

**ANALISIS KEPUASAN PASIEN TERHADAP PROGRAM
JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS) DI
KABUPATEN LOMBOK BARAT**

SKRIPSI

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
SARJANA EKONOMI
Program Studi Manajemen – Strata 1**

**N a m a : Astriadi Prasetyo
N I M : 4310412-082**



**FAKULTAS EKONOMI
UNIVERSITAS MERCU BUANA
JAKARTA
2009**

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT Sang Peninggi Derajat, Pencipta Bumi dan Langit, Pencipta manusia dan jin. Bagi-Nya segala rasa syukur yang tidak terkira. Alhamdulillah, atas kuasa-Nya, penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi tepat pada waktunya.

Skripsi ini ditulis sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Ekonomi, program studi Manajemen, Fakultas Ekonomi, Universitas Mercu Buana. Pada skripsi ini penulis mencoba untuk menggambarkan kepuasan pasien terkait penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) di Kabupaten Lombok Barat.

Dalam penyusunan dan penulisan skripsi ini tidak lupa juga penulis ingin mengucapkan rasa terimakasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyusunan dan penulisan skripsi ini, diantaranya adalah :

1. Orangtua penulis yang telah mendukung moril maupun materil dalam penyusunan skripsi ini.
2. Silvi Rejeki Wulandari sebagai seorang Istri yang tidak pernah bosan untuk mengingatkan penulis dan selalu menyertai dalam penyusunan skripsi ini.
3. Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat yang telah memberikan data-data yang diperlukan kepada penulis.
4. Indra Yoga, SKM & Intan Zaleha Mutisari, SKM yang telah memberikan sumbangsih berupa pikiran dan masukan terhadap penyusunan dan penulisan skripsi ini.
5. Achmad Nugaraha & Istri yang telah meminjamkan laptopnya kepada penulis untuk menjalani sidang skripsi.
6. dr. Farida T, RR. Harsinta dan suami, Erna Kusumawati, Venty Fitria, Prahardian Priatama, Mbak Wiwin, Bu Emi, Aunty (Ranti dewi), dan staff P2JK lainnya yang telah memberikan bantuan walaupun hanya seutas senyuman.

7. Mas Lemi, Mas Bayu, Reza & istri dan staff TU P2JK lainnya yang juga ikut membantu membangun semangat dalam menjalani sidang skripsi.
8. Kepada seluruh pihak yang tidak bisa disebutkan satu per satu, penulis sangat berterimakasih semoga doa dan bantuannya dibalas oleh Allah SWT dengan rejeki yang berlimpah.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan yang terdapat pada penulisan skripsi ini. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk lebih meningkatkan kualitas skripsi ini. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penulisan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Amin.



Jakarta, September 2009

Penulis

UNIVERSITAS
MERCU BUANA

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN KARYA SENDIRI	iii
HALAMAN PENGESAHAN PEMBIMBING SKRIPSI	iv
HALAMAN PENGESAHAN DEWAN PENGUJI	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
ABSTRAK	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Penelitian	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan dan Kegunaan Penelitian	8
D. Manfaat Penelitian	8
BAB II LANDASAN TEORI	10
A. Pengertian Kepuasan	10
B. Pengertian Kepuasan Pasien	11
C. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien	13
D. Prinsip-prinsip Jaminan Mutu	18
E. Orientasi pada pelanggan	19

F. Pendekatan Sistem	21
G. Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS)	23
H. Tujuan penyelenggaraan Jamkesmas	24
BAB III METODA PENELITIAN	26
A. Gambaran Umum	26
B. Metode Penelitian	31
C. Sampel Penelitian	31
D. Variabel dan Pengukurannya	32
E. Definisi Operasional Variabel	34
F. Metode Pengumpulan Data	35
G. Metode Analisis Data	35
BAB IV ANALISIS HASIL PENELITIAN	40
A. Pelaksanaan Program Jamkesmas di Kabupaten Lombok Barat	40
B. Kepuasan Pasien Jamkesmas di Kabupaten Lombok Barat	44
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	59
A. Kesimpulan	59
B. Saran	61
DAFTAR PUSTAKA	62
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Tenaga Kesehatan di Kabupaten Lombok Barat.....	41
---	----



DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Tenaga Kesehatan di Kabupaten Lombok Barat.....	41
---	----



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Model Dasar Pendekatan Sistem	23
Gambar 3.1 Diagram Kartesius	38
Gambar 4.1 Alur Pendataan Peserta Jamkesmas	45
Gambar 4.2 Bagan pelayanan kesehatan bagi peserta Jamkesmas	48



ABSTRAK

Skripsi ini membahas bagaimana kepuasan pasien terhadap Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) di Kabupaten Lombok Barat. Data diperoleh melalui survey dengan menyebarkan kuisioner kepada 245 pasien rawat jalan, 33 pasien rawat inap, dan 152 pasien persalinan yang telah memanfaatkan kepesertaannya sebagai peserta Jamkesmas di Kabupaten Lombok Barat dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Teknik pengambilan sampel ditentukan dengan *Convenience sampling* yaitu pengambilan sampel responden dari sampel/orang/pasien yang mudah ditemui di lokasi penelitian sedangkan alat analisis yang digunakan adalah analisis deskriptif kuantitatif dengan membandingkan pada teori yang ada.

Dari hasil penelitian didapat informasi bahwa masih terdapat pungutan biaya pelayanan kesehatan yang pada akhirnya berpengaruh terhadap kepuasan pasien. Untuk penelitian selanjutnya disarankan untuk melakukan penelitian pada institusi penyelenggara Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS).

Kata kunci : kepuasan pasien, Jamkesmas

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Penelitian

Kegiatan jasa tidaklah terlepas dari produsen dan konsumen itu sendiri, jasa yang diberikan oleh produsen kepada konsumen akan bermanfaat apabila jasa yang diberikan dapat sampai kepada konsumen untuk memenuhi kebutuhannya. Beberapa produsen membangun sistem sendiri bagaimana cara agar jasa yang diberikan dapat tepat waktu dan sampai kepada konsumen dengan melakukan berbagai usaha untuk memperlancar penyampaiannya dengan meningkatkan kualitas atau mutu pelayanan melalui keandalan (*reliability*), cepat tanggap (*responsiveness*), kepastian (*assurance*), empati (*empaty*), berwujud (*Tangibles*).

Masyarakat sebagai konsumen tentu selalu mengharapkan adanya pelayanan yang baik dalam usaha memenuhi kebutuhan dan keinginannya, dengan berkembangnya ekonomi, teknologi dan daya pikir masyarakat konsumen pasti menyadari bahwa diri ini mempunyai hak untuk mendapatkan pelayanan yang baik serta biaya yang dikeluarkan untuk memenuhi kebutuhan dan keinginan harus sesuai dengan yang diharapkan, sehingga dalam rangka pemenuhan kebutuhan dan keinginan tersebut harus diiringi oleh tingkat kepuasan.

Kebutuhan dan keinginan manusia dipenuhi oleh barang dan jasa kedua – duanya memiliki pengertian yang sama yaitu apapun yang ditawarkan pasti untuk

memenuhi kebutuhan dan keinginan manusia. Hal ini biasa disebut produk, produk terdiri dari 2 macam yaitu produk jasa dan produk manufaktur. Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) adalah salah satu bidang jasa yang tidak terpisahkan dari pengelolaan kegiatan pemasaran, tujuan utama dari diterapkannya pendekatan pemasaran jasa pada program tersebut adalah untuk memberikan kepuasan pelayanan kepada penggunaanya (pasien).

Tujuan tersebut dapat terwujud apabila pelayanan yang diberikan lebih dari apa yang diharapkan oleh pasien. Pelayanan ini tidak hanya diberikan oleh dokter, perawat dan karyawan yang berhadapan langsung dengan pasien, namun pelayanan secara keseluruhan atau hal – hal yang terkait dengan pelayanan pasien. Pada umumnya orang tidak banyak memikirkan tentang penyakit ketika mereka merasa sehat, namun jika penyakit itu datang maka ia akan merasakan suatu pengalaman yang tidak menyenangkan dan pada saat inilah pasien datang ke pemberi pelayanan kesehatan (Puskesmas dan RS) untuk meminta pertolongan tapi tidak semua pasien yang datang mampu mengungkapkan secara tepat keluhannya.

Mungkin berbagai kendala seperti tingkat pendidikan, bahasa yang digunakan, kepribadian pasien, sikap dokter dan hal lainnya yang dapat mempengaruhi persepsi dokter tentang pasiennya, penyakitnya dan tentu bagaimana cara mengobatinya. Meskipun pihak – pihak yang ada didalam pemberi pelayanan kesehatan tersebut berhasil secara keilmuan kedokteran dalam mengobati pasien, namun jika setiap sikap pihak dalam sistem tersebut tidak baik

maka secara keseluruhan dapat dikatakan pemberi pelayanan kesehatan tersebut gagal dalam melayani pasiennya.

Berdasarkan Undang-undang No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, maka didapat bahwa pengertian sehat adalah suatu keadaan yang optimal, baik fisik, mental, maupun sosial, dan tidak hanya terbatas pada keadaan bebas dari penyakit atau kelemahan saja. Pembangunan kesehatan, seperti yang ditetapkan pada konferensi Alma Ata, merupakan suatu upaya kesehatan esensial yang secara universal, mudah dijangkau oleh perorangan dan keluarga dalam masyarakat, dengan cara yang dapat diterima oleh mereka, dengan peran serta penuh mereka dan dengan biaya yang dapat ditanggung oleh masyarakat dan negara yang bersangkutan (Depkes RI, 1990).

Dengan ketentuan tersebut dapat dilihat bahwa pembangunan kesehatan merupakan suatu bagian yang terintegrasi dengan sistem kesehatan di suatu negara. Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H dan Undang-Undang Nomor 23/1992 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

Kenyataan yang terjadi, derajat kesehatan masyarakat miskin masih rendah, hal ini tergambarkan dari angka kematian bayi kelompok masyarakat miskin tiga setengah sampai dengan empat kali lebih tinggi dari kelompok masyarakat tidak miskin. Masyarakat miskin biasanya rentan terhadap penyakit dan mudah terjadi

penularan penyakit karena berbagai kondisi seperti kurangnya kebersihan lingkungan dan perumahan yang saling berhimpitan, perilaku hidup bersih masyarakat yang belum membudaya, pengetahuan terhadap kesehatan dan pendidikan yang umumnya masih rendah. Derajat kesehatan masyarakat miskin berdasarkan indikator Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia, masih cukup tinggi, yaitu AKB sebesar 26,9 per 1000 kelahiran hidup dan AKI sebesar 248 per 100.000 kelahiran hidup serta Umur Harapan Hidup 70,5 thn (BPS 2007).

Derajat kesehatan masyarakat miskin yang masih rendah tersebut diakibatkan karena sulitnya akses terhadap pelayanan kesehatan. Kesulitan akses pelayanan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan memang mahal. Peningkatan biaya kesehatan yang diakibatkan oleh berbagai faktor seperti perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran, pola pembiayaan kesehatan berbasis pembayaran *out of pocket*., kondisi geografis yang sulit untuk menjangkau sarana kesehatan. Derajat kesehatan yang rendah berpengaruh terhadap rendahnya produktifitas kerja yang pada akhirnya menjadi beban masyarakat dan pemerintah.

Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945, sejak awal Agenda 100 hari Pemerintahan Kabinet Indonesia Bersatu telah berupaya untuk mengatasi hambatan dan kendala tersebut melalui pelaksanaan kebijakan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin. Program ini diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan melalui penugasan kepada PT Askes (Persero)

berdasarkan SK Nomor 1241/Menkes /SK/XI/2004, tentang penugasan PT Askes (Persero) dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin.

Program ini telah berjalan memasuki tahun ke empat dan telah banyak hasil yang dicapai terbukti dengan terjadinya kenaikan yang luar biasa dari pemanfaatan program ini dari tahun ke tahun oleh masyarakat miskin dan pemerintah telah meningkatkan jumlah masyarakat yang dijamin maupun pendanaannya.

Namun disamping keberhasilan yang telah dicapai, masih terdapat beberapa permasalahan yang perlu dibenahi antara lain: kepesertaan yang belum tuntas, peran fungsi ganda sebagai pengelola, verifikator dan sekaligus sebagai pembayar atas pelayanan kesehatan, verifikasi belum berjalan dengan optimal, kendala dalam kecepatan pembayaran, kurangnya pengendalian biaya, penyelenggara tidak menanggung resiko.

