaluasi secara menyeluruh pelanggan atas kebaikan kinerja dari barang atau jasa. Isu utama dalam menilai kinerja produk adalah dimensi apa yang digunakan oleh konsumen dalam rangka mengevaluasi kualitas produk itu.

Tabel 2.1. Dimensi Kualitas Pelayanan Kesehatan
di Negara Sedang Berkembang Menurut Brown et. al. (1998)

No	Dimensi
1	<i>Technical Competence</i> (Kompetensi Teknis)
2	<i>Access to Services</i> (Akses/Keterjangkauan Terhadap Layanan)
3	<i>Effectiveness</i> (Efektifitas)
4	<i>Interpersonal Relations</i> (Hubungan Interpersonal)
5	<i>Efficiency</i> (Efisiensi)
6	<i>Continuity</i> (Kesesinambungan)
7	<i>Safety</i> (Keamanan)
8	<i>Amenities</i> (Kenyamanan/Kenikmatan)

**Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**

Brown et. al. (1998) mengemukakan 8 dimensi kualitas pelayanan kesehatan untuk negara-negara yang sedang berkembang (Tabel 2.1). Tentu saja sebagai negara yang sedang berkembang, pelayanan kesehatan di Indonesia cocok jika menggunakan 8 dimensi tersebut dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan kepada masyarakat.

Kedelapan dimensi tersebut diuraikan sebagai berikut:

a-Dimensi Kompetensi Teknis

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

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

b-Dimensi Akses Terhadap Layanan

Akses atau keterjangkauan mengandung arti bahwa layanan tidak dibatasi oleh rintangan geografis, ekonomis, sosial, kultural (budaya), organisasional, atau bahasa.

Keterjangkauan geografis dapat diukur dari jenis transportasi, jarak, waktu tempuh, dan rintangan-rintangan fisik lain yang dapat diatasi oleh klien.

Keterjangkauan ekonomi berkaitan dengan *affordability* (kemampuan) membayar produk dan layanan yang diberikan.

Keterjangkauan sosial dan kultural berhubungan dengan tingkat penerimaan atau penolakan terhadap layanan kesehatan. Hal ini terkait dengan nilai budaya, kepercayaan, dan sikap konsumen. Sebagai contoh, layanan keluarga berencana mungkin tidak diterima jika terdapat hal-hal yang tidak selaras dengan kebudayaan setempat.

Keterjangkauan organisasional berkaitan dengan bagaimana layanan kesehatan diorganisir dengan baik agar memberikan kemudahan dan kenyamanan bagi konsumen. Contoh yang terkait dengan keterjangkauan organisasional antara lain tanggapan terhadap isu-isu *appointment system* (sistem penjanjian), waktu tunggu dan sebagainya.

Keterjangkauan bahasa mengandung arti bahwa layanan dapat diterima oleh bahasa atau dialek lokal. Dengan demikian pihak pemberi layanan kesehatan harus mampu memberikan layanan dengan bahasa yang mudah diterima oleh masyarakat lokal sebagai konsumen. Sebagai contoh, Puskesmas di daerah Madura seyogyanya memiliki sumber daya manusia yang mampu memberikan pelayanan dengan bahasa yang mudah diterima oleh masyarakat lokal yaitu Bahasa Madura.

c-Dimensi Efektifitas

Kualitas layanan kesehatan tergantung kepada efektifitas *service delivery norms* (aturan pemberian layanan) dan *clinical guidelines* (panduan klinik). Untuk dapat mengkaji dimensi efektifitas, kita harus menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut: Apakah prosedur atau penanganan, ketika sudah dilakukan dengan benar, memberikan hasil sesuai dengan keinginan? Apakah penanganan yang direkomendasikan adalah penanganan yang kebanyakan tepat secara

teknologis untuk setting yang diberikan? Efektifitas adalah dimensi penting dari kualitas pada tingkat sentral di mana aturan dan spesifikasi didefinisikan. Isu-isu efektifitas seharusnya juga dipertimbangkan pada tingkat lokal, yaitu tempat manajer memutuskan bagaimana cara melaksanakan aturan dan bagaimana menyesuaikan aturan tersebut pada kondisi lokal. Strategi yang perlu dijalankan untuk menjamin efektifitas adalah potensi kerugian akibat prosedur harus dibandingkan dengan potensi keuntungan dari prosedur tersebut.

d-Dimensi Hubungan Interpersonal

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

e-Dimensi Efisiensi

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

**Aliansi Aktivist Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**

nyaman, 3) layanan menjadi lebih mahal, 4) ketidaktepatan masa penanganan.

Melalui analisis efisiensi, manajer program kesehatan dapat memilih intervensi yang paling efektif dengan mempertimbangkan biaya.

f-Dimensi Kesenambungan

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

g-Dimensi Keamanan

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

Ruang-ruang tunggu di pusat layanan kesehatan juga dapat menjadi tempat penularan infeksi antar pasien jika upaya penurunan resiko tidak dilakukan. Contoh lain adalah, jika tenaga kesehatan

tidak memberikan petunjuk yang benar tentang pembuatan larutan rehidrasi oral, mungkin seorang ibu akan memberikan larutan dengan konsentrasi garam yang terlalu tinggi yang dapat membahayakan anaknya.

h-Dimensi Kenyamanan

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

B-Kepuasan Masyarakat Sebagai Indikator Kualitas Pelayanan Kesehatan

1-Pentingnya Kepuasan Masyarakat

Dalam penilaian kualitas pelayanan kesehatan, kepuasan masyarakat sebagai pelanggan adalah sangat penting. Simamora (2001) menyatakan bahwa pelanggan yang merasa puas akan menceritakannya kepuasannya kepada dua orang lainnya, sedangkan konsumen yang kecewa alias tidak puas akan menceritakan ketidakpuasannya kepada sepuluh orang lainnya. Perlu dicermati bahwa, orang sangat tanggap akan kekecewaan orang lain. Sebagai contoh, ungkapan kekecewaan yang dimuat di dalam surat pembaca akan sangat berpengaruh terhadap konsumen. Ribuan konsumen dan juga para calon konsumen akan terpengaruh akan hal itu. Jika teman bercerita tentang keburukan merek yang telah dibelinya, maka Anda akan berpikir berulang-ulang untuk membeli merek tersebut, kecuali dalam kondisi terpaksa.

Hal tersebut di atas berlaku untuk seluruh produk yang dijual, termasuk jasa pelayanan kesehatan. Sebagai contoh, rekan Anda

**Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**

mengatakan: “Saya datang ke Puskesmas “Z” karena menderita sakit perut. Katanya puskesmas dibuka jam delapan pagi, tetapi ternyata jam sembilan lebih baru dibuka, sesudah mendapatkan pelayanan, ternyata saya masih harus datang ke apotek sebab persediaan salah satu jenis obat yang saya perlukan sudah habis.” Saat mendengar keluhan rekan Anda tersebut, Anda yang semula sudah persiapan akan berangkat ke Puskesmas “Z” seketika menjadi ragu-ragu. “Jangan-jangan Saya juga akan memperoleh pengalaman yang sama dengan rekan saya tadi. Lebih baik saya datang ke tempat pengobatan lainnya saja.” Barangkali, itu merupakan salah satu contoh ungkapan keraguan Anda, jika mengalami peristiwa yang sebenarnya.

Berdasarkan uraian dan contoh tersebut di atas, dapat kita simpulkan bahwa lembaga pelayanan kesehatan harus berusaha keras untuk memuaskan masyarakat sebagai konsumen. Keluhan konsumen yang telah diceritakan (*devil advocate*) sedapat-dapatnya harus dihindari oleh penyedia pelayanan jasa. Bahkan harus diupayakan sebaliknya, sebab konsumen bisa dijadikan pemasar tanpa biaya promosi, alias gratis. Dalam dunia pemasaran, hal seperti ini lazim disebut sebagai *word of mouth communication* (komunikasi dari mulut ke mulut). Konsumen-konsumen yang berada dalam *group* ini umumnya mempunyai loyalitas yang tak perlu diragukan lagi. Aaker (1991) dalam Simamora (2001) menyebut hal ini sebagai *committed buyer*, sedangkan Kotler (2000) dalam Simamora (2001) menyebut hal ini sebagai *hardcore loyal*. Mempertahankan konsumen-konsumen yang loyal jauh lebih berharga daripada dengan mengejar konsumen-konsumen baru yang belum tentu loyal.

Pentingnya menjaga kepuasan konsumen juga berhubungan dengan persaingan domestik dan internasional yang semakin ketat pada era global seperti sekarang ini. Seluruh penyedia jasa pelayanan kesehatan harus berusaha keras untuk memberi kepuasan kepada pelanggan, jika mereka ingin tetap eksis dalam dunia persaingan. Kendati pada dasarnya jasa pelayanan kesehatan, khususnya dari lembaga pemerintah memiliki orientasi sosial (bukan mencari keuntungan semata) atau disebut sebagai organisasi nirlaba; tetapi dari masa ke masa, sebagian dari lembaga pelayanan kesehatan ini juga harus bergeser kepada *profit oriented* (berorientasi kepada keuntungan), karena keuntungan inilah yang

**Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**

bisa menjadi sumber dana bagi upaya pengembangan lembaga, yang pada gilirannya bisa digunakan untuk upaya peningkatan kualitas pelayanan juga. Oleh karena itu, lembaga-lembaga ini mau atau tidak mau, suka atau tidak suka, juga harus ikut terjun ke dunia persaingan di era global ini.