Atas dasar pertimbangan untuk pengendalian biaya pelayanan kesehatan, peningkatan mutu, transparansi dan akuntabilitas dilakukan perubahan pengelolaan program Jaminan Kesehatan Masyarakat miskin pada tahun 2008. Perubahan mekanisme yang mendasar adalah adanya pemisahan peran Pembayar dengan verifikator melalui penyaluran dana langsung ke Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dari Kas Negara, penggunaan tarif paket Jaminan Kesehatan Masyarakat di RS, penempatan pelaksana verifikasi di setiap Rumah Sakit, pembentukan Tim Pengelola dan Tim KOORDINASI di tingkat Pusat, Propinsi, dan Kabupaten/Kota serta penugasan PT Askes (Persero) dalam manajemen

kepesertaan. Untuk menghindari kesalahpahaman dalam penjaminan terhadap masyarakat miskin yang meliputi sangat miskin, miskin dan mendekati miskin, program ini berganti nama menjadi JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT yang selanjutnya disebut JAMKESMAS dengan tidak ada perubahan jumlah sasaran.

Salah satu indikator kualitas mutu pelayanan program kesehatan adalah kepuasan pasien. Namun, tidak semua pemberi pelayanan kesehatan dapat memenuhinya. Cerita mengenai buruknya pelayanan di rumah sakit masih sering terdengar. Terlebih lagi sikap dari pihak rumah sakit yang terkesan membedakan pelayanan yang diberikan. Untuk itu harus dibuktikan ada atau tidaknya perbedaan tingkat kepuasan antara pasien Jamkesmas dengan pasien umum dalam mendapatkan pelayanan kesehatan

Dengan adanya informasi kepuasan pasien, bagi manajemen pemberi pelayanan kesehatan akan memberikan gambaran seberapa bermutu pelayanan yang diberikan kepada pasien, selain itu dari sisi marketing pasien yang puas dapat menjadi *tool marketing* yang ampuh dengan *mouth to mouth*nya, dan terakhir manajemen dapat memberikan prioritas untuk peningkatan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

Derajat kesehatan masyarakat miskin yang masih rendah, hal ini tergambarkan dari angka kematian bayi kelompok masyarakat miskin tiga setengah sampai dengan empat kali lebih tinggi dari kelompok masyarakat tidak miskin. Masyarakat miskin biasanya rentan terhadap penyakit dan mudah terjadi penularan penyakit karena berbagai kondisi seperti kurangnya kebersihan

lingkungan dan perumahan yang saling berhimpitan, perilaku hidup bersih masyarakat yang belum membudaya, pengetahuan terhadap kesehatan dan pendidikan yang umumnya masih rendah.

Program ini bertujuan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien. Meningkatkan cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di Rumah Sakit. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

Sedangkan Sasaran program adalah masyarakat miskin dan tidak mampu di seluruh Indonesia sejumlah 76,4 juta jiwa, tidak termasuk yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya.

Berdasarkan hal tersebut, maka penulis tertarik untuk mengadakan penelitian dengan mengambil judul “ANALISIS KEPUASAN PASIEN TERHADAP PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS) DI KABUPATEN LOMBOK BARAT”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas maka permasalahan yang timbul adalah :

1. Bagaimana pelaksanaan program Jamkesmas di Kabupaten Lombok Barat Tahun 2008.
2. Bagaimana kepuasan pasien program Jamkesmas di Kabupaten Lombok Barat samapai dengan tahun 2008.

C. Tujuan dan Kegunaan Penelitian

1. Memberikan analisis mengenai kepuasan pasien terhadap Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Lombok Barat tahun 2008.
2. Mengetahui persepsi konsumen (kepuasan pasien) dalam mendapatkan pelayanan kesehatan sebagai peserta Jamkesmas di Kabupaten Lombok Barat tahun 2008.
3. Mengetahui dasar pertimbangan konsumen (pasien) dalam menggunakan kepesertaannya pada Program Jamkesmas di Kabupaten Lombok Barat tahun 2008.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat bagi peneliti

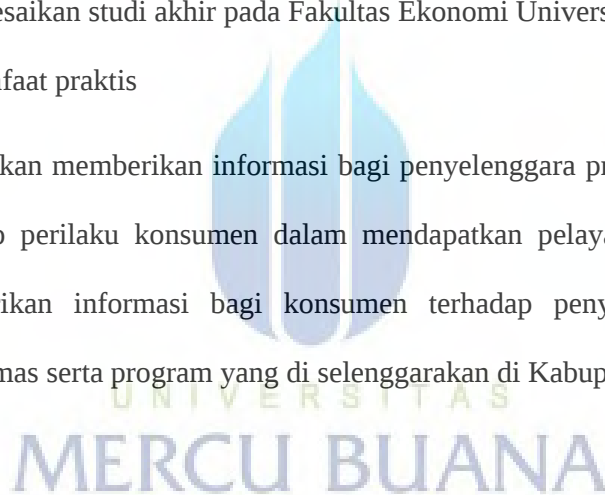
Penelitian ini bermanfaat untuk dapat meningkatkan pemahaman dari disiplin ilmu yang telah dipelajari, serta dapat menerapkan teori-teori yang telah diperoleh dalam perkuliahan pada permasalahan di dunia nyata

2. Manfaat bagi kalangan akademis

Penelitian ini dapat menjadi bahan bacaan dalam melengkapi pustaka Perguruan Tinggi, serta berguna untuk referensi dalam penelitian selanjutnya berkaitan dengan manajemen pemasaran terutama yang berkaitan dengan perilaku konsumen, faktor-faktor yang mempengaruhi pemilihan dan menambah kemampuan dalam menganalisa permasalahan dengan menggunakan teori-teori yang ada, serta sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan studi akhir pada Fakultas Ekonomi Universitas Mercu Buana.

3. Manfaat praktis

Diharapkan memberikan informasi bagi penyelenggara program (pemerintah) terhadap perilaku konsumen dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dan memberikan informasi bagi konsumen terhadap penyelenggara program Jamkesmas serta program yang diselenggarakan di Kabupaten Lombok Barat.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian kepuasan

Kepuasan menurut Kamus Bahasa Indonesia adalah puas; merasa senang; perih (hal yang bersifat puas, kesenangan, kelegaan dan sebagainya). Kepuasan dapat diartikan sebagai perasaan puas, rasa senang dan kelegaan seseorang dikarenakan mengkonsumsi suatu produk atau jasa untuk mendapatkan pelayanan suatu jasa. Menurut Oliver (dalam Supranto, 2001) mendefinisikan kepuasan sebagai tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakannya dengan harapannya. Tingkat kepuasan merupakan fungsi dari perbedaan antara kinerja yang dirasakan dengan harapan. Apabila kinerja dibawah harapan, maka pelanggan akan sangat kecewa. Bila kinerja sesuai harapan, maka pelanggan akan sangat puas. Sedangkan bila kinerja melebihi harapan pelanggan akan sangat puas harapan pelanggan dapat dibentuk oleh pengalaman masa lampau, komentar dari kerabatnya serta janji dan informasi dari berbagai media. Pelanggan yang puas akan setia lebih lama, kurang sensitif terhadap harga dan memberi komentar yang baik tentang perusahaan tersebut.

Menurut Kotler (1994), kepuasan adalah tingkat yang dicapai seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakan dibandingkan dengan harapannya. Jadi kepuasan atau ketidakpuasan adalah kesimpulan dari interaksi

antara harapan dan pengalaman sesudah memakai jasa atau pelayanan yang diberikan. Upaya untuk mewujudkan kepuasan pelanggan total bukanlah hal yang mudah, Mudie dan Cottom dalam Tjiptono (1997), menyatakan bahwa kepuasan pelanggan total tidak mungkin tercapai, sekalipun hanya untuk sementara waktu.

Berdasarkan uraian dari beberapa ahli tersebut diatas, maka dapat disimpulkan bahwa kepuasan adalah perasaan senang, puas individu karena antara harapan dan kenyataan dalam memakai dan pelayanan yang diberikan terpenuhi.

B. Pengertian kepuasan pasien

Memahami kebutuhan dan keinginan konsumen dalam hal ini pasien adalah hal penting yang mempengaruhi kepuasan pasien. Pasien yang puas merupakan aset yang sangat berharga karena apabila pasien puas mereka akan terus melakukan pemakaian terhadap jasa pilihannya, tetapi jika pasien merasa tidak puas mereka akan memberitahukan dua kali lebih hebat kepada orang lain tentang pengalaman buruknya. Untuk menciptakan kepuasan pasien suatu perusahaan atau rumah sakit harus menciptakan dan mengelola suatu sistem untuk memperoleh pasien yang lebih banyak dan kemampuan untuk mempertahankan pasiennya.

Namun upaya untuk perbaikan atau kesempurnaan kepuasan dapat dilakukan dengan berbagai strategi oleh perusahaan untuk dapat merebut pelanggan. Junaidi (2002) berpendapat bahwa kepuasan konsumen atas suatu produk dengan kinerja yang dirasakan konsumen atas produk tersebut. Jika kinerja

produk lebih tinggi dari harapan konsumen maka konsumen akan mengalami kepuasan.

Hal yang hampir serupa dikemukakan oleh Indarjati (2001) yang menyebutkan adanya tiga macam kondisi kepuasan yang bisa dirasakan oleh konsumen berkaitan dengan perbandingan antara harapan dan kenyataan, yaitu jika harapan atau kebutuhan sama dengan layanan yang diberikan maka konsumen akan merasa puas. Jika layanan yang diberikan pada konsumen kurang atau tidak sesuai dengan kebutuhan atau harapan konsumen maka konsumen menjadi tidak puas. Kepuasan konsumen merupakan perbandingan antara harapan yang dimiliki oleh konsumen dengan kenyataan yang diterima oleh konsumen dengan kenyataan yang diterima oleh konsumen dengan kenyataan yang diterima oleh konsumen pada saat mengkonsumsi produk atau jasa. Konsumen yang mengalami kepuasan terhadap suatu produk atau jasa dapat dikategorikan ke dalam konsumen masyarakat, konsumen instansi dan konsumen individu. Dalam penelitian ini peneliti menitikberatkan pada kepuasan pasien. Pasien adalah orang yang karena kelemahan fisik atau mentalnya menyerahkan pengawasan dan perawatannya, menerima dan mengikuti pengobatan yang ditetapkan oleh tenaga kesehatan (Prabowo, 1999). Sedangkan Aditama (2002) berpendapat bahwa pasien adalah mereka yang di obati dirumah sakit.

Berdasarkan uraian dari beberapa ahli tersebut diatas, maka dapat disimpulkan bahwa kepuasan pasien adalah perasaan senang, puas individu karena terpenuhinya harapan atau keinginan dalam menerima jasa pelayanan kesehatan.

C. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien

Menurut pendapat Budiastuti (2002) mengemukakan bahwa pasien dalam mengevaluasi kepuasan terhadap jasa pelayanan yang diterima mengacu pada beberapa faktor, antara lain :

a. Kualitas produk atau jasa

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

b. Kualitas pelayanan

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

c. Faktor emosional

Pasien yang merasa bangga dan yakin bahwa orang lain kagum terhadap konsumen bila dalam hal ini pasien memilih rumah sakit yang

sudah mempunyai pandangan “rumah sakit mahal”, cenderung memiliki tingkat kepuasan yang lebih tinggi.

d. Harga

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

e. Biaya

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

Tjiptono (1997) kepuasan pasien ditentukan oleh beberapa faktor antara lain, yaitu

:

- a. Kinerja (*performance*), berpendapat pasien terhadap karakteristik operasi dari pelayanan inti yang telah diterima sangat berpengaruh pada kepuasan yang dirasakan. Wujud dari kinerja ini misalnya : kecepatan, kemudahan, dan kenyamanan bagaimana perawat dalam memberikan jasa pengobatan terutama keperawatan pada waktu penyembuhan yang relatif cepat, kemudahan dalam memenuhi kebutuhan pasien dan kenyamanan yang diberikan yaitu dengan memperhatikan kebersihan, keramahan dan kelengkapan peralatan rumah sakit.
- b. Ciri-ciri atau keistimewaan tambahan (*features*), merupakan karakteristik sekunder atau karakteristik pelengkap yang dimiliki oleh jasa pelayanan,

misalnya : kelengkapan interior dan eksterior seperti televisi, AC, *sound system*, dan sebagainya.