Meskipun kepuasan masyarakat sangatlah besar artinya dalam rangka mempertahankan eksistensi dalam iklim persaingan di era global, tetapi bukan berarti penyedia jasa pelayanan kesehatan yang bersifat nirlaba tak perlu memerhatikan kepuasan masyarakat. Banyak kita temui lembaga pemberi jasa pelayanan kesehatan nirlaba yang sama sekali tidak mengejar keuntungan material. Sebagai contoh adalah Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu) baik yang melayani ibu dan anak maupun yang melayani masyarakat lanjut usia (lansia). Selain itu ada pula Ponkesdes (Pondok Kesehatan Desa), Puskesmas dan Puskesmas Pembantu serta masih banyak lagi.

Lembaga-lembaga nirlaba ini juga perlu memerhatikan kepuasan masyarakat sebagai indikator kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan. Masyarakat sebagai konsumen harus dapat dipertahankan supaya tetap loyal terhadap pelayanan nirlaba ini. Dengan demikian, pemerintah maupun pihak non pemerintah penyedia jasa pelayanan kesehatan nirlaba benar-benar dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi dan tidak kalah dengan pelayanan jasa yang berorientasi kepada keuntungan. Jika hal tersebut bisa terwujud, maka lapisan masyarakat level bawah yang lebih banyak memanfaatkan pelayanan nirlaba ini diharapkan dapat pula menikmati pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi.

2- Metode Pengukuran Kepuasan Pelanggan

Menurut Kotler (2008), puas atau tidak puasnya seorang pembeli sesudah membeli produk (barang maupun jasa), bergantung kepada kinerja tawaran dalam pemenuhan harapan pembeli. Secara general, kepuasan adalah perasaan senang atau kecewa yang dialami oleh seseorang yang timbul sesudah membandingkan kinerja produk yang dirasakan terhadap kinerja produk yang diharapkan. Jika kinerja berada pada posisi di bawah harapan, maka pelanggan merasa tidak puas. Jika kinerja dalam posisi di atas harapan, maka pelanggan merasa sangat puas atau senang.

**Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**

Dengan memerhatikan pengalaman membeli produk sebelumnya, nasehat teman dan kolega, serta janji dan informasi dari pemasar ataupun pesaingnya, para konsumen akan menaruh harapan terhadap penyedia produk. Sebagai contoh, bila pemasar mempromosikan bahwa kondisi produk adalah sangat baik, padahal realitanya adalah tidak sebaik itu, maka akan terbangunlah harapan konsumen yang terlampau tinggi. Sebagai konsekuensi, bisa timbul kekecewaan konsumen sesudah melakukan pembelian, karena mereka mendapat pengalaman bahwa apa yang mereka dapatkan ternyata tidak selaras dengan yang mereka harapkan. Sebaliknya, jika pemasar menciptakan harapan yang terlampau rendah, maka tidak akan ada calon konsumen yang tertarik untuk membeli produk, walaupun bisa saja jika ternyata sudah terbeli ternyata mereka bisa terpuaskan oleh produk itu.

Kotler (1997) dalam Simamora (2001), menyebutkan empat cara pengukuran kepuasan konsumen, yaitu: 1) sistem keluhan dan saran, 2) berpura-pura menjadi pembeli, 3) menganalisis pelanggan yang hilang, dan 4) survei kepuasan konsumen.

a-Sistem Keluhan dan Saran

Tiap-tiap penyedia produk yang berorientasi kepada konsumen wajib memberi kesempatan kepada para konsumen guna menyampaikan saran, pendapat, kritik dan keluhan mereka. Pendapat konsumen bisa diserahkan melalui aneka media misalnya kotak saran pada lokasi-lokasi strategis, menyediakan kartu komentar bagi konsumen, menyediakan nomor telepon atau nomor layanan SMS khusus untuk konsumen, dan sebagainya. Informasi yang didapatkan dari konsumen bisa menjadi sumber gagasan-gagasan baru dan masukan yang sangat bernilai bagi lembaga agar bisa memberikan respon dengan cepat dan tanggap terhadap setiap persoalan yang muncul. Kelemahan dari metode ini adalah sifatnya yang pasif, sehingga sulit untuk memperoleh gambaran secara lengkap tentang kepuasan atau ketidakpuasan konsumen. Tak semua konsumen yang tak puas bersedia menyampaikan keluhan. Tidak mustahil mereka langsung saja beralih kepada penyedia produk yang lain, tanpa mengeluh atau memberitahukan tentang kelemahan-kelemahan yang bisa menyebabkan mereka kecewa. Usaha untuk mendapatkan saran, khususnya saran yang bermutu, juga relatif sulit dilakukan dengan metode ini. Apalagi bila tak diberikan imbal balik

**Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**

yang adekuat kepada para konsumen yang telah memberikan gagasan yang berguna bagi lembaga penyedia produk.

b-Berpura-Pura Menjadi Pembeli

Metode ini umum dikenal sebagai *ghost shopping*. Melalui *ghost shopping*, penyedia produk mempekerjakan beberapa orang yang selanjutnya dikenal sebagai *ghost shopper* yang wajib berpura-pura menjadi konsumen potensial untuk produk dari lembaga tersebut dan juga produk dari lembaga pesaingnya. Tugas para *ghost shopper* adalah melaporkan temuan mereka tentang kelemahan-kelemahan serta kelebihan-kelebihan produk lembaganya, juga produk lembaga pesaing. Mereka juga bisa membandingkan cara menjawab pertanyaan konsumen dan cara menangani setiap keluhan konsumen.

Apabila para manajer bersedia menjadi *ghost shopper*, maka akan diperoleh hasil yang lebih bagus. Melalui metode ini, mereka bisa memahami secara langsung tentang bagaimana karyawan menjalankan interaksi dengan konsumen, juga perlakuan petugas terhadap para konsumen. Perlu diketahui bahwa, yang menjadi kendala adalah apakah manajer benar-benar dapat menjadi “*ghost*” bagi pegawainya. Jika pegawai mengenali bahwa konsumen tersebut adalah manajer atau atasan mereka yang sedang “berpura-pura” menjadi pembeli, maka sangat mungkin mereka akan merubah perilakunya seratus delapan puluh derajat, yang mula-mula berperilaku “*semau gue*” terhadap konsumen, bisa tiba-tiba berubah menjadi “*sangat manis*”. Dengan demikian, terjadilah kesalahan besar dalam memberikan penilaian.

c-Analisis Pelanggan yang Hilang

Dalam rangka meyakinkan bahwa para konsumen sungguh-sungguh menyukai produk yang diberikan, manajer harus mengetahui tentang loyalitas para konsumen. Konsumen yang puas terhadap produk yang mereka gunakan, pada umumnya akan datang kembali lagi untuk menggunakan produk dari tempat yang sama, jika sewaktu-waktu dia membutuhkannya. Oleh karena itu, dibutuhkan data konsumen secara komplit. Kehadiran konsumen baru bisa diketahui dengan cepat, dan sebaliknya jika ada konsumen lama yang tiba-tiba hilang-pun akan mudah terdeteksi dengan cepat

pula. Kehilangan konsumen lama haruslah diwaspadai. Wajib dicari penyebab yang jelas, mengapa konsumen ini menghilang atau tidak lagi datang untuk menggunakan produk. Apakah ketidakhadiran mereka disebabkan oleh rasa tidakpuas terhadap kinerja produk yang mereka gunakan, atautkah karena penyebab lain, seperti pindah alamat, atau bahkan sudah meninggal.

Terkait dengan hal ini, harus dilakukan analisis dengan cermat, khususnya terhadap konsumen-konsumen yang sudah berhenti karena tidak puas terhadap produk. Dengan analisis tersebut akan dapat diketahui secara jelas tentang apa saja yang menjadi penyebab ketidakpuasan mereka. Informasi yang didapatkan selanjutnya dapat dimanfaatkan sebagai bahan pertimbangan dalam rangka perbaikan kualitas agar benar-benar terarah.

d-Survei Kepuasan Konsumen

Penelitian mengenai kepuasan konsumen mayoritas dilakukan dengan metode survei, yang selanjutnya dinamakan survei kepuasan konsumen. Penjelasan secara detail mengenai pengukuran kepuasan konsumen dalam buku-buku pemasaran pun secara umum juga hanya menggunakan metode survei. Survei kepuasan konsumen sering dilakukan melalui pos, telepon, pengisian kuesioner maupun wawancara secara langsung, bahkan sekarang banyak dilakukan melalui pengisian kuesioner secara *online*. Melalui survei, pihak penyedia produk jasa akan mendapatkan respon dan *feedback* secara langsung dari konsumen dan sekaligus juga memberi signal positif bahwa penyedia produk jasa telah memberikan perhatian kepada konsumen.

Ada beberapa metode survei kepuasan konsumen antara lain: 1) pernyataan langsung, 2) analisis masalah, 3) analisis tingkat kepentingan-kinerja, serta 4) *derived dissatisfaction* (ketidakpuasan turunan).

C-Survei Kepuasan Masyarakat Terhadap Pelayanan Kesehatan

1-Regulasi Pelaksanaan Survei Kepuasan Masyarakat

Pada tahun 2017 Pemerintah Republik Indonesia melalui kementerian terkait telah mengeluarkan regulasi baru tentang

pelaksanaan Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) terhadap lembaga pelayanan publik, yaitu Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2017 Tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik; sebagai penyempurnaan atas Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 16 tahun 2014 tentang Pedoman Survei Kepuasan Masyarakat Terhadap Penyelenggaraan Pelayanan Publik. Dalam peraturan tersebut telah dijelaskan bahwa pengukuran tingkat kepuasan masyarakat sangat perlu untuk dilakukan khususnya bagi instansi pemerintah yang memberikan pelayanan kepada masyarakat secara luas. Pengukuran kepuasan masyarakat tersebut diterapkan guna melihat seberapa besar kinerja yang telah dilakukan oleh instansi pemerintah menurut persepsi masyarakat sebagai pengguna.