- c. Keandalan (*reliability*), sejauhmana kemungkinan kecil akan mengalami ketidakpuasan atau ketidaksesuaian dengan harapan atas pelayanan yang diberikan. Hal ini dipengaruhi oleh kemampuan yang dimiliki oleh perawat didalam memberikan jasa keperawatannya yaitu dengan kemampuan dan pengalaman yang baik terhadap memberikan pelayanan keperawatan dirumah sakit.
- d. Kesesuaian dengan spesifikasi (*conformance to spesification*), yaitu sejauh mana karakteristik pelayanan memenuhi standart-standart yang telah ditetapkan sebelumnya. Misalnya : standar keamanan dan emisi terpenuhi seperti peralatan pengobatan.
- e. Daya tahan (*durability*), berkaitan dengan beberapa lama produk tersebut digunakan. Dimensi ini mencakup umur teknis maupun umur ekonomis dalam penggunaan peralatan rumah sakit, misalnya : peralatan bedah, alat transportasi, dan sebagainya.
- f. *Service ability*, meliputi kecepatan, kompetensi, serta penanganan keluhan yang memuaskan. Pelayanan yang diberikan oleh perawat dengan memberikan penanganan yang cepat dan kompetensi yang tinggi terhadap keluhan pasien sewaktu-waktu.
- g. Estetika, merupakan daya tarik rumah sakit yang dapat ditangkap oleh panca indera. Misalnya : keramahan perawat, peralatan rumah sakit yang lengkap dan modern, desain arsitektur rumah sakit, dekorasi kamar, kenyamanan ruang tunggu, taman yang indah dan sejuk, dan sebagainya.
- h. Kualitas yang dipersepsikan (*perceived quality*), citra dan reputasi rumah sakit serta tanggung jawab rumah sakit. Bagaimana kesan yang diterima pasien terhadap rumah sakit tersebut terhadap prestasi dan keunggulan rumah sakit daripada rumah sakit lainnya dan tanggung jawab rumah sakit selama proses penyembuhan baik dari pasien masuk sampai pasien keluar rumah sakit dalam keadaan sehat.

Sementara itu ahli lain Moison, Walter dan White (dalam Haryanti, 2000)

menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan konsumen, yaitu :

- 1. Karakteristik produk, produk ini merupakan kepemilikan rumah sakit yang bersifat fisik antara lain gedung dan dekorasi. Karakteristik produk rumah sakit meliputi penampilan bangunan rumah sakit, kebersihan dan tipe kelas kamar yang disediakan beserta kelengkapannya.
- 2. Harga, yang termasuk didalamnya adalah harga produk atau jasa. Harga merupakan aspek penting, namun yang terpenting dalam penentuan kualitas guna mencapai kepuasan pasien. Meskipun demikian elemen ini mempengaruhi pasien dari segi biaya yang

dikeluarkan, biasanya semakin mahal harga perawatan maka pasien mempunyai harapan yang lebih besar.

3. Pelayanan, yaitu pelayanan keramahan petugas rumah sakit, kecepatan dalam pelayanan. Rumah sakit dianggap baik apabila dalam memberikan pelayanan lebih memperhatikan kebutuhan pasien maupun orang lain yang berkunjung di rumah sakit. kepuasan muncul dari kesan pertama masuk pasien terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan. Misalnya : pelayanan yang cepat, tanggap dan keramahan dalam memberikan pelayanan keperawatan.
4. Lokasi, meliputi letak rumah sakit, letak kamar dan lingkungannya. Merupakan salah satu aspek yang menentukan pertimbangan dalam memilih rumah sakit. Umumnya semakin dekat rumah sakit dengan pusat perkotaan atau yang mudah dijangkau, mudahnya transportasi dan lingkungan yang baik akan semakin menjadi pilihan bagi pasien yang membutuhkan rumah sakit tersebut.
5. Fasilitas, kelengkapan fasilitas rumah sakit turut menentukan penilaian kepuasan pasien, misalnya fasilitas kesehatan baik sarana dan prasarana, tempat parkir, ruang tunggu yang nyaman dan ruang kamar rawat inap. Walaupun hal ini tidak vital menentukan penilaian kepuasan pasien, namun rumah sakit perlu memberikan perhatian pada fasilitas rumah sakit dalam penyusunan strategi untuk menarik konsumen.
6. *Image*, yaitu citra, reputasi dan kepedulian rumah sakit terhadap lingkungan. Image juga memegang peranan penting terhadap kepuasan pasien dimana pasien memandang rumah sakit mana yang akan dibutuhkan untuk proses penyembuhan. Pasien dalam menginterpretasikan rumah sakit berawal dari cara pandang melalui panca indera dari informasi-informasi yang didapatkan dan pengalaman baik dari orang lain maupun diri sendiri sehingga menghasilkan anggapan yang positif terhadap rumah sakit tersebut, meskipun dengan harga yang tinggi. Pasien akan tetap setia menggunakan jasa rumah sakit tersebut dengan harapan-harapan yang diinginkan pasien.
7. Desain visual, meliputi dekorasi ruangan, bangunan dan desain jalan yang tidak rumit. Tata ruang dan dekorasi rumah sakit ikut menentukan kenyamanan suatu rumah sakit, oleh karena itu desain dan visual harus diikutsertakan dalam penyusunan strategi terhadap kepuasan pasien atau konsumen.
8. Suasana, meliputi keamanan, keakraban dan tata lampu. Suasana rumah sakit yang tenang, nyaman, sejuk dan indah akan sangat mempengaruhi kepuasan pasien dalam proses penyembuhannya. Selain itu tidak hanya bagi pasien saja yang menikmati itu akan tetapi orang lain yang berkunjung ke rumah sakit akan sangat senang dan memberikan pendapat yang positif sehingga akan terkesan bagi pengunjung rumah sakit tersebut.

9. Komunikasi, yaitu tata cara informasi yang diberikan pihak penyedia jasa dan keluhan-keluhan dari pasien. Bagaimana keluhan-keluhan dari pasien dengan cepat diterima oleh penyedia jasa terutama perawat dalam memberikan bantuan terhadap keluhan pasien. Misalnya adanya tombol panggilan didalam ruang rawat inap, adanya ruang informasi yang memadai terhadap informasi yang akan dibutuhkan pemakai jasa rumah sakit seperti keluarga pasien maupun orang yang berkunjung di rumah sakit.

Berbeda dengan ahli lainnya, aspek – aspek yang mempengaruhi kepuasan pasien menurut Griffith (1987), antara lain :

- a. Sikap pendekatan staf pada pasien yaitu sikap staf terhadap pasien ketika pertama kali datang di rumah sakit.
- b. Kualitas perawatan yang diterima oleh pasien yaitu apa saja yang telah dilakukan oleh pemberi layanan kepada pasien, seberapa pelayanan perawatan yang berkaitan dengan proses kesembuhan penyakit yang diderita pasien dan kelangsungan perawatan pasien selama berada dirumah sakit.
- c. Prosedur administrasi yaitu berkaitan dengan pelayanan administrasi pasien dimulai masuk rumah sakit selama perawatan berlangsung sampai keluar dari rumah sakit.
- d. Waktu menunggu yaitu berkaitan dengan waktu yang diperbolehkan untuk berkunjung maupun untuk menjaga dari keluarga maupun orang lain dengan memperhatikan ruang tunggu yang memenuhi standar-standar rumah sakit antara lain : ruang tunggu yang nyaman, tenang, fasilitas yang memadai misalnya televisi, kursi, air minum dan sebagainya.
- e. Fasilitas umum yang lain seperti kualitas pelayanan berupa makanan dan minuman, privasi dan kunjungan. Fasilitas ini berupa bagaimana pelayanan terhadap pemenuhan kebutuhan pasien seperti makanan dan minuman yang disediakan dan privasi ruang tunggu sebagai sarana bagi orang-orang yang berkunjung di rumah sakit.
- f. Fasilitas ruang inap untuk pasien yang harus rawat. Fasilitas ruang inap ini disediakan berdasarkan permintaan pasien mengenai ruang rawat inap yang dikehendaknya.
- g. Hasil *treatment* atau hasil perawatan yang diterima oleh pasien yaitu perawatan yang berkaitan dengan kesembuhan penyakit pasien baik berupa operasi, kunjungan dokter atau perawat.

Tingkat kepuasan antar individu satu dengan individu lain berbeda. Hal ini terjadi karena adanya pengaruh dari faktor jabatan, umur, kedudukan sosial,

tingkat ekonomi, pendidikan, jenis kelamin, sikap mental dan kepribadian (Sugiarto, 1999). Kepuasan pasien atau konsumen berdasarkan teori-teori diatas tidak hanya dipengaruhi oleh jasa yang dihasilkan oleh suatu rumah sakit semata, tetapi juga dipengaruhi oleh pelayanan yang diberikan oleh petugas rumah sakit baik dokter, perawat, dan karyawan-karyawan lainnya.

D. Prinsip-Prinsip Jaminan Mutu

Mutu tidak akan pernah dicapai dalam jangka waktu yang singkat. Hal tersebut memerlukan waktu yang sangat bervariasi tergantung dari pada standar mutu yang diinginkan. Pengertian tentang program jaminan mutu mungkin sudah sering kita ketahui dari berbagai sumber yang sangat bervariasi.

Secara singkat disebutkan bahwa program jaminan mutu melibatkan setiap orang berada dalam organisasi untuk peningkatan pelayanan yang terus menerus dimana mereka akan memenuhi kebutuhan standar dan harapan dari pada pelanggan baik pelanggan intern ataupun pelanggan ekstern. Hal ini adalah suatu metode yang mengkombinasikan teknik manajemen, keterampilan teknik, dan pemanfaatan penuh potensi sumber daya manusia dalam organisasi Puskesmas dan Rumah Sakit.

Program Jaminan Mutu dapat dibedakan dengan bentuk manajemen yang lain, dimana jaminan mutu didasarkan pada prinsip prinsip sebagai berikut :

- a. Setiap orang didalam organisasi harus dilibatkan dalam penentuan , pengertian dan peningkatan proses yang berkelanjutan dengan masing masing kontrol dan bertanggung jawab dalam setiap mutu yang dihasilkan oleh masing masing orang.

- b. Setiap orang harus sepakat untuk memuaskan masing masing pelanggan, baik pelanggan eksternal maupun pelanggan internal.
- c. Peningkatan mutu dilaksanakan dengan menggunakan metode ilmiah yaitu dengan menggunakan data untuk pengambilan keputusan, penggunaan alat alat statistik dan keterlibatan setiap orang yang terkait.
- d. Adanya pengertian dan penerimaan terhadap suatu perbedaan yang alami.
- e. Pembentukan *teamwork*. Baik itu dalam *part time teamwork*, *fulltime teamwork* ataupun *cross functional team*.
- f. Adanya komitmen tentang pengembangan karyawan (*development of employees*) melalui keterlibatan didalam pengambilan keputusan.
- g. Partisipasi dari pada setiap orang dalam kegiatan merupakan dorongan yang positif dan harus dilaksanakan.
- h. Program pendidikan dan pelatihan dianggap sebagai suatu investment/modal dalam rangka pengembangan kemampuan dan pengetahuan pegawai untuk mencapai potensi mereka harapan.
- i. *Suppliers* dan *Customer* diintegrasikan dalam proses peningkatan mutu.

E. Orientasi pada pelanggan (*customer focus*)

Dalam pandangan tradisional, pelanggan berarti orang yang membeli dan menggunakan produk suatu perusahaan/organisasi. Dalam hal ini pelanggan tersebut berinteraksi dengan perusahaan setelah proses menghasilkan produk. Sedangkan pihak pihak yang berhubungan dengan organisasi/perusahaan sebelum tahap proses disebut sebagai pemasok.

Dalam konsep quality manajemen pelanggan dan pemasok ada didalam dan diluar organisasi. Pelanggan dikenal sebagai pelanggan eksternal dan pelanggan internal. Pelanggan eksternal adalah orang yang menggunakan produk atau jasa perusahaan. Pemasok eksternal adalah orang diluar organisasi yang menjual bahan mentah/bahan baku, informasi atau jasa lain kepada organisasi. Sedangkan didalam organisasi juga ada pelanggan internal dan pemasok internal.

Misalnya dalam pelayanan pasien di Puskesmas. Dalam pemeriksaan laboratorium misalnya, dokter dan tenaga paramedis merupakan pelanggan internal dari pada petugas laboratorium, sedangkan bagian logistik yang menyediakan bahan bahan pemeriksaan dan peralatan lainnya merupakan pemasok internal. Oleh karena itu kualitas pekerjaan dari bagian logistik akan mempengaruhi kualitas pekerjaan petugas laboratorium dan sekaligus akan mempengaruhi kualitas pekerjaan dari pada tenaga medis.

Pada hakikatnya tujuan dari pada bisnis adalah untuk menciptakan dan mempertahankan para pelanggan. Demikian pula dalam kegiatan pelayanan kesehatan target utamanya adalah untuk kepuasan pelanggan dalam hal ini kesembuhan dari penyakit. Oleh karena itu hanya dengan memahami proses dan pelanggan maka organisasi dapat memahami dan menghargai makna dari pada kualitas. Semua usaha manajemen dalam jaminan mutu diarahkan pada satu tujuan utama yaitu terciptanya kepuasan pelanggan. Apapun yang dilakukan manajemen tidak akan ada gunanya bila akhirnya tidak menghasilkan peningkatan kepuasan pelanggan. Adanya kepuasan pelanggan dapat memberikan manfaat diantaranya :

- a. Hubungan antara pemberi pelayanan kesehatan dengan para pasien menjadi harmonis.
- b. Memberikan dasar yang baik bagi kunjungan ulang.
- c. Membentuk suatu rekomendasi dari mulut ke mulut (*word of nouth*) yang menguntungkan bagi pemberi pelayanan kesehatan.

- d. Reputasi pemberi pelayanan kesehatan menjadi baik dimata pelanggan/pasien dan keluarga.

F. Pendekatan Sistem

1. Pengertian

Pendekatan sistem dikembangkan dalam manajemen sejak awal tahun 1960-an untuk memenuhi kebutuhan perubahan lingkungan manajemen(Muninjaya, 2004). Batasan tentang sistem ada beberapa macam, diantaranya yang dipandang cukup penting adalah sebagai berikut (Azwar, 1996) :

- a. Menurut Ryans, sistem adalah gabungan dari elemen-elemen yang saling berhubungan oleh suatu proses atau struktur dan berfungsi sebagai satu kesatuan organisasi dalam upaya menghasilkan sesuatu yang telah ditetapkan.
- b. Sistem menurut Mc Manama adalah suatu struktur konseptual yang terdiri dari fungsi-fungsi yang saling berhubungan yang bekerja sebagai satu unit organik untuk mencapai keluaran yang diinginkan secara efektif dan efisien.

Selain pengertian-pengertian di atas, Muninjaya dalam bukunya yang berjudul Manajemen Kesehatan mengemukakan bahwa sistem merupakan suatu rangkaian komponen atau bagian yang berhubungan satu sama lain dan mempunyai tujuan yang jelas. Pendekatan sistem tersebut digunakan untuk mengantisipasi perubahan manajemen secara holistik dan komprehensif.

2. Unsur-unsur Sistem

Sistem terbentuk dari unsur-unsur atau elemen-elemen yang saling mempengaruhi. Muninjaya (2004) berpendapat bahwa secara generik, sebuah sistem adalah input, process, dan output. Effect dan outcome adalah bagian dari output yang terkait dengan lingkungan. Sedangkan menurut Azwar (1996), elemen-elemen tersebut dapat dikelompokkan menjadi enam elemen :

a. Unsur Masukan (*Input*)

Adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut.

b. Unsur Proses (*Process*)

Kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan.

c. Unsur Keluaran (*Output*)

Adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem.

d. Umpan Balik (*Feed Back*)

Adalah kumpulan bagian atau elemen yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan dari sistem tersebut.

e. Dampak (*Impact*)

Adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran dari suatu sistem.

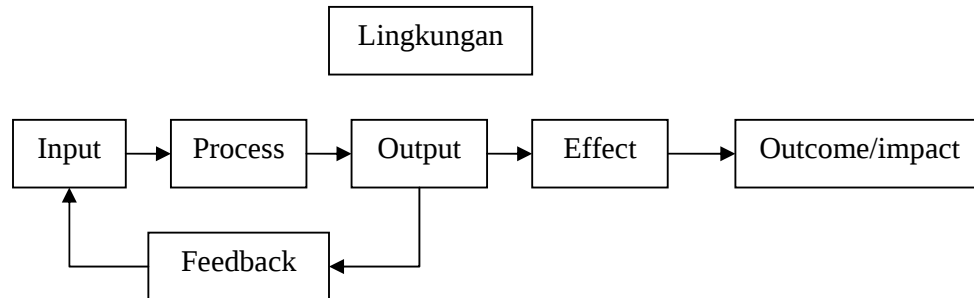
f. Lingkungan (*Environment*)

Adalah dunia luar sistem yang tidak dikelola oleh sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem.

Keenam unsur sistem tersebut saling berhubungan dan saling mempengaruhi.

Secara sederhana hubungan unsur-unsur tersebut dapat digambarkan sebagai berikut (Azwar, 1996).

Gambar 2. 1
Model Dasar Pendekatan Sistem



G. Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS)

Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H dan Undang-Undang Nomor 23/1992 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Derajat kesehatan masyarakat miskin berdasarkan indikator Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia, masih cukup tinggi, yaitu AKB sebesar 26,9 per 1000 kelahiran hidup dan AKI sebesar 248 per 100.000 kelahiran hidup serta Umur Harapan Hidup 70,5 Tahun (BPS 2007). Derajat kesehatan masyarakat miskin yang masih rendah tersebut diakibatkan karena sulitnya akses terhadap pelayanan kesehatan. Kesulitan akses pelayanan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan memang mahal. Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan

sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945, sejak tahun 2005 telah diupayakan untuk mengatasi hambatan dan kendala tersebut melalui pelaksanaan kebijakan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin. Program ini diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan melalui penugasan kepada PT Askes (Persero) berdasarkan SK Nomor 1241/Menkes /SK/XI/2004, tentang penugasan PT Askes (Persero) dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin. Program ini dalam perjalanannya terus diupayakan untuk ditingkatkan melalui perubahan-perubahan sampai dengan penyelenggaraan program tahun 2008.. Perubahan mekanisme yang mendasar adalah adanya pemisahan peran pembayar dengan verifikator melalui penyaluran dana langsung ke Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dari Kas Negara, penggunaan tarif paket Jaminan Kesehatan Masyarakat di RS, penempatan pelaksana verifikasi di setiap Rumah Sakit, pembentukan Tim Pengelola dan Tim Koordinasi di tingkat Pusat, Propinsi, dan Kabupaten/Kota serta penugasan PT Askes (Persero) dalam manajemen kepesertaan.

H. Tujuan Penyelenggaraan JAMKESMAS

Tujuan Umum :

Meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.

Tujuan Khusus:

1. Meningkatnya cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di Rumah Sakit.
2. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.
3. Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

Sasaran

Sasaran program adalah masyarakat miskin dan tidak mampu di seluruh Indonesia sejumlah 76,4 juta jiwa, tidak termasuk yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya.



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Gambaran Umum

Kabupaten Lombok Barat adalah sebuah kabupaten di provinsi Nusa Tenggara Barat, Indonesia. Ibu kotanya ialah Gerung. Kabupaten Lombok Barat terdiri dari 15 kecamatan yaitu: Batulayar, Bayan, Gangga, Gerung, Gunungsari, Kayangan, Kediri, Kuripan, Labuapi, Lembar, Lingsar, Narmada, Pemenang, Sekotong, Tanjung.

Berdasarkan ketinggian wilayah Kabupaten Lombok Barat sebagian besar berada pada ketinggian 0 -100 meter diatas permukaan laut dengan luas 55.163 Ha atau 32,99 % dari luas wilayah Kabupaten Lombok Barat, ketinggian 100-500 meter dengan luas wilayah 69.297 Ha atau 41,44 % dari luas wilayah Kabupaten Lombok Barat, ketinggian 500-1000 meter dengan luas 29.531 Ha atau 17,66 % dari luas wilayah Kabupaten Lombok Barat, dan ketinggian 1000 meter keatas seluas 13.244 Ha atau 8 % dari luas wilayah Kabupaten Lombok Barat.

Untuk kedua kecamatan yaitu Kecamatan Kuripan dan Kecamatan Batulayar, datanya masih bergabung dengan kecamatan induk sebelum adanya pemekaran masing-masing Kecamatan Kuripan bergabung dengan Kecamatan Kediri dan Kecamatan Batulayar bergabung dengan Kecamatan Gunungsari.

Luas Wilayah

Kabupaten Lombok Barat dengan Luas Wilayah 1,672,15Km² atau 167,215 Ha, terletak antar 115,46' sampai dengan 11.28 Bujur Timur, dari 8.12⁰ sampai dengan 8.55⁰ Lintang Selatan batas-batas wilayah yaitu Sebelah Utara Laut Jawa, sebelah Selatan Samudera Indonesia, sebelah Barat Selat Lombok dan Kota Madya Mataram, sebelah Timur Kabupaten Lombok Tengah dan Kabupaten Lombok Timur, terbagi dalam 15 Kecamatan

Dilihat dari komposisi wilayah kecamatan yang ada bahwa kecamatan yang terluas adalah kecamatan Sekotong Tengah yaitu 33.045 Ha. Atau 19,79 % dari luas keseluruhan Wilayah Kabupaten Lombok Barat, sedangkan kecamatan yang luas wilayahnya paling kecil adalah Kecamatan Kediri yaitu 2,164 Ha atau 1,29 % dari luas wilayah Kabupaten Lombok Barat.

V i s i

Terwujudnya masyarakat Lombok Barat Sejahtera dilandasi Nilai Patut Patuh Patju

M i s i

1. Menegakkan supremasi hukum untuk menciptakan stabilitas Sosial, Politik, Ekonomi dan Kamtibmas yang mantap
2. Meningkatkan pertumbuhan ekonomi melalui pemberdayaan ekonomi kerakyatan
3. Meningkatkan pengelolaan lingkungan hidup yang efisien dan berkelanjutan

4. Meningkatkan kualitas SDM dan aparatur yang berorientasi pada kepentingan masyarakat
5. Meningkatkan partisipasi dan pemberdayaan masyarakat disegala aspek pembangunan
6. Meningkatkan pelayanan masyarakat disegala bidang
7. Meningkatkan pengalaman ajaran agama dalam kehidupan sehari-hari

Jumlah Penduduk

Hasil sensus penduduk (SP) Tahun 2000 jumlah penduduk Kabupaten Lombok Barat sebanyak 670.102 Jiwa dengan laju pertumbuhan rata-rata per tahun sebesar 1,37 %, sedangkan perkembangan jumlah penduduk Kabupaten Lombok Barat berdasarkan sensus pada Tahun 2005 sebanyak 743.484 jiwa yang terdiri dari 359.506 jiwa penduduk laki-laki dan 383.978 jiwa wanita dengan laju pertumbuhan rata-rata per tahun 2,10 %.

Penduduk Miskin dan Fakir Miskin

Dari data BPS Kabupaten Lombok Barat bahwa kriteria penduduk miskin yaitu seorang yang pengeluarannya perkapita perbulan dibawah garis kemiskinan yang disetarakan dengan 2.100 kalori perhari. Berdasarkan itu maka penduduk miskin Kabupaten Lombok Barat pada tahun 2001 sebesar 31,36 %, kemudian pada tahun 2005 karena akibat berbagai krisis yang berkepanjangan penduduk

miskin di Kabupaten Lombok Barat menjadi 54,16 %, sedangkan fakir miskin menurut data Dinas Sosial Kabupten Lombok Barat sebanyak 69.818 jiwa atau 9,39 % dari jumlah penduduk Kabupaten Lombok Barat

Jenis Keluhan Kesehatan

Dalam sehari-hari, kejadian keluhan kesehatan dapat dipastikan dialami oleh masyarakat. Kejadian ini dilihat langsung ditengah-tengah masyarakat seperti : relatif banyak kunjungan masyarakat ke PUSKESMAS untuk berobat dan juga terdapat penduduk yang terganggu kesehatannya berada dirumah, tetapi tidak berkunjung ke fasilitas kesehatan. Dengan adanya masyarakat yang sakit tidak berkunjung ke fasilitas kesehatan dapat dikarenakan tidak mempunyai biaya berobat atau menganggap jenis keluhan kesehatan yang dialami tidak berbahaya. Gambaran terhadap 10 macam penyakit utama yang diderita masyarakat selama tahun 2005 dan dilayani di Puskesmas menunjukkan bahwa jenis keluhan kesehatan terbanyak yang dialami penduduk yaitu infeksi saluran pernapasan akut (ispa) sebanyak 16,95 %, kemudian reumatik sebesar 7,88 %, penyakit kulit infeksi 7,64 %, penyakit saluran pernapasan bagian atas sebesar 6,41 %, penyakit diare sebesar 4,97 %, penyakit kulit alergi 3,92, asma 3,41 %, dysentri 2,87 %, Pneumonia 2,82 % dan malaria tanpa pemeriksaan sebesar 2,59 % serta penyakit lain-lainnya sebesar 16,30 %

Angka Harapan Hidup

Penggunaan indikator usia harapan hidup waktu lahir dijadikan salah satu indikator kesehatan dalam IPM. Sebagai indikator dapat memberikan gambaran tentang keberhasilan keseluruhan kegiatan pembangunan dalam meningkatkan status sosial ekonomi penduduk. Keberhasilan Pemerintah dalam meningkatkan kualitas hidup penduduk di Kabupaten Lombok Barat sedikit mengalami peningkatan, hal ini tercermin dari usia harapan hidup penduduk dari 58,60 tahun pada periode 2001 meningkat menjadi 61,13 tahun pada periode akhir 2005. Walaupun sedikit mengalami peningkatan, namun telah memberikan indikasi bahwa kesadaran masyarakat Lombok Barat untuk hidup sehat mengalami peningkatan.