2-Ruang Lingkup atau Aspek Penilaian Survei Kepuasan Masyarakat

Ruang lingkup survei kepuasan masyarakat menurut Permen PAN&RB No.14 Tahun 2017 meliputi 9 aspek sebagai berikut:

- 1) Persyaratan
Aspek ini mencakup syarat yang harus dipenuhi dalam pengurusan suatu jenis pelayanan, baik persyaratan teknis maupun persyaratan administratif.
- 2) Sistem, Mekanisme, dan Prosedur
Aspek ini merujuk kepada tatacara pelayanan yang sudah dibakukan untuk pemberi dan penerima pelayanan, termasuk dalam hal ini adalah pengaduan.
- 3) Waktu Penyelesaian
Aspek ini adalah jangka waktu yang dibutuhkan untuk penyelesaian seluruh proses pelayanan dari masing-masing jenis pelayanan.
- 4) Biaya/Tarif
Aspek ini menyangkut ongkos yang dibebankan kepada penerima pelayanan dalam mengurus dan/atau mendapatkan pelayanan dari penyelenggara; dengan besaran sebagaimana ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara penyelenggara dan masyarakat.

**Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**

- 5) Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan
Aspek ini merepresentasikan apakah hasil pelayanan yang diberikan dan diterima sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Produk pelayanan ini adalah hasil dari setiap spesifikasi jenis pelayanan.
- 6) Kompetensi Pelaksana**)
Aspek ini berkaitan dengan kemampuan yang wajib dimiliki oleh pelaksana yang mencakup pengetahuan, keahlian, keterampilan, dan pengalaman.
- 7) Perilaku Pelaksana**)
Aspek ini merupakan sikap petugas pada saat memberikan pelayanan.
- 8) Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan
Aspek ini berkenaan dengan tatacara pelaksanaan penanganan pengaduan dan tindak lanjut.
- 9) Sarana dan prasarana
Sarana mencakup segala sesuatu yang bisa digunakan sebagai alat untuk mencapai maksud dan tujuan; sedangkan prasarana adalah segala sesuatu yang merupakan penunjang utama terselenggaranya suatu proses (usaha, pembangunan, proyek). Terminologi sarana digunakan untuk benda yang bergerak seperti komputer, mesin dan sebagainya; sedangkan prasarana untuk benda yang tidak bergerak seperti gedung, lapangan, dan sebagainya

Catatan:

*) Unsur 4, dapat diganti dengan bentuk pertanyaan lain, bila dalam suatu peraturan perundangan biaya tidak dibebankan kepada konsumen. Contoh: pembuatan KTP, biaya oleh UU dinyatakan gratis.

**) Unsur 6 dan Unsur 7, dapat diganti dengan bentuk pertanyaan lain, jika jenis layanan yang akan disurvei adalah berbasis *website*.

3-Periode Survei Kepuasan Masyarakat

Survei periodik merupakan survei yang dilaksanakan oleh penyelenggara pelayanan publik terhadap layanan publik yang diberikan kepada masyarakat sebagai konsumen. Survei ini bisa dilaksanakan secara tetap dengan periode tertentu. Survei dapat dilakukan setiap 3 bulan, 6 bulan atau 1 tahun. Penyelenggara

**Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**

pelayanan publik harus melaksanakan survei sedikitnya 1 tahun sekali. Survei ini bersifat komprehensif dan hasil analisis bisa dimanfaatkan untuk mengevaluasi kepuasan masyarakat terhadap layanan yang telah diberikan. Hasil survei juga dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan kebijakan terhadap pelayanan publik dan melihat *trend* (kecenderungan) pelayanan publik yang telah diberikan oleh penyelenggara kepada masyarakat, serta kinerja dari penyelenggara pelayanan publik.

3-Teknik Pengukuran Kepuasan Masyarakat

Instrumen pengukuran kepuasan masyarakat adalah kuesioner dengan Skala Likert, yang dilengkapi dengan identitas responden, dan minimal 9 pernyataan yang mewakili 9 aspek penilaian pelayanan. Untuk masing-masing pertanyaan disediakan 4 opsi jawaban. Kuesioner bisa diisi secara langsung oleh masyarakat, diisi oleh petugas survei berdasarkan wawancara, dibagikan dan diisi melalui surat, atau dibagikan dan diisi secara daring.

4-Penghitungan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) dan Tingkatan Kualitas Pelayanan

Langkah-langkah penghitungan IKM dan tingkatan kualitas pelayanan adalah sebagai berikut:

- 1) Pemberian skor untuk masing-masing aspek.

Nilai dihitung dengan menggunakan "nilai rerata tertimbang" masing-masing aspek pelayanan. Setiap aspek pelayanan memiliki penimbang yang sama, yang ditetapkan dengan rumus:

$$\text{Bobot nilai rerata tertimbang} = \frac{\text{Jumlah bobot}}{\text{Jumlah aspek}} = \frac{1}{9} = 0,11$$

- 2) Penghitungan nilai SKM

Untuk memperoleh nilai SKM unit pelayanan digunakan pendekatan nilai rata-rata tertimbang dengan rumus sebagai berikut:

$$\text{SKM} = \frac{\text{Total dari Nilai Persepsi Per Aspek}}{\text{Total aspek yang terisi}} \times \text{Nilai penimbang}$$

**Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**

Untuk memudahkan interpretasi terhadap penilaian SKM yaitu antara 25-100, maka hasil penilaian tersebut di atas dikonversikan dengan nilai dasar 25, dengan rumus sebagai berikut:

SKM Unit pelayanan $\times 25$

Karena unit pelayanan mempunyai karakteristik yang berbeda-beda, maka setiap unit pelayanan dimungkinkan untuk: 1) menambah unsur yang dianggap relevan; 2) memberikan bobot yang berbeda terhadap 9 (sembilan) aspek yang dominan dalam unit pelayanan, dengan catatan jumlah bobot seluruh aspek tetap 1.

3) Interpretasi

Interpretasi akhir dari indeks dan mutu pelayanan, disajikan pada Tabel 2.2.

Tabel 2.2. Nilai persepsi, nilai interval (NI), nilai interval konversi (NIK), mutu pelayanan (x) dan kinerja unit pelayanan (y)

Nilai persepsi	Nilai interval (NI)	Nilai interval konversi (NIK)	Mutu pelayanan (x)	Kinerja unit pelayanan (y)
1	1,00 - 2,5996	25,00 – 64,99	D	Tidak baik
2	2,60 - 3,064	65,00 – 76,60	C	Kurang baik
3	3,0644 - 3,532	76,61 – 88,30	B	Baik
4	3,5324 - 4,00	88,31 – 100,00	A	Sangat baik

5-Penyajian dan Publikasi Hasil SKM

Penyajian hasil survei kepuasan masyarakat dapat ditampilkan dalam bentuk skoring, angka absolut maupun kualitatif. Fokus utama dari dilaksanakannya survei tersebut adalah diperoleh saran perbaikan untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Hasil survei kepuasan masyarakat secara keseluruhan wajib diinformasikan kepada publik minimal di ruang layanan atau melalui media cetak, media pemberitaan *online*, *website* unit, atau media jejaring sosial.

BAB III: METODE SURVEI KEPUASAN MASYARAKAT BERBASIS UNIT DAN ELEMEN

A-Pendekatan dan *Novelty*

Studi ini adalah upaya untuk menciptakan metode baru yang sederhana dalam rangka menampilkan hasil survei kepuasan masyarakat yang bisa dievaluasi dari segi unit pelayanan maupun dari segi elemen pelayanan. Studi ini termasuk sebagai penelitian yang menggunakan *mix-method* (integrasi antara metode kualitatif dan kuantitatif).

B-Lokasi dan Waktu

Studi ini dilakukan selama tahun 2018, di Puskesmas Ngawi, Kabupaten Ngawi, Jawa Timur. Tempat ini dipilih berdasarkan pertimbangan bahwa sudah beberapa tahun dilakukan kerjasama dengan tim peneliti dalam rangka survei kepuasan masyarakat terhadap pelayanan puskesmas. Studi ini difasilitasi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi, “*Alliance of Health Activists (AloHA)*”, Forum Ilmiah Kesehatan (FORIKES) dan Poltekkes Kemenkes Surabaya, sehingga kegiatan studi dapat berlangsung dengan lancar.

C-Sumber Daya

1-Material

Sumber-sumber material pokok yang dibutuhkan dalam penelitian ini antara lain:

- 1) Literatur-literatur dalam bidang peningkatan kualitas pelayanan dan kepuasan konsumen
- 2) Perangkat lunak dalam bidang statistika

2-Sumberdaya Manusia

Sumberdaya manusia yang terlibat aktif di dalam studi ini terdiri atas:

**Aliansi Aktivist Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**

- 1) Para pakar dalam bidang manajemen
- 2) Para pemberi pelayanan di puskesmas
- 3) Para konsumen pelayanan puskesmas

Para konsumen pelayanan puskesmas terlibat secara aktif sebagai responden penelitian dalam rangka pengujian metode baru. Dalam aktivitas ini, subyek yang terlibat adalah para pasien dan/atau keluarga atau pengantar pasien yang sudah memperoleh pelayanan kesehatan di puskesmas, dengan ukuran sampel ditentukan dengan kuota (quota sampling) yaitu 20 responden untuk setiap unit pelayanan di puskesmas; dan 10 responden untuk setiap puskesmas pembantu yang tergabung di dalam puskesmas tempat penelitian. Dalam hal ini, Puskesmas Ngawi memiliki 12 unit pelayanan dan 1 puskesmas pembantu, maka ukuran sampel adalah:

$$(12 \times 20) + (1 \times 10) = 250 \text{ orang.}$$

D-Tahapan Studi

Merujuk kepada tujuan penelitian, penemuan metode inovatif survei kepuasan masyarakat berbasis unit dan elemen pelayanan ini, diselenggarakan dalam beberapa tahapan antara lain: 1) pemilihan elemen-elemen pelayanan; 2) pemilihan atribut-atribut sebagai dasar penentuan tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan; 3) penentuan metode penilaian tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan; 4) uji coba metode melalui studi lapangan; 5) pengajuan rekomendasi.