Angka Kematian Bayi

Mortalitas atau kematian merupakan komponen demografi disamping faktor kelahiran dan migrasi. Tingkat kematian berbeda antara wilayah kecamatan yang satu dengan yang lain tergantung dari kondisi sosial ekonomi masyarakat setempat. Sementara angka kematian di Kabupaten Lombok Barat terus mengalami penurunan seiring dengan perbaikan ekonomi masyarakat, dimana pada tahun 2000 angka kematian bayi (AKB) sebesar 77,20 per 1.000 kelahiran hidup, menurun menjadi 75,10 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2001, kemudian menurun lagi menjadi 70,28 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2003, demikian angka kematian ibu (AKI), menunjukkan penurunan dimana pada tahun 2000 sebesar 523 per 100.000 ibu melahirkan, turun menjadi 509 per

100.000 pada tahun 2001, dan turun lagi menjadi 196 per 100.000 kelahiran pada tahun 2004

B. Metode Penelitian

Penelitian mengenai analisis kepuasan pasien terhadap Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) di Kabupaten Lombok Barat ini menggunakan metode kuantitatif. Dalam lingkup penelitian kuantitatif, terdapat tiga macam metode penelitian yaitu metode eksploratif, deskriptif, dan eksplanatif (Irawan, 2006). Ketiga metode tersebut oleh beberapa ahli kemudian dipersempit lagi menjadi dua metode, yaitu penelitian yang bertujuan menjelaskan hubungan kausalitas (sebab-akibat) antara dua variabel atau lebih atau yang lebih dikenal dengan metode eksplanatif dan penelitian yang bertujuan selain menjelaskan hubungan sebab akibat, yaitu penelitian deskriptif.

C. Sampel Penelitian

Populasi adalah suatu himpunan unit yang biasanya berupa orang, objek, transaksi atau kejadian di mana kita tertarik untuk mempelajarinya (Kuncoro, 2001:22). Dalam penelitian ini populasi yang dimaksudkan adalah seluruh pasien yang telah menerima pelayanan kesehatan melalui Program Jamkesmas di Kabupaten Lombok Barat tahun 2008. Sampel adalah suatu himpunan bagian (subset) dari unit populasi. Konsumen yang dijadikan sampel adalah pasien yang datang berobat dan pernah menggunakan jasa pelayanan kesehatan menggunakan

Program Jamkesmas. Jumlah sampel berdasarkan pendapat Roscoe seperti dikutip Sekaran (2000) bahwa ukuran sampel lebih besar dari 30 dan kurang dari 500 telah mencukupi untuk digunakan dalam semua penelitian. Namun pada penelitian ini, besar sampel ditentukan melalui rumus $n = \left[\frac{Z_{1/2} \alpha \cdot \sigma}{E} \right]^2$. Dari perhitungan tersebut didapat jumlah sampel penelitian ini sebagai berikut :

- a. Rawat jalan : 245 sampel (Utilisasi 31291kasus)
- b. Rawat Inap : 33 sampel (Utilisasi 537 kasus)
- c. Persalinan : 152 sampel (Utilisasi 992 kasus)

Teknik pengambilan sampel ditentukan dengan *Convenience sampling* yaitu pengambilan sampel responden dari sampel/orang/pasien yang mudah ditemui dilokasi penelitian.

D. Variabel dan Pengukurannya

1. Rawat Jalan
 - a. Pemberi Pelayanan
 - b. Cara Memperoleh Obat
 - c. Lama Menunggu Giliran
2. Rawat Inap
 - a. Biaya Tambahan Perawatan
 - b. Cara Memperoleh Obat
3. Persalinan

- a. Tempat Pertolongan Persalinan
- b. Tenaga Penolong Persalinan
- c. Besar Biaya Tambahan Persalinan
- d. Frekuensi Kunjungan Neonatal
- e. Besar Biaya Kunjungan Neonatal



E. Definisi Operasional Variabel

Variabel Kepuasan Pasien	Definisi Operasional	Cara Ukur/Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Variabel
1. Kinerja	Pendapat pasien terhadap karakteristik operasi dari pelayanan inti yang diterima	Pertanyaan Kuisioner	Gambaran kinerja PPK	
2. Keistimewaan tambahan	Karakteristik pelengkap yang dimiliki oleh jasa pelayanan	Pertanyaan Kuisioner	Gambaran Keistimewaan tambahan	
3. Keandalan	Kemampuan dan pengalaman petugas yang baik dalam memberikan pelayanan kesehatan	Pertanyaan Kuisioner	Gambaran keandalan PPK	
4. Kesesuaian dengan spesifikasi	Sejauh mana karakteristik pelayanan memenuhi standart yang telah ditetapkan.	Pertanyaan Kuisioner	Gambaran kesesuaian pelayanan dengan standar	
5. Daya Tahan	Berapa lama peralatan kesehatan digunakan	Pertanyaan Kuisioner	Gambaran daya tahan peralatan kesehatan	
6. <i>Service ability</i>	Kecepatan, kompetensi, serta penanganan keluhan yang memuaskan	Pertanyaan Kuisioner	Gambaran kecepatan, kompetensi, serta penanganan keluhan	
7. Estetika	Daya tarik PPK yang ditangkap oleh panca Indra	Pertanyaan Kuisioner	Gambaran daya tarik PPK yang ditangkap oleh panca Indra	
8. Kualitas yang dipersepsikan	Citra dan reputasi PPK serta tanggung jawab PPK yang terkesan oleh Pasien	Pertanyaan Kuisioner	Gambaran citra Rumah Sakit yang ditangkap oleh pasien	

(Sumber : Tjiptono, 1997)

F. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara wawancara (*interview*) langsung terhadap pasien penerima manfaat Program Jamkesmas pada pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan persalinan dengan tuntunan kuisisioner. Selain menggunakan data kuisisioner, penelitian ini juga menggunakan data sekunder yang terdapat pada Dinkes Kabupaten Lombok Barat.

G. Metode Analisis Data

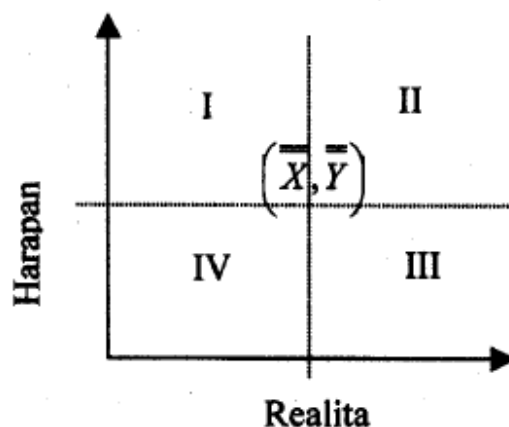
Proses analisis data sampai data ditafsirkan melibatkan empat tahapan, yaitu pengolahan data, pembuatan rencana analisis data, penganalisaan data, dan penafsiran data. Pengolahan data merupakan kegiatan yang dimulai dari penataan data mentah sampai dengan data siap untuk dianalisis. Beberapa kegiatan teknis yang berhubungan dengan pengolahan data ini adalah penataan data mentah, editing data, koding data, dan tabulasi data.

Meskipun data sudah ditabulasikan, sebaiknya peneliti tidak langsung mengadakan analisis dan perhitungan-perhitungan data. Analisis data perlu bahkan harus direncanakan dengan baik. Oleh karena itu, peneliti harus melakukan rencana analisis data agar proses analisis data berjalan secara sistematis, terarah, efisien, dan efektif (Irawan, 2006). Penganalisaan data merupakan suatu kegiatan yang dimulai setelah rancangan analisis data selesai dibuat dan diakhiri pada dihasilkannya hasil-hasil perhitungan menggunakan rumus-rumus statistik. Analisis data yang dipakai oleh penulis adalah analisis dengan menggunakan diagram kartesius. Menurut Husain Umar (2000), diagram kartesius merupakan alat analisis yang digunakan untuk menentukan strategi peningkatan

pelayanan dengan melihat hubungan kinerja atau tingkat pelaksanaan pelayanan yang dilakukan oleh pihak penyelenggara dengan kepuasan yang diharapkan oleh pelanggan/pasien.

Diagram kartesius merupakan bangunan yang terdiri dari 4 bagian yang dibatasi oleh dua buah garis yang berpotongan tegak lurus pada titik $\bar{x}$ rata-rata dan $\bar{y}$ rata-rata. Titik $\bar{x}$ rata-rata merupakan nilai skor rata-rata dari tingkat pelaksanaan atau kepuasan pelanggan seluruh faktor/atribut. Titik $\bar{y}$ rata-rata merupakan nilai skor rata-rata dari tingkat kepentingan seluruh faktor yang mempengaruhi kepuasan pelanggan. Kuadran A, B, C, dan D menunjukkan tingkat prioritas atribut. Kuadran A, menunjukkan prioritas atribut yang dianggap penting dan perlu diperbaiki. Kuadran B menunjukkan prioritas atribut yang dianggap penting dan perlu dipertahankan karena pelanggan dianggap telah terpuaskan. Kuadran C, menunjukkan prioritas yang dianggap kurang penting tetapi tingkat kepuasan pelanggan cukup baik. Kuadran D, menunjukkan atribut yang kurang dianggap penting tetapi tingkat kepuasan konsumen sangat puas. Tahap selanjutnya adalah penafsiran data yang merupakan suatu kegiatan dimana peneliti membaca hasil dari analisis data.

Gambar 3.1. Diagram Kartesius



Sumber : Husein Umar (2000)

Adapun rumus-rumus yang dipergunakan adalah rumus rata-rata hitung (rumus 1 dan 2) sebagai berikut :

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n X_i}{n} \quad (1)$$

$$\bar{Y} = \frac{\sum_{i=1}^n Y_i}{n} \quad (2)$$

di mana:

X = Skor rata-rata tingkat pelaksanaan/kepuasan

Y = Skor rata-rata tingkat kepentingan

n = Jumlah responden

Selanjutnya sumbu X diisi oleh skor tingkat kinerja, sedangkan sumbu tegak (Y) diisi oleh skor tingkat kepentingan. Diagram kartesius (Gambar 1) merupakan suatu bangun yang dibagi atas empat bagian yang dibatasi oleh dua buah garis yang berpotongan tegak lurus pada titik-titik (X, Y) dimana X merupakan rata-rata dari rata-rata skor tingkat pelaksanaan atau kepuasan perusahaan terhadap ISO 9000:2000 atau faktor dan Y adalah rata-rata dari rata-rata skor tingkat kepentingan seluruh faktor yang mempengaruhi kepuasan pelanggan. Selanjutnya perhitungan titik potong dua sumbu dalam diagram kartesius dapat dilihat pada persamaan 3 dan 4.

$$\bar{\bar{X}} = \frac{\sum_{i=1}^K \bar{X}_i}{K} \quad (3)$$

$$\bar{\bar{Y}} = \frac{\sum_{i=1}^K \bar{Y}_i}{K} \quad (4)$$

di mana:

K = Banyaknya faktor/fakta yang dapat mempengaruhi kepuasan pelanggan.



BAB IV

ANALISIS DAN PEMBAHASAN

A. Pelaksanaan program Jamkesmas di Kabupaten Lombok Barat

1. Sumber Daya Manusia

Tabel 4.1 .
Tenaga Kesehatan di Kabupaten Lombok Barat

Tenaga Kesehatan	Jumlah
Dokter Umum	29 orang
Dokter Gigi	15 orang
SKM	27 orang
Paramedis	164 orang
Bidan	9 orang
P2B	117orang
S1 Keperawatan	1 orang
D3 Keperawatan	49 orang
Mikroskopis	22 orang
Ass. Entomologi	8 orang
Apoteker	3 orang
Ass. Apoteker	15 orang

(Sumber : Laporan Dinas Kesehatan Kab. Lombok Barat)

Kabupaten Lombok Barat memiliki sumber daya manusia di bidang kesehatan dengan proporsi yang berimbang. Dokter umum sebanyak 29 orang dibandingkan dengan jumlah penduduk Kabupaten Lombok Barat 796.107 jiwa, maka dapat dilihat bahwa tiap dokter umum yang berada di Kabupaten Lombok Barat melayani sekitar 27.452 jiwa penduduk. Dengan perbandingan seperti itu, maka dapat dilihat bahwa Kabupaten Lombok Barat membutuhkan tambahan

dokter umum agar pelayanan kesehatan yang diterima masyarakat dapat lebih optimal. Kekurangan tenaga kesehatan dokter umum dapat digantikan fungsinya dengan tenaga kesehatan lain seperti tenaga paramedis, bidan, dan perawat.