1-Pemilihan Elemen-Elemen Pelayanan

Pemilihan elemen-elemen pelayanan dilaksanakan melalui pendekatan kualitatif yaitu studi pustaka. Dalam tahap ini, elemen-elemen pelayanan pelanggan ditentukan berdasarkan regulasi pemerintah yang masih berlaku, yang mengatur tentang pelaksanaan survei kepuasan konsumen.

2-Pemilihan Atribut-Atribut Sebagai Dasar Penentuan Tingkat Kepuasan Masyarakat Terhadap Pelayanan

Pemilihan atribut-atribut dilaksanakan dengan pendekatan kualitatif, yaitu studi pustaka, dengan memanfaatkan fasilitas *database* literatur daring; lalu diperkuat dengan pertimbangan pakar terkait.

3-Penentuan Metode Penilaian Tingkat Kepuasan Masyarakat Terhadap Pelayanan

Penentuan metode penilaian dilakukan dengan pendekatan kualitatif, yaitu menggunakan pertimbangan para pakar dengan bidang keahlian yang relevan.

4-Uji Coba Melalui Studi Lapangan

Studi lapangan sebagai uji coba dilakukan dengan pendekatan kuantitatif, yakni dalam kerangka survei kepuasan masyarakat, yang terdiri atas pengumpulan data melalui pengisian kuesioner dan analisis data menggunakan metode statistika deskriptif.

5-Pengajuan Rekomendasi

Pengajuan rekomendasi dilakukan berdasarkan hasil analisis data yang diperoleh.

BAB IV: HASIL INOVASI METODE PENILAIAN INDEKS KEPUASAN MASYARAKAT BERBASIS UNIT DAN ELEMEN

Hasil studi ini merupakan bagian dari Survei Kepuasan Masyarakat terhadap Pelayanan Puskesmas di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi Tahun 2018. Proses studi ini menggunakan salah satu lokasi survei di atas, yaitu Puskesmas Ngawi.

A-Hasil Pemilihan Elemen-Elemen Pelayanan

Selaras dengan rencana yang sudah disusun sebelumnya, pemilihan elemen-elemen pelayanan dilaksanakan melalui studi pustaka, khususnya tentang regulasi tentang pelaksanaan survei kepuasan konsumen. Dalam hal ini, elemen-elemen dipilih dengan merujuk kepada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2017 Tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik, yaitu: 1) persyaratan; 2) sistem, mekanisme dan prosedur; 3) waktu penyelesaian; 4) biaya/tarif; 5) produk spesifikasi jenis pelayanan; 6) kompetensi pelaksana; 7) perilaku pelaksana; 8) penanganan pengaduan, saran dan masukan; serta 9) sarana dan prasarana.

B-Hasil Pemilihan Atribut-Atribut Sebagai Dasar Penentuan Tingkat Kepuasan Terhadap Pelayanan

Selaras dengan rencana yang sudah disusun sebelumnya, pemilihan atribut-atribut yang digunakan sebagai dasar penentuan prioritas dilakukan melalui *literature review* dari sumber-sumber pustaka yang sesuai, ditambah dengan pertimbangan pakar dalam bidang keilmuan manajemen.

Dalam tahap ini, *literature review* diarahkan kepada model teori tentang pengukuran kepuasan pelanggan; yang selanjutnya didapatkan berbagai metode pengukuran kepuasan melalui survei seperti: 1) *general impression*; 2) tingkat kepuasan berdasarkan *importance* (tingkat kepentingan) dan *performance* (kinerja); 3)

**Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**

tingkat kepuasan berdasarkan *perceived quality* (PQ) atau kualitas yang dirasakan dan *expected quality* (EQ) atau kualitas yang diharapkan; serta 4) tingkat kepuasan berdasarkan *perceived quality*, *expected quality* dan *importance*. Setelah melalui pertimbangan pakar dari *Alliance of Health Activists* (AloHA) melalui FGD, selanjutnya dipilih 2 atribut pokok yaitu *perceived quality* dan *expected quality*.

C-Hasil Penentuan Metode Penilaian Kepuasan Masyarakat Terhadap Pelayanan

PQ dan EQ sebagai atribut terpilih, selanjutnya digunakan sebagai dasar untuk penilaian kepuasan masyarakat terhadap pelayanan. Merujuk kepada Simamora (2001), kepuasan masyarakat bisa diukur berdasarkan selisih antara PQ dan EQ. Pada dasarnya, jika selisih PQ dan EQ adalah negatif, maka dapat diinterpretasikan bahwa pelanggan tidak puas; jika selisih PQ dan EQ adalah nol, maka dapat disimpulkan bahwa pelanggan puas; sedangkan jika selisih PQ dan EQ adalah positif, maka dapat disimpulkan bahwa pelanggan sangat puas.

Dalam studi lapangan ini, PQ diukur melalui pengisian kuesioner yang berisi 9 elemen pelayanan yang telah ditetapkan pada tahap pemilihan elemen. Setiap elemen dilengkapi dengan 4 opsi jawaban dengan Skala Likert. Adapun *scoring* untuk masing-masing opsi jawaban adalah 1, 2, 3, dan 4.

Cara melakukan penghitungan indeks kepuasan masyarakat adalah sebagai berikut [4]:

Langkah-langkah penghitungan IKM dan tingkatan kualitas pelayanan adalah sebagai berikut:

1) Pemberian skor untuk masing-masing elemen.

Nilai dihitung dengan menggunakan "nilai rerata tertimbang" masing-masing aspek pelayanan. Setiap aspek pelayanan memiliki penimbang yang sama, yang ditetapkan dengan rumus:

$$\text{Bobot nilai rerata tertimbang} = \frac{\text{Jumlah bobot}}{\text{Jumlah aspek}} = \frac{1}{9} = 0,11$$

**Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**

2) Penghitungan nilai SKM

Untuk memperoleh nilai SKM unit pelayanan digunakan pendekatan nilai rata-rata tertimbang dengan rumus sebagai berikut:

$$\text{SKM} = \frac{\text{Total dari Nilai Persepsi Per Aspek} \times \text{Nilai penimbang}}{\text{Total aspek yang terisi}}$$

Untuk memudahkan interpretasi terhadap penilaian SKM yaitu antara 25-100, maka hasil penilaian tersebut di atas dikonversikan dengan nilai dasar 25, dengan rumus sebagai berikut:

$$\text{SKM Unit pelayanan} \times 25$$

3) Interpretasi

Interpretasi akhir dari indeks kepuasan masyarakat dan mutu pelayanan, disajikan pada Tabel 2.2.

Tabel 4.1. Nilai persepsi, nilai interval, nilai interval konversi, mutu pelayanan dan kinerja unit pelayanan

Nilai persepsi	Nilai interval (NI)	Nilai interval konversi (NIK)	Mutu pelayanan (x)	Kinerja unit pelayanan (y)
1	1,00 - 2,5996	25,00 – 64,99	D	Tidak baik
2	2,60 - 3,064	65,00 – 76,60	C	Kurang baik
3	3,0644 - 3,532	76,61 – 88,30	B	Baik
4	3,5324 - 4,00	88,31 – 100,00	A	Sangat baik

EQ sebenarnya juga dapat diukur melalui pengisian kuesioner, namun dengan memperhatikan pertimbangan efisiensi dan kondisi pelanggan yang mayoritas dalam kondisi sakit, maka EQ ditentukan berdasarkan target yang sudah ditentukan sebelumnya melalui *judgement*, hal ini diperkuat oleh hasil pertimbangan pakar yang diperoleh dalam FGD. Dalam hal ini, target adalah target nilai IKM tahun 2018 yang ditentukan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi yaitu 85,00.

Supaya mudah dipahami oleh para pembaca, nilai PQ dan EQ disajikan secara terpadu dalam sebuah *spiderweb diagram* mengacu

kepada inovasi sebelumnya yang dikembangkan oleh Nugroho et al. (2017), namun disusun dalam 2 versi yaitu:

1) IKM berbasis unit pelayanan

Dalam hal ini, setiap cabang dalam *spiderweb diagram* adalah unit-unit pelayanan dalam satu puskesmas, dengan nilai minimum (0) pada titik pusat *spider web*, sedang nilai maksimum (100) berada pada titik terjauh ke segala arah dari titik pusat. Oleh karena itu, nilai PQ dari setiap unit pelayanan akan berada pada posisi yang bervariasi sesuai dengan hasil penilaian responden. Sementara itu, nilai EQ dari setiap unit pelayanan akan berada pada jarak yang sama dari pusat *spiderweb* karena ditentukan dengan angka target yang sama melalui *judgement*, yaitu pada angka 85,00.