2. Anggaran

Pendanaan Program Jamkesmas merupakan jenis belanja bantuan sosial dimana pembayaran ke PPK Puskesmas disalurkan langsung dari kas Negara melalui PT. POS sedangkan pembayaran ke PPK lanjutan diluncurkan langsung dari KPPN ke rekening masing-masing PPK lanjutan Jamkesmas melalui Bank BRI. Karenan program ini merupakan program bantuan sosial bagi masyarakat miskin, maka pemberi pelayanan kesehatan tidak diperkenankan memungut iuran biaya kepada peserta Jamkesmas dengan alasan apapun. Sumber dana Program Jamkesmas bersumber dari APBN sektor kesehatan tahun anggaran berjalan serta APBD. Sumber dana dari APBD merupakan kontribusi dari daerah dan dipergunakan untuk menunjang dan melengkapi pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat sangat miskin, miskin, dan tidak mampu di daerah masing-masing. Biaya penunjang tersebut dipergunakan antara lain untuk melengkapi pembiayaan pelayanan masyarakat miskin yang tidak masuk dalam pertanggung jawaban kepesertaan Jamkesmas, biaya transportasi rujukan bagi pasien, biaya transportasi bagi petugas pendamping pasien, serta menanggulangi kekurangan dana operasional di Puskesmas. Keseluruhan dana Program Jamkesmas pada akhir tahun 2008 di Kabupaten Lombok Barat berjumlah Rp21.635.698.000,-. Dana tersebut sudah termasuk sisa dana JPKM tahun

2005/2006 sejumlah Rp3.022.130.860,-, sisa dana Askeskin tahun 2007 sejumlah Rp13.405.963.592,-, dan sisa dana tahun 2008 sebesar Rp5.207.604.000,-.

Selain dana tersebut diatas, terdapat Dana Operasional Manajemen Tim Pengelola Propinsi/Kabupaten/Kota disediakan melalui dana dekonsentrasi, yang penggunaannya untuk kegiatan-kegiatan operasional manajemen tim pengelola seperti pembayaran honorarium, operasional koordinasi Pelaksanaan, Konsultasi dan Pembinaan program, Sosialisasi program bagi *stakeholder* dan melalui media, rekrutmen tenaga Jamkesmas, evaluasi program di Kabupaten/Kota dan Propinsi, serta Pengelolaan Pelaporan Pelaksanaan Jamkesmas di Propinsi/Kab/Kota. Disamping itu, untuk menunjang kelancaran pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya disediakan pula dana Operasional Manajemen melalui DIPA Seditjen Bina Kesehatan Masyarakat langsung ke Dinkes provinsi/kabupaten/kota.

Dinas Kesehatan Lombok Barat dalam mengupayakan efisiensi dana Jamkesmas melakukan pembuatan POA tahunan Puskesmas. Pada POA tahunan Puskesmas tersebut dilakukan sinkronisasi perencanaan penganggaran dari berbagai macam sumber biaya seperti DAU, Dekonsentrasi, Unicef, Dana Menkokesra, HKI, dll agar tidak terjadi *double* penganggaran. Selain POA tahunan puskesmas, juga dilakukan pembuatan POA bualanan dan revisi POA tengah tahun agar dapat mengakomodir apabila terdapat dana yang baru jelas pada pertengahan tahun.

3. Sarana

Kabupaten Lombok Barat memiliki fasilitas kesehatan berupa 1 RSUD Kabupaten, 5 Puskesmas Rawat Inap, 14 Puskesmas non Perawatan, 24 Puskesmas Keliling Roda 4, 77 Puskesmas pembantu, 89 Polindes, dan 926 Posyandu yang tersebar di seluruh wilayah kabupaten. Dengan keberagaman dan tercukupinya sarana kesehatan tersebut, maka diperkirakan bahwa program Jamkesmas dapat dinikmati oleh seluruh masyarakat miskin yang berada di wilayah tersebut.

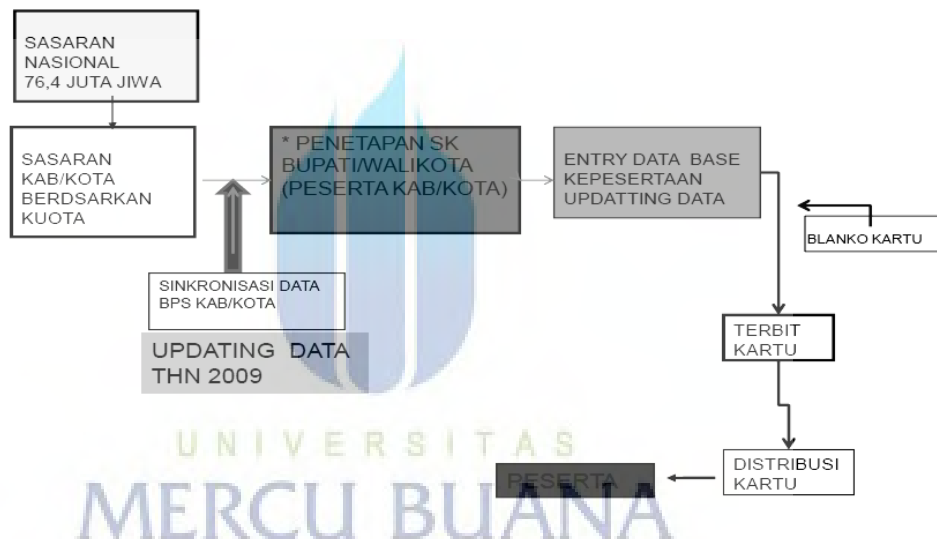
4. Manajemen Kepesertaan

Peserta Program Jamkesmas/ peserta Jamkesmas adalah setiap orang miskin dan tidak mampu. Jumlah sasaran peserta secara Nasional oleh Menteri Kesehatan RI sejumlah 76,4 Juta jiwa yang berasal dari data Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2006. Jumlah tersebut mencakup 35,21% dari total penduduk Indonesia. Tiap kabupaten/kota ditentukan kuota yang pesertanya ditetapkan oleh SK Bupati dan Walikota. Updating data kepesertaan dilakukan oleh Pemerintah Daerah secara berkala terkait dengan mutasi peserta yang pindah alamat, meninggal, perubahan status ekonomi, bayi baru lahir, dan anggota keluarga peserta Jamkesmas yang belum terdaftar.

Provinsi Nusa Tenggara Barat mempunyai kuota peserta Jamkesmas sebesar 2.028.491 jiwa atau setara dengan 50,22 % jumlah penduduk NTB. Kabupaten

Lombok Barat memiliki kuota peserta Jamkesmas sebesar 433.967 jiwa atau mencakup 54,51 % jumlah penduduk Lombok Barat yang berjumlah 796.107 jiwa. Kuota tersebut belum dapat menjamin seluruh masyarakat miskin di Lombok Barat yang berjumlah 507.696 jiwa.

Gambar 4.1
Alur Pendataan Peserta Jamkesmas



Proses pendataan penduduk miskin di Kabupaten Lombok Barat terakhir kali dilakukan pada tahun 2007 oleh BPS bersama BKBKS. Data peserta Jamkesmas menggunakan data BLT yang kemudian disinkronisasi kembali dengan kondisi terakhir saat didata. Dalam proses pendataan ini, dilakukan kerjasama dengan kepala dusun, kader yang didampingi oleh PLKB, dan mantis yang masing-masing meninjau langsung ke rumah penduduk.

Hasil pendataan asli ditulis tangan oleh pendata dengan keterangan sudah mampu, meninggal, atau pindah tempat tinggal. Data tersebut kemudian dientry

oleh pelaksana Kabupaten (BKBKS) yang kemudian dikoreksi kembali oleh Kepala Dusun, Kepala Desa serta Camat untuk validasi data. Hasil validasi data tersebut kemudian dientry ulang oleh Kabupaten dan ditandatangani Kepala Dusun, Kepala Desa, dan Camat setelah dikoreksi dan disetujui.

Dari dokumen hasil pendataan yang telah disahkan oleh pejabat daerah yang berwenang, dilakukan pemilahan antara peserta Jamkesmas dan Jamkesda Lombok Barat. Selain itu, ditetapkan pula jumlah masyarakat miskin Kabupaten Lombok Barat dengan SK Bupati lengkap dengan nama dan alamat miskin. SK Bupati/Walikota yang telah diaddendum berkaitan dengan updating dan optimalisasi peserta Jamkesmas sejumlah kuota kabupaten/kota dikirimkan dalam bentuk dokumen elektronik (*soft copy*) dan dokumen cetak (*hard copy*) kepada :

- a. Jajaran Pemda Lombok Barat,
- b. Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/kota sebagai bahan pembinaan, monitoring dan evaluasi, pelaporan dan bahan analisis,
- c. PT Askes cabang Mataram
- d. Rumah Sakit Kabupaten/Provinsi/Sanglah Bali (sebagai RS Rujukan),
- e. Dinas Kesehatan Propinsi atau Tim Pengelola Jamkesmas Propinsi (data kepesertaan skala Provinsi) setempat sebagai bahan kompilasi kepesertaan, pembinaan, monitoring, evaluasi, analisis, pelaporan serta pengawasan.
- f. Departemen Kesehatan RI, sebagai database kepesertaan nasional, bahan dasar verifikasi Tim Pengelola Pusat, pembayaran klaim Rumah Sakit, pembinaan, monitoring, evaluasi, analisis, pelaporan serta pengawasan.

Data tersebutlah yang kemudian menjadi acuan bagi petugas PT Askes yang mengelola administrasi kepesertaan yang meliputi registrasi, penerbitan dan pendistribusian kartu peserta.

Setelah peserta menerima kartu Jamkesmas, maka kartu lama yang diterbitkan sebelum tahun 2008 atau SKTM, dinyatakan tidak berlaku lagi meskipun tidak dilakukan penarikan kartu/SKTM dari peserta. Bagi bayi yang terlahir dari keluarga peserta Jamkesmas otomatis menjadi peserta Jamkesmas dan berhak mendapatkan hak kepesertaan sepanjang orangtua bayi tersebut sebagai peserta Jamkesmas dan bila membutuhkan pelayanan kesehatan dapat langsung diberikan, dengan menggunakan kartu Jamkesmas orang tuanya.

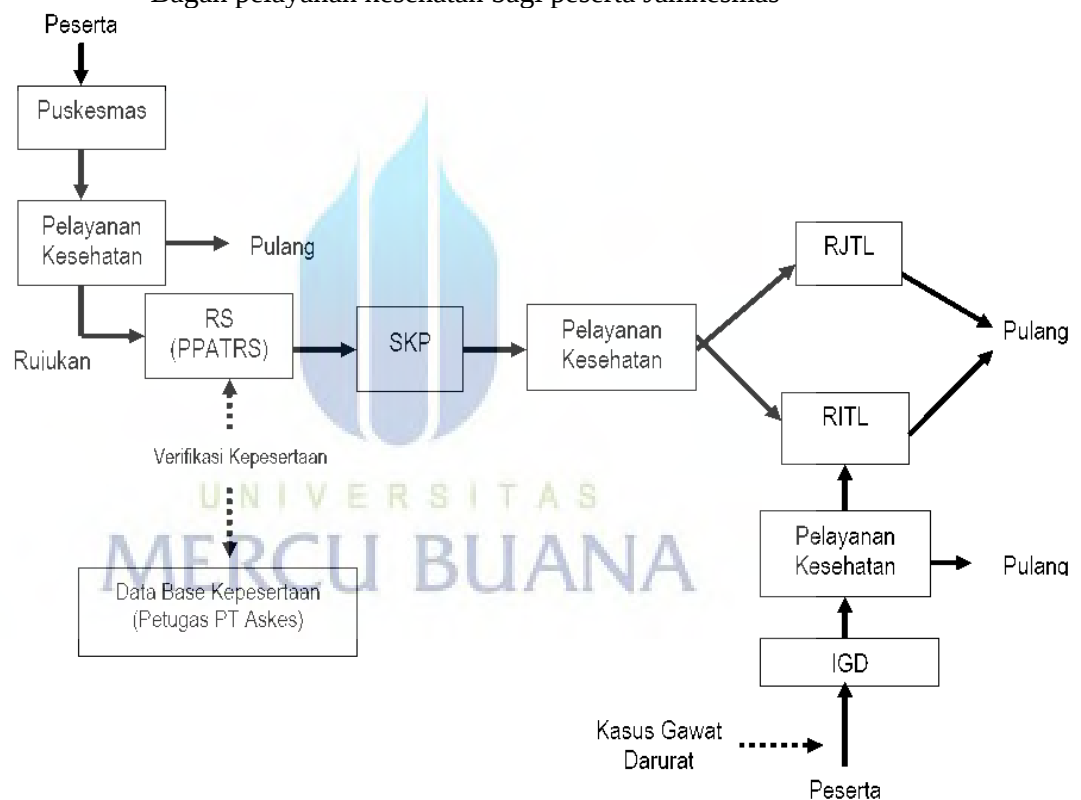
Bila terjadi kehilangan kartu Jamkesmas, peserta tetap dapat memperoleh pelayanan kesehatan dengan dilakukan pengecekan database kepesertaan dan selanjutnya dilaporkan ke PT Askes (Persero) setempat. Bagi peserta yang pindah domisili minimal antar kabupaten/kota, hak kepesertaannya masih dimiliki dengan melaporkan kepindahannya kepada aparat Pemda setempat dan PT Askes (Persero) setempat.