2) IKM berbasis elemen pelayanan

Dalam hal ini, setiap cabang dalam *spiderweb diagram* adalah 9 elemen pelayanan puskesmas, dengan nilai minimum (1) pada titik pusat *spider web*, sementara itu nilai maksimum (4) berada pada titik terjauh ke segala arah dari titik pusat. Dengan demikian, nilai PQ dari setiap elemen pelayanan akan berada pada posisi yang bervariasi sesuai dengan hasil penilaian responden. Sementara itu, nilai EQ dari setiap pelayanan akan berada pada jarak yang sama dari pusat *spiderweb* karena sudah ditentukan dengan angka target yang sama melalui *judgement*, yaitu pada angka 3,333.

D-Hasil Uji Coba Melalui Studi Lapangan

1-Waktu, Lokasi dan Rancang Bangun

Studi lapangan ini dilaksanakan pada bulan Agustus 2018 di Puskesmas Ngawi, Kabupaten Ngawi, dalam bentuk rancangan penelitian survei.

2-Populasi dan Sampel

Populasi yang terlibat dalam penelitian ini adalah seluruh masyarakat yang menjadi pengguna pelayanan kesehatan di Puskesmas Ngawi pada tahun 2018. Sampel yang digunakan dalam kegiatan survei ini adalah sebagian dari masyarakat yang pernah

memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas Ngawi pada tahun 2018, yang dipilih dengan teknik *quota sampling*, yaitu 20 orang untuk setiap unit pelayanan dan 10 orang untuk setiap puskesmas pembantu. Karena di Puskesmas Ngawi terdapat 12 unit pelayanan dan 1 puskesmas pembantu, maka ukuran sampel adalah $(12 \times 20) + (1 \times 10) = 250$ orang. Anggota sampel dipilih dengan teknik *accidental sampling*, yaitu siapa saja yang pertama ditemui oleh enumerator, maka dia akan dimasukkan menjadi anggota sampel jika dia menyatakan setuju.

3-Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel

Variabel yang diteliti dalam survei ini adalah variabel tunggal satu yaitu tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh puskesmas. Secara operasional, tingkat kepuasan didefinisikan sebagai hasil pengisian kuesioner tentang tingkat kepuasan terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh puskesmas yang mencakup 9 elemen yaitu: 1) persyaratan; 2) sistem, mekanisme dan prosedur; 3) waktu penyelesaian; 4) biaya/tarif; 5) produk spesifikasi jenis pelayanan; 6) kompetensi pelaksana; 7) perilaku pelaksana; 8) penanganan pengaduan, saran dan masukan; serta 9) sarana dan prasarana.

Karena dalam inovasi penilaian IKM ini, selain IKM untuk pelayanan puskesmas secara keseluruhan, juga ada IKM untuk masing-masing elemen pelayanan, maka ke-9 elemen tersebut bisa dikatakan sebagai sub-variabel.

4-Pengumpulan Data

Data tentang kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh puskesmas dikumpulkan melalui pengisian kuesioner oleh pelanggan puskesmas, yang dipandu secara langsung oleh enumerator yang bertugas.

Proses ini dilaksanakan dalam beberapa tahapan yaitu:

- 1) Pertemuan persiapan yang melibatkan pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi, Puskesmas Ngawi dan Forum Ilmiah Kesehatan (FORIKES).
- 2) Penyusunan instrumen pengumpulan data berupa kuesioner yang dikembangkan berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia

**Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**

- Nomor 14 Tahun 2017 Tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik. Dalam hal ini kuesioner telah mencakup 9 elemen pelayanan yang telah ditentukan yaitu: 1) persyaratan; 2) sistem, mekanisme dan prosedur; 3) waktu penyelesaian; 4) biaya/tarif; 5) produk spesifikasi jenis pelayanan; 6) kompetensi pelaksana; 7) perilaku pelaksana; 8) penanganan pengaduan, saran dan masukan; serta 9) sarana dan prasarana. [4] Jumlah item untuk setiap elemen bervariasi, disesuaikan dengan masing-masing karakteristik dari setiap elemen.
- 3) Pelatihan enumerator, dengan tujuan supaya proses pengumpulan data dapat berlangsung sesuai dengan standar, sekaligus terwujudnya standar yang sama bagi masing-masing tenaga enumerator.
 - 4) Aktivitas pengumpulan data yakni pengisian kuesioner oleh responden yang dipandu secara langsung oleh enumerator, dengan pengawasan supervisor.
 - 5) Aktivitas pengolahan data yaitu: 1) *editing* untuk memastikan bahwa data yang diperoleh sudah benar dan lengkap, 2) *coding*, yaitu pemberian kode untuk data kualitatif menjadi angka sesuai dengan pedoman *coding* yang sudah tertera dalam kuesioner, 3) *tabulating*, yakni memasukkan kode-kode ke dalam tabel yang telah di-*setting* di dalam *statistical software*. Tahap pengolahan data ini dilakukan oleh enumerator, dengan pengawasan supervisor.
 - 6) Analisis data menggunakan metode statistika deskriptif baik secara numerik dalam bentuk indeks (IKM), maupun kategori yang merupakan deskripsi dari tingkatan kualitas pelayanan.
 - 7) Penyajian data dalam bentuk tabel dan *spider web diagram* untuk menggambarkan pencapaian kualitas pelayanan dibandingkan dengan standar yang telah ditentukan sebelumnya; yang dipresentasikan dalam 2 versi yaitu IKM berbasis unit pelayanan dan berbasis elemen pelayanan.

5-Hasil Survei

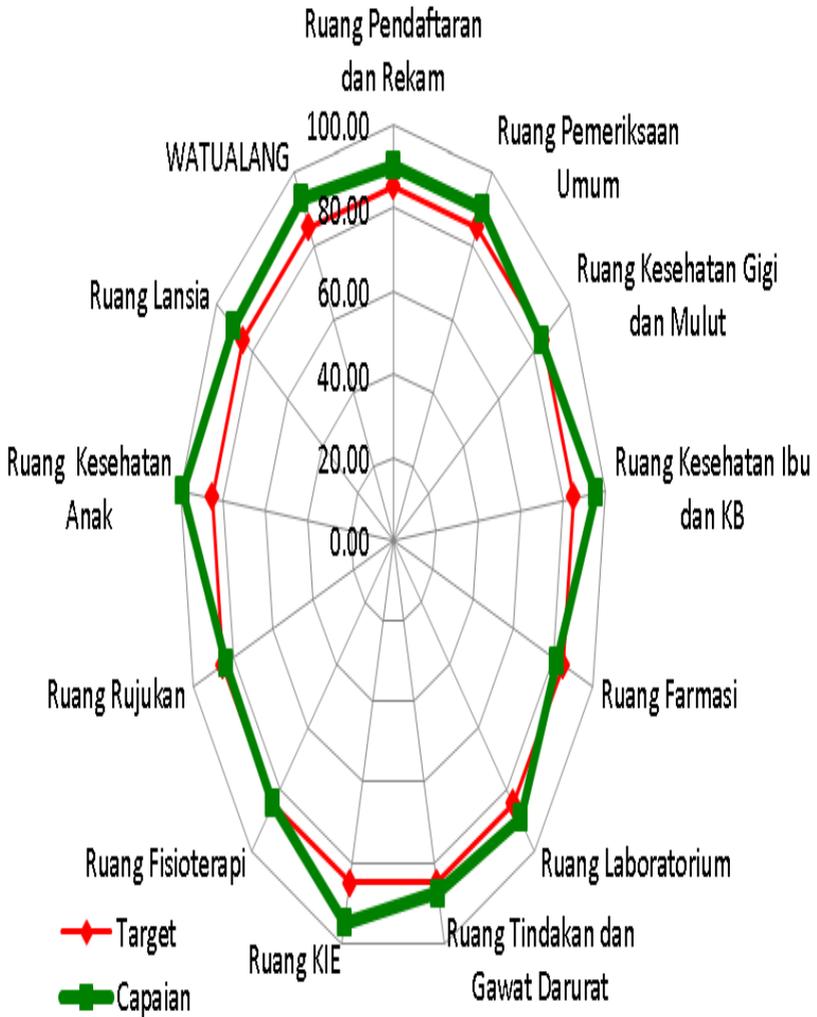
Berikut ini ditampilkan mengenai indeks kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas Ngawi.

**Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**

Tabel 4.2. Indeks Kepuasan Masyarakat Berbasis Unit Pelayanan di
Puskesmas Ngawi, Kabupaten Ngawi Tahun 2018

Unit	Target	Capaian	Keterangan
1. Pendaftaran dan Rekam	85,00	90,2344	A (sangat baik)
2. Pemeriksaan Umum	85,00	89,8438	A (sangat baik)
3. Kesehatan Gigi dan Mulut	85,00	84,6875	B (baik)
4. Kesehatan Ibu dan KB	85,00	95,6250	A (sangat baik)
5. Farmasi	85,00	82,0313	B (baik)
6. Laboratorium	85,00	89,6094	A (sangat baik)
7. Tindakan dan Gawat Darurat	85,00	87,5000	B (baik)
8. KIE	85,00	94,7656	A (sangat baik)
9. Fisioterapi	85,00	84,9219	B (baik)
10. Rujukan	85,00	83,6719	B (baik)
11. Kesehatan Anak	85,00	98,9063	A (sangat baik)
12. Lansia	85,00	90,7031	A (sangat baik)
13. Pustu Watualang	85,00	92,8125	A (sangat baik)
TOTAL		89,5125	A (sangat baik)

Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)