5. Manajemen Pelayanan

Manfaat jaminan yang diberikan kepada peserta dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif) berdasarkan kebutuhan medik sesuai dengan standar pelayanan medik, bukan berupa uang tunai. Setiap peserta Jamkesmas mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan dasar meliputi: pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama (RJTP) dan rawat inap tingkat

pertama (RITP), pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), rawat inap tingkat lanjutan (RITL) dan pelayanan gawat darurat. Pelayanan kesehatan dalam program ini menerapkan pelayanan terstruktur dan pelayanan berjenjang berdasarkan rujukan. Pola pelayanan peserta Jamkesmas dapat dilihat pada gambar berikut.

Gambar 4.2
Bagan pelayanan kesehatan bagi peserta Jamkesmas



Pelayanan kesehatan dasar (rawat jalan tingkat pertama dan rawat inap tingkat pertama) diberikan di Puskesmas dan jaringannya. Khusus untuk persalinan normal dapat juga dilayani oleh tenaga kesehatan yang berkompeten (praktek dokter dan bidan swasta) dan biayanya diklaimkan ke Puskesmas setempat. Pelayanan tingkat lanjut (rawat jalan dan rawat inap) berdasarkan rujukan,

diberikan di PPK Jaringan Jamkesmas (BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM, Rumah Sakit pemerintah termasuk RS Khusus, RS TNI/Polri dan RS Swasta). Pelayanan Rawat Inap diberikan di ruang rawat inap kelas III (tiga). Pada keadaan gawat darurat (*emergency*) seluruh Pemberi Pelayanan Kesehatan wajib memberikan pelayanan penanganan pertama keadaan gawat darurat kepada peserta Jamkesmas walaupun tidak sebagai PPK jaringan Jamkesmas sebagai bagian dari

fungsi sosial PPK. Selanjutnya PPK tersebut segera merujuk ke PPK jaringan PPK Jamkesmas untuk penanganan lebih lanjut.

Untuk mendapat pelayanan, status kepesertaan harus ditetapkan sejak awal dengan merujuk pada kartu peserta ataupun database kepesertaan (bagi peserta yang terdapat dalam SK Bupati/Walikota) ataupun surat keterangan/rekomendasi dari Dinas Sosial bagi gelandangan pengemis, anak dan orang terlantar serta kartu PKH bagi peserta PKH yang belum mempunyai kartu Jamkesmas.

Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi peserta, sebagai berikut:

1. Pelayanan Kesehatan Dasar

Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya, peserta harus menunjukkan kartu Jamkesmas, atau surat keterangan/rekomendasi Dinas Sosial setempat (bagi gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar) atau kartu PKH bagi peserta PKH yang belum memiliki kartu Jamkesmas. (Mekanisme pelayanan kesehatan dasar lebih lanjut diatur dalam juknis tersendiri)

2. Pelayanan Tingkat Lanjut

- a. Peserta Jamkesmas yang memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjut (RJTL dan RITL), dirujuk dari Puskesmas dan jaringannya ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut disertai kartu peserta Jamkesmas atau surat/kartu lainnya sebagaimana dimaksud pada butir 1(satu) dan surat rujukan yang ditunjukkan sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan. Pada kasus emergency tidak memerlukan surat rujukan.
- b. Kartu peserta Jamkesmas atau surat/kartu lainnya sebagaimana dimaksud pada butir 1 (satu) diatas dan surat rujukan dari Puskesmas dibawa ke loket Pusat Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit (PPATRS) untuk diverifikasi kebenaran dan kelengkapannya untuk selanjutnya dikeluarkan Surat Keabsahan Peserta (SKP), dan peserta selanjutnya memperoleh pelayanan kesehatan.
- c. Bayi-bayi yang terlahir dari keluarga peserta Jamkesmas secara otomatis menjadi peserta dengan merujuk pada kartu orang tuanya. Bila bayi memerlukan pelayanan dapat langsung diberikan dengan menggunakan identitas kepesertaan orang tuanya dan dilampirkan surat kenal lahir dan kartu Keluarga orang tuanya.

Dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada peserta, tidak boleh dikenakan iur biaya oleh PPK dengan alasan apapun. Pada tahun 2008, PPK cenderung menjadi lebih patuh terhadap standar-standar pelayanan yang ada

termasuk standar obat (formularium) sehingga pelayanan yang diberikan merupakan pelayanan yang wajar, tidak berlebihan dan benar-benar sesuai indikasi medik. Hal ini terjadi karena diterapkan mekanisme administrasi klaim yang lebih terstandar, tidak mentolerir pelayanan kesehatan yang berlebihan diluar paket, dan pembayarannya melalui satu pintu.

Untuk menghindari anak terlantar, pengemis dan gelandangan yang belum teridentifikasi dan belum mempunyai kartu Jamkesmas, yang bersangkutan masih dapat dilayani dengan mendapatkan surat keterangan/rekomendasi yang dikeluarkan oleh Dinas Sosial setempat. Upaya-upaya peningkatan pelayanan kesehatan baik di Puskesmas maupun di Rumah Sakit dan PPK lainnya akan diterapkan standar pelayanan medis nasional, standar jenis dan harga alat medis habis pakai (AMHP), jenis dan harga obat dan lainnya sehingga tercipta standarisasi pelayanan kesehatan yang terkendali mutu dan harganya sehingga akan lebih mendorong pada akuntabilitas dan transparansi.

Jaringan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dalam program Jamkesmas adalah PPK yang telah bekerja sama dalam program Jamkesmas dan telah memenuhi kriteria dan persyaratan yang telah ditetapkan. Jaringan PPK program Jamkesmas dikembangkan jaringan oleh Dinas Kesehatan Kab/Kota berdasarkan kebutuhan dengan mempertimbangkan berjalannya proses pengabsahan peserta oleh petugas PT Askes (Persero) dan verifikasi oleh Verifikator Independen.

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota selaku Tim Pengelola Jamkesmas Kab/kota membuat perjanjian kerjasama (PKS) dengan PPK setempat yang

diketahui Kadinkes Propinsi meliputi berbagai aspek pengaturannya.(Terlampir contoh PKS). PPK baru yang berkeinginan bekerjasama dalam program Jamkesmas, mengajukan permohonan ke Dinas Kesehatan Kab/Kota setempat disertai dokumen lengkap terdiri dari :

- 1) Profil PPK,
- 2) Perizinan PPK pemohon (ijin tetap atau ijin operasional sementara),
- 3) Penetapan kelas RS (kelas A, B, C, atau D) dari Ditjen Bina Pelayanan Medik Depkes RI (Khusus untuk Balai Balai Kesehatan tidak memerlukan penetapan kelas dan disetarakan dengan RS kelas C/D), serta
- 4) Pernyataan bersedia mengikuti ketentuan dalam program Jamkesmas sebagaimana diatur dalam pedoman pelaksanaan program Jamkesmas.

Dari dokumen-dokumen tersebut, maka Dinas kesehatan setempat kemudian memberikan penilaian terhadap PPK pemohon, apabila telah memenuhi persyaratan diatas, maka dilakukan PKS antara Kadinkes Kabupaten/Kota dan PPK, diketahui oleh Dinas Kesehatan Propinsi. Selanjutnya Dinas Kesehatan Kab/Kota mendaftarkan PPK pemohon kepada Tim Pengelola Jamkesmas Pusat bersama nomor rekening RS yang bersangkutan, untuk kemudian dimasukkan dalam Jaringan PPK Jamkesmas dengan SK Ketua Tim Pengelola Jamkesmas Pusat.

B. Kepuasan Pasien Program Jamkesmas di Kabupaten Lombok Barat

1. Rawat Jalan

Pada hasil penelitian lapangan diperoleh informasi bahwa beberapa pasien membutuhkan diperiksa oleh dokter , di dalam hasil penelitian lapangan

memang didapatkan bahwa sebanyak 31 orang (12, 65 %) dilayani dokter, 23 orang (9,39%) dilayani bidan dan 191 orang (77,96%) dilayani perawat. Selain itu, sebagian pasien membutuhkan pelayanan petugas lebih ditingkatkan, didapatkan hasil pelayanan yang sesuai kebutuhan adalah, petugas ramah dan simpatik (16,18%), karena petugas memberikan pelayanan dengan baik (78,42%) ,yaitu tidak ditanya saja, tapi diperiksa juga, karena petugasnya tidak menarik biaya (5,39%).

Sebagian pasien membutuhkan penambahan petugas diapotik sehingga tidak lama menunggu saat ambil obat, petugas jaga juga ditambah sehingga pasien pada malam hari bisa dilayani. Didapatkan pula petugas apotik suka ngobrol sehingga pelayanan menjadi lama. Pasien membutuhkan ruang tunggu diisi kipas angin /nyaman, didapatkan yang dikatakan kurang nyaman meliputi : karena ruang tunggunya sumpek dan berdesak-desakan (19,23 %), ruang tunggunya kotor (3,85%), ruang tunggunya panas (73,42%), ruang tunggu tidak ada tempat duduk (3,85%). Pasien yang dilayani Pustu ,membutuhkan petugas selalu ada di tempat sehingga mudah dihubungi saat dibutuhkan.

Supaya diberikan obat lebih bagus, sehingga cepat sembuh , mengenai hal ini diperlukan koreksi terhadap manajemen Pengobatan dan manajemen obat , mengingat sebagian besar pelayanan rawat jalan oleh perawat dan petugas pengelola obat tidak semuanya asisten Apoteker

2. Rawat Inap

Dari hasil penelitian lapangan diperoleh informasi bahwa sebagian pasien membutuhkan pelayanan dan perhatian yang lebih baik, dalam pelayanan rawat inap yang dimaksud pelayanan yang lebih baik dan perhatian adalah monitoring petugas jaga, didapatkan data pasien dievaluasi 1 kali (9,09%), dievaluasi 2 kali (60,61%), dan dievaluasi > 2 kali sebesar 30,30%. Untuk visite dokter, semua pasien menjawab pernah di visite dokter, memang frekwensi berbeda: 5 Orang (15,15%) menjawab divisite setiap saat dibutuhkan, 7 orang (21,21%) menjawab divisite 2-3 kali sehari, 21 orang (63,64%) divisite 1 kali sehari.

Sarana Laboratorium di Puskesmas untuk dilengkapi (di Puskesmas Rawat Inap), saran sebagian pasien, mengingat sebesar 18 orang (54,55%) pasien mendapatkan pemeriksaan diagnostik. Kebersihan Puskesmas supaya ditingkatkan, terutama WC/ Kamar mandi, saran sebagian pasien, mengingat sebesar 25 pasien (12,25%) mengatakan nyaman apabila ruang tunggu tidak kotor.

Obat yang diberikan supaya lebih bagus lagi, menurut pasien kenapa obatnya sama untuk penyakit yang berbeda, obatnya tidak ada bungkusnya. Mengenai hal ini diperlukan koreksi terhadap manajemen Pengobatan dan manajemen obat, karena psikologis pasien.

3. Pertolongan Persalinan

Dari hasil penelitian lapangan mengenai pelayanan persalinan diperoleh informasi bahwa pasien membutuhkan pelayanan bidan lebih baik lagi, baik dimaksud adalah cepat dihubungi saat dibutuhkan (46,53%), petugas melayani dengan ramah dan sabar (47,22%), petugas menyenangkan (6,22%). Didapatkan

data beberapa polindes jarang ada di tempat (*badrain*), rumah minta dibuatkan polindes karena polindes lama digunakan kantor desa. Pasien Miskin Jangan ditarik biaya , 10 orang membayar setelah mendapat pelayanan pertolongan persalinan, 5 orang membayar setelah mendapatkan pelayanan KN. Dari hasil penelitian lapangan mengenai kunjungan bidan desa setelah bayi lahir, dari data penelitian lapangan sebanyak 70 orang (46,05 %) tidak di dilakukan KN.

Kinerja (*performance*), pendapat pasien terhadap karakteristik dari pelayanan inti yang telah diterima sangat berpengaruh pada kepuasan yang dirasakan. Wujud dari kinerja ini misalnya : kecepatan, kemudahan, dan kenyamanan bagaimana perawat dalam memberikan jasa pengobatan terutama keperawatan pada waktu penyembuhan yang relatif cepat, kemudahan dalam memenuhi kebutuhan pasien dan kenyamanan yang diberikan yaitu dengan memperhatikan kebersihan, keramahan dan kelengkapan peralatan PPK. Dari hasil penelitian lapangan pada pasien rawat jalan terlihat bahwa sebagian pasien membutuhkan pelayanan petugas lebih ditingkatkan, didapatkan hasil pelayanan yang sesuai kebutuhan adalah, petugas ramah dan simpatik (16,18%), karena petugas memberikan pelayanan dengan baik (78,42%) ,yaitu tidak ditanya saja, tapi diperiksa juga. Sebagian pasien juga membutuhkan penambahan petugas diapotik sehingga tidak lama menunggu saat ambil obat, petugas jaga juga ditambah sehingga pasien pada malam hari bisa dilayani.