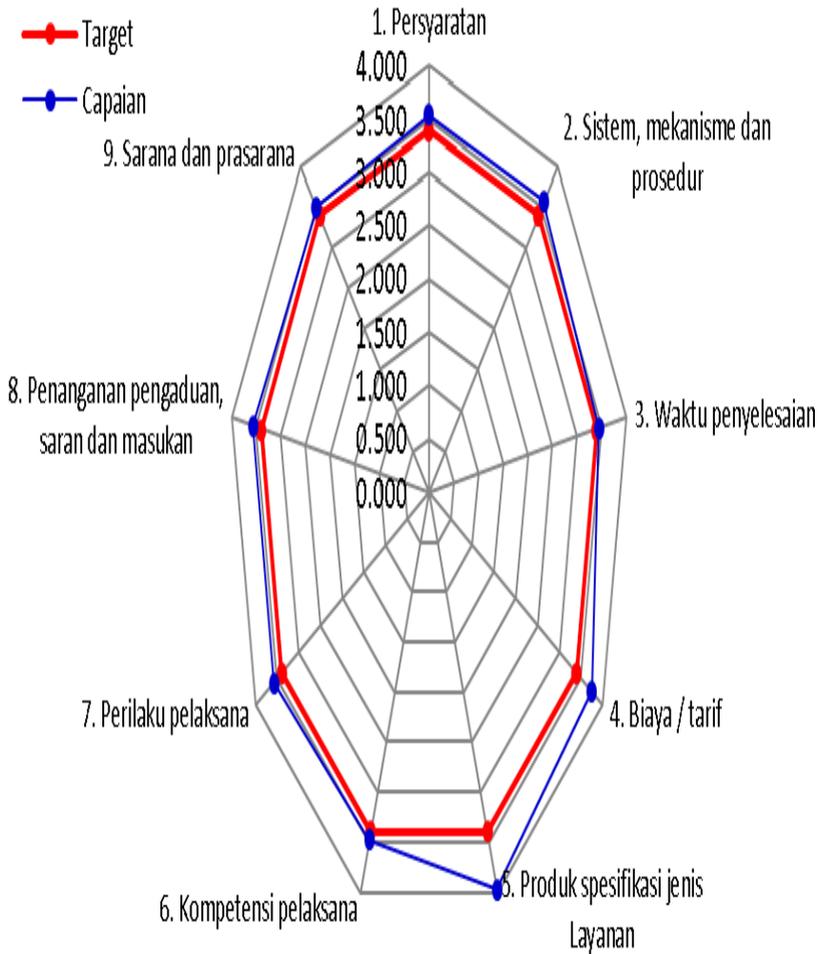
Gambar 4.1 Indeks Kepuasan Masyarakat Berbasis Unit Pelayanan di Puskesmas Ngawi, Kabupaten Ngawi Tahun 2018

**Aliansi Aktivist Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**

Tabel 4.3. Indeks Kepuasan Masyarakat Berbasis Elemen Pelayanan
di Puskesmas Ngawi, Kabupaten Ngawi Tahun 2018

Dimensi	Target	Capaian	Keterangan
1. Persyaratan	3,395	3,548	A (sangat baik)
2. Sistem, mekanisme dan prosedur	3,395	3,556	A (sangat baik)
3. Waktu penyelesaian	3,395	3,440	B (baik)
4. Biaya / tarif	3,395	3,746	A (sangat baik)
5. Produk spesifikasi jenis Layanan	3,395	3,972	A (sangat baik)
6. Kompetensi pelaksana	3,395	3,472	B (baik)
7. Perilaku pelaksana	3,395	3,575	A (sangat baik)
8. Penanganan pengaduan, saran & masukan	3,395	3,560	A (sangat baik)
9. Sarana dan prasarana	3,395	3,496	B (baik)
TOTAL		3,581	A (sangat baik)

**Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**



Gambar 4.2. Indeks Kepuasan Masyarakat Berbasis Elemen Pelayanan di Puskesmas Ngawi, Kabupaten Ngawi Tahun 2018

Tabel 4.2 dan Gambar 4.1 mempresentasikan **indeks kepuasan masyarakat berbasis unit pelayanan** di Puskesmas Ngawi. Dalam hal ini ditampilkan indeks kepuasan masyarakat dari 13 unit pelayanan dan diakhiri dengan indeks kepuasan masyarakat untuk tingkat puskesmas.

Dari presentasi tersebut diketahui bahwa seluruh unit pelayanan sudah memiliki indeks kepuasan masyarakat di atas 76,60. Dengan demikian bisa diinterpretasikan bahwa seluruh unit pelayanan yang ada sudah berada dalam kategori baik dan sangat baik.

Terlihat bahwa sebagian besar unit pelayanan (61,54%) sudah memiliki indeks kepuasan masyarakat dengan kategori sangat baik, dan selebihnya (38,46%) memiliki indeks kepuasan masyarakat dalam kategori baik.

Berdasarkan Gambar 4.1 terlihat dengan jelas ada 3 unit yang sangat jauh dari melampaui lingkaran target, secara berurutan mulai dari yang terjauh masing-masing adalah: 1) Ruang Kesehatan Anak; 2) Ruang Kesehatan Ibu dan KB; dan 3) Ruang KIE.

Sementara itu, kita dapati bahwa ada 4 unit yang masih berada di dalam lingkaran target atau belum mencapai target 85,00; secara berurutan masing-masing adalah: 1) Ruang Farmasi; 2) Ruang KIE; 3) Ruang Kesehatan Gigi dan Mulut; serta 4) Ruang Fisioterapi.

Tabel 4.3 dan Gambar 4.2 mempresentasikan **tingkatan kualitas pelayanan berbasis elemen pelayanan** di Puskesmas Ngawi. Dalam hal ini ditampilkan tingkatan kualitas pelayanan dari 9 elemen pelayanan dan diakhiri dengan tingkatan kualitas pelayanan untuk tingkat puskesmas.

Dari presentasi tersebut diketahui bahwa seluruh elemen pelayanan sudah memiliki tingkatan kualitas pelayanan di atas 3,395. Dengan demikian bisa diinterpretasikan bahwa seluruh elemen pelayanan yang ada sudah berada dalam kategori baik dan sangat baik.

Terlihat bahwa sebagian besar elemen pelayanan (66,67%) sudah memiliki tingkatan kualitas pelayanan dalam kategori sangat baik, dan selebihnya (33,33%) memiliki tingkatan kualitas pelayanan dalam kategori baik.

Berdasarkan Gambar 4.2 terlihat dengan jelas bahwa ada 2 elemen pelayanan yang jauh dari melampaui lingkaran target, mulai dari yang terjauh adalah: 1) Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan; dan 2) Biaya / Tarif.

Sementara itu, kita dapati bahwa tidak ada elemen pelayanan yang masih berada di dalam lingkaran target atau belum mencapai target 3,395.

E-Penarikan Kesimpulan Pengajuan Rekomendasi

Dengan hasil penilaian IKM berbasis unit dan elemen pelayanan, maka dapat diketahui peta kualitas berdasarkan unit-unit pelayanan yang ada dan peta kualitas berdasarkan elemen-elemen pelayanan yang dinilai, sehingga dapat ditarik kesimpulan dari 2 sudut pandang yang berbeda. Adapun kesimpulan dari studi lapangan ini adalah sebagai berikut:

- 1) Berbasis unit pelayanan, sebagian besar unit pelayanan di Puskesmas Ngawi telah mencapai IKM dengan kategori sangat baik; dengan keunggulan pada Unit Kesehatan Anak; Kesehatan Ibu dan KB; dan KIE. Unit-unit pelayanan yang belum mencapai harapan adalah Farmasi; KIE; Kesehatan Gigi dan Mulut; serta Fisioterapi.
- 2) Berbasis elemen pelayanan, sebagian besar elemen pelayanan di Puskesmas Ngawi telah mencapai kualitas sangat baik, dengan keunggulan pada elemen Produk Spesifikasi Jenis Layanan dan Biaya/Tarif. Seluruh elemen pelayanan telah mencapai target; namun elemen yang memerlukan perhatian adalah: waktu penyelesaian pelayanan; kompetensi pelaksana; serta sarana dan prasarana.
- 3) Secara keseluruhan, indeks kepuasan masyarakat (kualitas pelayanan kesehatan) Puskesmas Ngawi adalah sangat baik.

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian, selanjutnya diajukan beberapa rekomendasi kepada Kepala Puskesmas Ngawi sebagai berikut:

- 1) Perlu dilaksanakan upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan secara berkelanjutan dengan memprioritaskan unit Farmasi; KIE; Kesehatan Gigi dan Mulut; serta Fisioterapi. Dalam hal ini keempat unit tersebut bisa melakukan program *internal benchmarking* kepada 3 unit yang sudah unggul yaitu Kesehatan Anak; Kesehatan Ibu dan KB; serta KIE.
- 2) Perlu dilaksanakan upaya peningkatan performa seluruh elemen pelayanan puskesmas dengan memprioritaskan kepada elemen yang belum mencapai kategori sangat baik yaitu: waktu

**Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**

- penyelesaian pelayanan; kompetensi pelaksana; serta sarana dan prasarana.
- 3) Perlu disiapkan dengan matang survei kepuasan masyarakat untuk tahun berikutnya, sebagai evaluasi atas upaya peningkatan kualitas yang telah dilakukan berdasarkan hasil survei kepuasan masyarakat tahun ini.

BAB V: DISKUSI

Studi ini telah berhasil menampilkan metode baru sebagai pengembangan dari survei kepuasan masyarakat sebagai pengukuran kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh puskesmas. Adapun kebaruan dari metode ini adalah dalam hal analisis data, yang tidak hanya menghasilkan indeks kepuasan masyarakat secara global, tetapi juga yang menghasilkan penghitungan **indeks kepuasan masyarakat berbasis unit pelayanan dan berbasis elemen pelayanan**.

Pada langkah pertama yakni penentuan elemen-elemen pelayanan puskesmas, telah dipilih sembilan elemen pelayanan publik dengan merujuk kepada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2017 Tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik. Dalam hal ini, minimal harus ada 9 elemen dalam penyelenggaraan survei kepuasan masyarakat yaitu: 1) persyaratan; 2) sistem, mekanisme dan prosedur; 3) waktu penyelesaian; 4) biaya/tarif; 5) produk spesifikasi jenis pelayanan; 6) kompetensi pelaksana; 7) perilaku pelaksana; 8) penanganan pengaduan, saran dan masukan; serta 9) sarana dan prasarana. [4] Pemilihan elemen-elemen ini sudah dilakukan secara seksama dan hati-hati yaitu dengan merujuk kepada regulasi yang masih berlaku dan terus diperbaiki, yang berlaku bagi semua lembaga pemerintah yang memberikan pelayanan publik. Untuk survei kepuasan masyarakat yang diselenggarakan oleh lembaga pelayanan non pemerintah, maka di samping bisa menggunakan sembilan elemen tersebut di atas, lembaga tersebut dapat juga memilih sendiri elemen-elemen dari sumber lain, misalnya dari Parasuraman et al. dan lainnya. [3]

Pada langkah kedua yakni pemilihan atribut-atribut sebagai dasar penentuan tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan, sudah berhasil dipilih dua atribut yaitu *perceived quality* dan *expected quality*. Kedua atribut tersebut dipilih berdasarkan pertimbangan secara cermat dan hati-hati melalui *literature review* pada sumber-sumber yang sesuai. Hingga saat ini, kedua atribut tersebut sudah sangat dikenal dan *establish* sebagai atribut yang digunakan dalam pengukuran tingkat kepuasan. Penggunaan kedua atribut ini akan menghasilkan penilaian tingkat kepuasan secara

lebih baik dan lebih mendalam dibandingkan dengan penggunaan metode *general impression*. Metode ini setara dengan pengukuran tingkat kepuasan menggunakan atribut *importance* (tingkat kepentingan) dan *performance* (tingkat kinerja) dari pelayanan. Penggunaan kedua atribut ini dapat menutup kelemahan pemakaian metode *general impression*, yang hanya cenderung kepada penilaian akhir dari tingkat kepuasan.

Pada langkah ketiga yakni penentuan metode penilaian tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan, telah dipilih metode operasi matematik berupa selisih, yaitu selisih antara nilai *perceived quality* dan *expected quality*. Jika selisih PQ dan EQ adalah 0 atau positif, atau dengan kata lain PQ sama dengan atau lebih besar daripada EQ maka dapat diartikan bahwa pelanggan puas atau sangat puas. Atau jika dikonversikan menjadi kualitas pelayanan, kategori kualitas pelayanan adalah baik atau sangat baik. Sebaliknya, jika selisih PQ dan EQ adalah negatif, atau dengan kata lain PQ lebih kecil daripada EQ maka dapat diartikan bahwa pelanggan tidak puas atau sangat tidak puas. Atau jika dikonversikan menjadi kualitas pelayanan, kategori kualitas pelayanan adalah kurang baik atau tidak baik. Operasi matematik ini dipilih dengan pertimbangan bahwa mudah untuk diterapkan, bahkan bisa diterapkan sendiri oleh para pengelola puskesmas atau lembaga pelayanan kesehatan lainnya, tanpa menggunakan jasa konsultan penelitian.

Pada langkah keempat yakni pelaksanaan uji coba melalui studi lapangan, telah berhasil dilakukan survei kepuasan masyarakat yang diteruskan dengan penghitungan indeks kepuasan masyarakat dan kategori kualitas pelayanan dari masing-masing unit pelayanan puskesmas. Pada langkah keempat inilah ditampilkan nilai inovatif dari metode survei sederhana ini, yaitu di samping disajikan indeks kepuasan masyarakat secara global; juga disajikan indeks kepuasan masyarakat berbasis unit-unit pelayanan kesehatan, sekaligus kualitas pelayanan kesehatan berbasis elemen-elemen pelayanan kesehatan. Dengan demikian, sesungguhnya pada tahap inilah, mulai dapat dikenalkan suatu integrasi indeks kepuasan yaitu “**Indeks Kepuasan Masyarakat Berbasis Unit dan Elemen Pelayanan**”, yang selanjutnya diperkenalkan dengan nama singkat yaitu “**IKMa- BUDE**”.

**Aliansi Aktivist Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**

Dengan penyajian indeks kepuasan masyarakat berbasis unit pelayanan dan elemen pelayanan, para pengelola pelayanan kesehatan akan lebih mudah mengenali keunggulan-keunggulan dan kelemahan-kelemahan yang ada pada masing-masing unit pelayanan; dan di sisi lain juga akan lebih mudah mengenali keunggulan-keunggulan dan kelemahan-kelemahan pada masing-masing elemen pelayanan.

Para pengelola pelayanan yang kreatif akan dengan cepat mengambil keputusan setelah mencermati hasil **IKMa-BUDE**. Dari hasil **IKMa-BUDE** yang disajikan melalui *spiderweb diagram* yang sederhana dan menarik tersebut, pengelola dapat dengan mudah membandingkan kualitas pelayanan antar unit. Unit-unit pelayanan yang berada pada posisi lebih dekat dengan titik pusat *spiderweb* akan lekas dikenali sebagai unit-unit dengan kualitas pelayanan yang lebih rendah dan harus diprioritaskan untuk ditingkatkan kualitasnya. Sementara itu, unit-unit pelayanan yang berada pada posisi lebih jauh dengan titik pusat *spiderweb* akan lekas dikenali sebagai unit-unit dengan kualitas pelayanan yang lebih tinggi dan harus dipertahankan kualitasnya. Dalam hal ini, pengelola pelayanan kesehatan dapat mengembangkan program peningkatan kualitas pelayanan secara efisien (hemat sumberdaya), dengan cara menyelenggarakan *internal benchmarking*, yaitu unit-unit pelayanan dengan kualitas pelayanan yang lebih rendah melaksanakan *benchmarking* kepada unit-unit pelayanan yang memiliki kualitas pelayanan lebih tinggi. Dalam studi lapangan di atas, unit pelayanan yang belum memenuhi harapan adalah Farmasi; KIE; Kesehatan Gigi dan Mulut; serta Fisioterapi. Oleh karena itu, dapat direkomendasikan dengan cepat bahwa keempat unit tersebut harus segera melakukan *internal benchmarking* kepada 3 unit yang sudah unggul yaitu Kesehatan Anak; Kesehatan Ibu dan KB; serta KIE. Hal ini sangat penting artinya bagi upaya peningkatan kualitas pelayanan secara berkelanjutan.

Hal yang senada juga berlaku bagi elemen-elemen pelayanan kesehatan. Elemen-elemen pelayanan yang berada pada posisi lebih dekat dengan titik pusat *spiderweb* akan lekas dikenali sebagai elemen-elemen pelayanan dengan kualitas yang lebih rendah dan harus diprioritaskan untuk ditingkatkan kualitasnya. Sementara itu, elemen-elemen pelayanan yang berada pada posisi lebih jauh dengan titik pusat *spiderweb* akan lekas dikenali sebagai elemen-

**Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**

elemen pelayanan kesehatan dengan kualitas yang lebih tinggi dan harus dipertahankan kualitasnya. Dalam hal ini, pengelola pelayanan kesehatan harus dapat mengembangkan program untuk meningkatkan dan mempertahankan kualitas seluruh elemen pelayanan kesehatan dengan berfokus kepada elemen-elemen yang lebih rendah kualitasnya. Dalam studi lapangan di atas, elemen pelayanan yang belum mencapai kualitas sangat baik adalah waktu penyelesaian pelayanan; kompetensi pelaksana; serta sarana dan prasarana. Dengan demikian, secara cepat pengelola pelayanan kesehatan dapat menyusun program peningkatan performa seluruh elemen pelayanan dengan memprioritaskan pada elemen waktu, kompetensi pelaksana, serta sarana dan prasarana.

Sebagai gambaran, hasil studi lapangan menunjukkan bahwa penyajian indeks kepuasan masyarakat menggunakan *spiderweb diagram* ini juga dapat dengan mudah disalin menjadi sebuah poster yang dapat dipublikasikan untuk masyarakat pengguna pelayanan terkait. Dengan demikian, lembaga pelayanan kesehatan bisa menampilkan poster dalam dua versi yaitu berbasis unit pelayanan dan berbasis elemen pelayanan. Dengan penyajian seperti ini, masyarakat tidak hanya mengetahui kualitas pelayanan kesehatan secara global, tetapi juga bisa mengetahui performansi dari setiap unit dan elemen pelayanan yang telah diberikan.

Dengan penyajian poster indeks kepuasan masyarakat berbasis unit pelayanan, masyarakat akan mudah mengenali kualitas dari masing-masing unit pelayanan, sekaligus dapat segera memberi masukan atau saran, terutama bagi unit-unit pelayanan yang memiliki performa pelayanan yang lebih rendah. Di sisi lain, dengan penyajian poster indeks kepuasan masyarakat berbasis elemen pelayanan, masyarakat akan mudah mengenali kualitas dari masing-masing elemen pelayanan, sekaligus dapat segera memberi masukan atau saran, terutama bagi elemen-elemen pelayanan yang memiliki performa lebih rendah.

Untuk manajemen kualitas pelayanan pada tingkat yang lebih tinggi, misalnya level dinas kesehatan untuk lembaga-lembaga puskesmas, akan lebih baik jika dipresentasikan secara paralel indeks kepuasan masyarakat atau tingkat kualitas pelayanan dari masing-masing puskesmas, sehingga dapat diketahui dengan mudah puskesmas-puskesmas mana sajakah yang masih memerlukan banyak perbaikan pelayanan, dan sebaliknya puskesmas-puskesmas

yang memiliki pelayanan yang unggul yang dapat dijadikan destinasi untuk *benchmarking* bagi puskesmas-puskesmas lain yang lebih membutuhkan perbaikan kualitas pelayanan.

Dalam manajemen kualitas pelayanan kesehatan yang ideal, apabila sudah dilakukan survei kepuasan masyarakat secara berkala dan terus-menerus, perlu dipresentasi secara bersamaan hasil-hasil pengukuran kepuasan masyarakat dalam beberapa tahun terakhir. Dengan cara ini akan dapat diketahui dengan jelas perkembangan kualitas pelayanan kesehatan dari waktu ke waktu. Ini juga dapat digunakan untuk menyusun proyeksi indeks kepuasan masyarakat untuk waktu yang akan datang, sehingga hal-hal yang tidak diinginkan bisa diantisipasi secara lebih dini.

Pada langkah kelima, pembuatan kesimpulan dapat dilakukan dengan mudah karena hasil analisis data sudah dipresentasikan secara visual dalam bentuk *spiderweb diagram*, baik indeks kepuasan masyarakat berbasis unit pelayanan maupun berbasis elemen pelayanan. Sudah dijelaskan di atas bahwa unit pelayanan pada posisi paling jauh dari titik pusat *spiderweb* merupakan unit dengan kualitas pelayanan terbaik, lalu secara berurutan diikuti unit-unit lainnya, dengan demikian unit yang berada dalam posisi paling dekat dengan titik pusat *spiderweb* adalah unit dengan kualitas pelayanan paling rendah. Demikian pula, elemen terjauh dari titik pusat *spiderweb* adalah elemen terbaik dan elemen terdekat dengan titik pusat *spiderweb* adalah elemen terburuk.

Jadi dalam membuat kesimpulan, para pengelola pelayanan kesehatan tinggal memusatkan perhatiannya kepada unit-unit terjauh dari titik pusat sebagai unit-unit yang unggul dan unit-unit terdekat dari titik pusat sebagai unit-unit yang masih lemah. Hal yang sama juga berlaku untuk indeks kepuasan masyarakat berbasis elemen pelayanan kesehatan. Para pengelola pelayanan kesehatan tinggal memusatkan perhatiannya kepada elemen-elemen terjauh dari titik pusat sebagai elemen-elemen yang unggul dan elemen-elemen terdekat dari titik pusat sebagai elemen-elemen yang masih lemah.

Dalam uji coba di atas (studi lapangan), unit-unit yang unggul adalah Kesehatan Anak; Kesehatan Ibu dan KB; serta KIE, sedangkan unit-unit yang lemah adalah Farmasi; KIE; Kesehatan Gigi dan Mulut; serta Fisioterapi. Sementara itu, elemen-elemen yang unggul adalah produk spesifikasi jenis layanan dan biaya/tarif,

sedangkan elemen-elemen yang lemah adalah waktu pelayanan, kompetensi pelaksana, serta sarana dan prasarana.

Rekomendasi juga bisa disampaikan secara lebih mudah karena cukup berfokus kepada posisi unit pelayanan dan elemen pelayanan dari titik pusat *spiderweb diagram* yang sudah diperoleh dalam kesimpulan studi. Tentu saja prioritas perbaikan dan peningkatan kualitas diarahkan pada unit-unit dan elemen-elemen yang terdekat dengan titik pusat *spiderweb diagram*, karena menunjukkan performa yang masih lemah. Sebagaimana disampaikan pada hasil studi lapangan di atas, inti dari rekomendasi adalah unit-unit yang lemah melakukan *internal benchmarking* kepada unit-unit yang unggul; dengan memfokuskan perhatian kepada elemen-elemen yang masih lemah performanya.

Keseluruhan proses studi di atas merupakan upaya yang diarahkan untuk pengukuran kualitas pelayanan kesehatan di puskesmas. Fokus dari metode inovatif yang sederhana ini adalah mengurai indeks kepuasan masyarakat yang bersifat global, menjadi 2 jenis *output* yang lebih spesifik yaitu: 1) indeks kepuasan masyarakat atau kualitas pelayanan kesehatan berbasis unit pelayanan, dan 2) indeks kepuasan masyarakat atau kualitas pelayanan kesehatan berbasis elemen pelayanan; yang pada bagian sebelumnya telah disebut sebagai **“Indeks Kepuasan Masyarakat Berbasis Unit dan Elemen Pelayanan (IKMa-BUDE)**.

Perlu diperhatikan bahwa dalam studi ini, “indeks kepuasan masyarakat terhadap pelayanan puskesmas” sesungguhnya baru merupakan suatu penelitian uji coba. Oleh karena itu, tentu saja sangat terbuka kesempatan atau peluang untuk mengimplementasi seluruh proses di atas untuk obyek-obyek pelayanan kesehatan yang lain, misalnya pelayanan rumah sakit, klinik kesehatan, upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM), laboratorium, apotek, dinas kesehatan, dan lembaga-lembaga kesehatan yang lain. Bahkan metode juga relevan untuk diimplementasikan bagi lembaga-lembaga pelayanan masyarakat di luar bidang kesehatan seperti pelayanan pendidikan, kependudukan, perdagangan, perpajakan, perbankan, hukum, perizinan, konsultan, dan sebagainya. Tentunya, sebelum diimplementasikan, terlebih dahulu harus dipilih elemen-elemen yang sesuai dengan pelayanan masyarakat terkait; misalnya elemen pelayanan pendidikan tentulah berbeda dengan elemen pelayanan kesehatan atau perbankan. Selain mengacu kepada

**Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**

referensi yang telah *establish*, elemen-elemen yang sesuai dapat pula digali dari para masyarakat pengguna pelayanan terkait, misalnya melalui *wawancara*, *brainstorming*, *focused group discussion*; atau gabungan dari metode-metode tersebut.

BAB VI: PENUTUP

A-Kesimpulan

Studi ini telah menghasilkan sebuah metode baru dalam menyajikan *output* indeks kepuasan masyarakat atau kualitas pelayanan dengan 2 cara spesifik yaitu berbasis unit pelayanan dan elemen pelayanan yang selanjutnya diberi nama “Indeks Kepuasan Masyarakat Berbasis Unit dan Elemen (IKMaBUDE)”.

B-Rekomendasi

Inovasi ini diharapkan dapat memberikan kontribusi positif dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di puskesmas dan juga bisa dikembangkan bagi lembaga-lembaga pelayanan kesehatan lainnya, bahkan meluas kepada bidang-bidang selain kesehatan, seperti pelayanan pendidikan, kependudukan, perdagangan, konsultan, perbankan, sosial dan sebagainya.

DAFTAR PUSTAKA

- Haksama Setya. 2004. Laporan Survei Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Pelayanan Puskesmas di Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi. Ngawi: Dinkes Kab. Ngawi.
- Kementerian PAN & RB. 2014. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 16 Tahun 2014 tentang “Pedoman Survei Kepuasan Masyarakat Terhadap Penyelenggaraan Pelayanan Publik”. Jakarta: Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi
- Kementerian PAN & RB. 2014. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2017 Tentang “Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik”. Jakarta: Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi
- Nugroho Heru Santoso Wahito. 2011. Kualitas Layanan Kesehatan Menurut Persepsi Konsumen. Edisi I. Magetan: Forum Ilmiah Kesehatan (Forikes).
- Nugroho Heru Santoso Wahito, Suparji, Sunarto. 2017. Perceived-Expected Quality-Spider Web Diagram (PEQ-SWEDIA) untuk Penilaian Kualitas Pelayanan Kesehatan. Bangli: Aliansi Aktivis Kesehatan / Alliance of Health Activists (AloHA).
- Nugroho Heru Santoso Wahito, Suparji, Sillehu Sahrir. 2018. Laporan Hasil Survei Kepuasan Masyarakat Terhadap Pelayanan Puskesmas di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi Tahun 2018. Ngawi: Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi.
- Pohan Imbalo S. 2006. Jaminan Mutu Layanan Kesehatan, Dasar-Dasar, Pengertian dan Penerapan. Jakarta: EGC.
- Tjiptono Fandy. 2005. Prinsip-Prinsip Total Quality Service. Yogyakarta: Andi Offset.

**Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)**

- Kotler Philip and Keller Kevin Lane. 2008. Manajemen Pemasaran. Jilid 1. Penerjemah: Benyamin Molan. Jakarta: PT Indeks.
- Kotler Philip and Keller Kevin Lane. 2008. Manajemen Pemasaran. Jilid 2. Penerjemah: Benyamin Molan. Jakarta: PT Indeks.
- Brown Lori DiPrete, Franco Lynne Miller, Rafeh Nadwa, Hatzell Theresa. 1998. Quality Assurance of Health Care in Developing Countries. Quality Assurance Project, 7200 Wisconsin Ave., Suite 600, Bethesda, MD 20814 USA, <http://www.qaproject.org/pubs/PDFs/DEVCONT.pdf> (diakses: 29 April 2010).
- Simamora Bilson. 2001. Remarketing For Business Recovery, Sebuah Pendekatan Riset. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Mowen JC dan Minor M. 2002. Perilaku Konsumen Jilid 2. Edisi V. Penerjemah: Dwi Kartini Yahya. Jakarta: Erlangga.
- Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. 1988. Servqual: A Multiple-Item Scale for Measuring Customer Perceptions of Service Quality . Journal of Retailing: Volume 64 Number 1 12-40.