Pada pasien rawat inap informasi yang diperoleh menunjukkan bahwa sebagian pasien membutuhkan pelayanan dan perhatian yang lebih baik, dalam

pelayanan rawat inap yang dimaksud pelayanan yang lebih baik dan perhatian adalah monitoring petugas jaga , didapatkan data pasien dievaluasi 1 kali (9,09%), dievaluasi 2 kali (60,61%), dan dievaluasi > 2 kali sebesar 30,30%. Untuk visite dokter , semua pasien menjawab pernah di visite dokter , memang frekwensi berbeda : 5 Orang (15,15%) menjawab divisite setiap saat dibutuhkan, 7 orang (21,21%) menjawab divisite 2-3 kali sehari, 21 orang (63,64 %) divisite 1 kali sehari.

Pada pasien persalinan didapat informasi bahwa pasien membutuhkan pelayanan bidan lebih baik lagi, baik dimaksud adalah cepat dihubungi saat dibutuhkan (46,53%), petugas melayani dengan ramah dan sabar (47,22%), petugas menyenangkan (6,22%). Didapatkan pula petugas apotik suka ngobrol sehingga pelayanan menjadi lama. Dari hasil tersebut terlihat bahwa kinerja pemberi pelayanan kesehatan sudah cukup memuaskan pasien, walaupun masih terdapat beberapa kekurangan yang harus diperbaiki.

Ciri-ciri atau keistimewaan tambahan (*features*), merupakan karakteristik sekunder atau karakteristik pelengkap yang dimiliki oleh jasa pelayanan, misalnya : kelengkapan interior dan eksterior seperti televisi, AC, *sound system*, dan sebagainya. Dari penelitian terhadap pasien rawat jalan didapat informasi bahwa pasien membutuhkan ruang tunggu diisi kipas angin /nyaman, didapatkan yang dikatakan kurang nyaman meliputi : karena ruang tunggu nya sumpek dan berdesak-desakan (19,23 %), ruang tunggu nya kotor (3,85%), ruang tunggu nya panas (73,42%), ruang tunggu tidak ada tempat duduk (3,85%). Lain halnya dengan pasien rawat inap, dari penelitian terhadap pasien rawat inap diperoleh

informasi bahwa sarana Laboratorium di Puskesmas perlu untuk dilengkapi (di Puskesmas Rawat Inap), menurut saran sebagian pasien , mengingat sebesar 18 orang (54,55%) pasien mendapatkan pemeriksaan diagnostik. Selain itu, kebersihan Puskesmas supaya ditingkatkan, terutama WC/ Kamar mandi, saran sebagian pasien, mengingat sebesar 25 pasien (12,25%) mengatakan nyaman apabila ruang tunggu tidak kotor.

Keandalan (*reliability*), sejauhmana kemungkinan kecil akan mengalami ketidakpuasan atau ketidaksesuaian dengan harapan atas pelayanan yang diberikan. Hal ini dipengaruhi oleh kemampuan yang dimiliki oleh perawat didalam memberikan jasa keperawatannya yaitu dengan kemampuan dan pengalaman yang baik terhadap memberikan pelayanan keperawatan di PPK. Dari penelitian lapangan terhadap pasien rawat jalan, rawat inap, dan persalinan, diperoleh informasi bahwa hanya beberapa pasien yang membutuhkan pemeriksaan oleh dokter, di dalam hasil penelitian lapangan memang didapatkan bahwa sebanyak 31 orang (12, 65%) dilayani dokter, 23 orang (9,39%) dilayani bidan dan 191 orang (77,96%) dilayani perawat.

Kesesuaian dengan spesifikasi (*conformance to spesification*), yaitu sejauh mana karakteristik pelayanan memenuhi standart-standart yang telah ditetapkan sebelumnya. Misalnya : standar keamanan dan emisi terpenuhi seperti peralatan pengobatan. Pada penelitian terhadap pasien rawat jalan, rawat inap, dan persalinan tidak ada pasien yang menyinggung masalah kesesuaian pelayanan kesehatan yang diterima. Hal tersebut dapat dikarenakan pendidikan yang dicapai

oleh hampir seluruh pasien Jamkesmas cukup rendah sehingga pemahaman akan pelayanan kesehatan pun kurang.

Daya tahan (*durability*), berkaitan dengan beberapa lama produk tersebut digunakan. Dimensi ini mencakup umur teknis maupun umur ekonomis dalam penggunaan peralatan PPK, misalnya : peralatan bedah, alat transportasi, dan sebagainya. Pada penelitian terhadap pasien rawat jalan, rawat inap dan persalinan tidak ada pasien yang berkeberatan dengan lama peralatan kesehatan dikarenakan kurangnya pemahaman akan peralatan kesehatan yang ada.

Service ability, meliputi kecepatan, kompetensi, serta penanganan keluhan yang memuaskan. Pelayanan yang diberikan oleh perawat dengan memberikan penanganan yang cepat dan kompetensi yang tinggi terhadap keluhan pasien sewaktu-waktu. Sama halnya dengan variabel kinerja yang diteliti, pada variabel *service ability*, pasien rawat jalan mengungkapkan bahwa perlu ditambah petugas kesehatan dan apoteker agar pasien cepat dilayani.

Estetika, merupakan daya tarik PPK yang dapat ditangkap oleh panca indera. Misalnya : keramahan perawat, peralatan PPK yang lengkap dan modern, desain arsitektur PPK, dekorasi kamar, kenyamanan ruang tunggu, taman yang indah dan sejuk, dan sebagainya. Sama halnya dengan variabel pelengkap yang sudah disebutkan sebelumnya, sebagian besar pasien beranggapan bahwa tenaga kesehatan sudah cukup ramah dalam memberikan pelayanan, namun dari segi kenyamanan ruang tunggu pada pasien rawat jalan masih menjadi permasalahan yang harus segera diatasi.

Kualitas yang dipersepsikan (*perceived quality*), citra dan reputasi PPK serta tanggung jawab PPK. Bagaimana kesan yang diterima pasien terhadap PPK tersebut terhadap prestasi dan keunggulan PPK daripada PPK lainnya dan tanggung jawab PPK selama proses penyembuhan baik dari pasien masuk sampai pasien keluar PPK dalam keadaan sehat. Pada penelitian, tidak ada pasien yang memperlakukan mengenai citra atau reputasi dari pemberi pelayanan kesehatan yang mereka kunjungi.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari penelitian mengenai Analisis Kepuasan Pasien Terhadap Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) di Kabupaten Lombok Barat yang telah disampaikan pada bab-bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan bahwa :

1. Didapatkan penarikan biaya pelayanan kesehatan pada pasien Askeskin pada pasien yang mendapatkan :
 - a. Pelayanan Rawat Jalan : hal ini terjadi di Puskesmas Pembantu (1 orang, petugas memberikan obat yang lebih bagus / menurut bahasa pasien), dan di Puskesmas yaitu pasien mendapat pemeriksaan laboratorium untuk memeriksakan kehamilan (1 orang) .
 - b. Pelayanan Rawat Inap : hal ini terjadi di Puskesmas Rawat Inap , yang menarik biaya bukan petugas tetapi orang lain.
 - c. Pertolongan Persalinan, ada 10 orang membayar biaya Pertolongan Persalinan , dengan penjelasan:
 - Atas kemauan sendiri (6 orang), diberikan perlengkapan bayi (1 orang), dan biaya pelayanan (3 orang)
 - d. Kunjungan Neonatal ,ada 5 orang membayar biaya KN ,dengan rincian ;
 - Pasien ditawarkan perlengkapan bayi (3 orang), membayar pelayanan KN (1 orang), bayar cairan infus (1 orang)

2. Kesehatan ibu dan anak :

- a. Masih ada pelayanan pertolongan persalinan ditolong dukun , 7 orang (4,61 %),
- b. Kunjungan Neonatal , 70 orang (46,05 %) tidak dikunjungi, 82 Orang (53,95 %), dari yang dikunjungi : dikunjungi 1 kali (68,29 %), 2 kali (20,73 %), 3 kali (10,98 %)
- c. ANC ,sudah cukup bagus tetapi masih ada yang ANC kurang dari 4 kali sebanyak 6 orang (3,95%)

3. Pengobatan :

- a. Pengobatan , Rawat jalan dan rawat inap untuk dianalisa permintaan obat pasien yang lebih bagus agar cepat sembuh (untuk penyakit yang berbeda obatnya sama, tidak ada bungkusnya).
- b. Pengobatan di Rawat inap sudah bagus , tidak bayar, tidak membedakan dng pasien umum.
- c. Evaluasi pasien oleh oleh petugas jaga , ada yang dievaluasi 1 kali sehari (9,09 %),sebagian besar 2 kali sehari (60,61 %).
- d. Visite dokter , sudah bagus : semua pasien pernah mendapat visite dokter, sebagian besar (63,64 %) 1 kali visite.

B. Saran

1. Pemerintah Daerah Kabupaten Lombok Barat terus memperkuat keberlangsungan program Jamkesmas di wilayahnya.
2. Agar Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat dapat lebih aktif lagi melakukan evaluasi dan monitoring di lapangan, terutama dalam hal menertibkan penarikan iuran biaya pelayanan kesehatan bagi peserta Jamkesmas.
3. Agar pemberi pelayanan kesehatan lebih meningkatkan pelayanan yang diberikan pada masyarakat tanpa membedakan cara pembayaran pasien dan menghentikan penarikan iuran biaya pelayanan kesehatan dengan alasan apapun.



DAFTAR PUSTAKA

- Awangga, Suryaputra N., *Desain Proposal Penelitian : Panduan Tepat dan Lengkap Membuat Proposal Penelitian*, Pyramid Publisher, Yogyakarta, 2007
- Azwar, Azrul, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Binarupa Aksara, Jakarta, 1996
- Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)*, Tim Pengelola Jamkesmas Pusat, Jakarta, 2009
- _____, *Pembangunan Kesehatan Masyarakat di Indonesia*, Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat, Jakarta, 1990
- Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat, *Profil Kesehatan Kabupaten Lombok Barat*, 2007
- Foster, T.R.V, *101 Cara meningkatkan kepuasan pelanggan*, Elex Media Komputindo, Jakarta, 2002
- Haryati, S, *Harapan Pasien Terhadap Mutu Pelayanan Berkaitan Dengan Kenaikan Tarif Pelayanan Puskesmas di Kabupaten Sleman Daerah Istimewa Yogyakarta*. Tesis Program Pasca Sarjana, Universitas Gajah Mada, Yogyakarta, 2005
- Irawan, H, *10 Prinsip Kepuasan Pelanggan*, PT Elex Media Komputindo, Jakarta, 2004.
- Irawan, Prasetya, *Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif untuk Ilmu-ilmu Sosial*, Departemen Ilmu Administrasi FISIP UI, Depok, 2006
- Kotler, P., *Marketing Management*, Prentice Hall, Inc, Englewood Cliff, N.J. USA, 1994
- Lawson, R., Tidwell, P., Rainbird, P., Loudon, D. L., and Della Bitta, A. J., *Consumer Behaviour in Australia and New Zealand*, McGraw-Hill, Sydney, 1996
- Machfoedz, Ircham. et al, *Metodologi Penelitian Bidang Kesehatan, Keperawatan, dan Kebidanan*, 2nd.ed., Penerbit Fitramaya, Yogyakarta, 2005

- Mowen, John C., Michael Minor, *Consumer Behaviour*, Edisi Indonesia, Erlangga, Jakarta, 2002
- Robbins, Stephen P. & Mary Coulter, *Management*, Edisi Indonesia., PT. Prenhallindo, Jakarta, 1999
- Supranto, J., *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan*, Rineka Cipta, Jakarta, 2001
- Stoner, James A. F., Freeman, R. E., & Gilbert, D. R., *Management*, 6th.ed., Prentice-Hall, Inc., New Jersey, 1995
- Tjiptono, F., *Manajemen Jasa*, Andi Offset, Yogyakarta, 2001



KUISIONER ANALISIS KEPUASAN PASIEN TERHADAP PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS)

KABUPATEN LOMBOK BARAT

RAWAT JALAN

I. IDENTITAS RESPONDEN (RESPONDEN ADALAH PASIEN JAMKESMAS USIA >17 THN)

1. Nama Responden :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin :
- 1) Laki-Laki
2) Perempuan
4. Pendidikan Terakhir :
- 1) Tidak Pernah Sekolah
2) Tidak Tamat SD
3) Tamat SD/Sederajat
4) Tamat SMP/Sederajat
5) Tamat SMA/Sederajat
6) Tamat Diploma/Sederajat
7) Tamat Perguruan Tinggi
5. Pekerjaan Utama Kepala Keluarga :
- 1) Tidak Bekerja
2) Petani
3) Buruh
4) PNS/TNI/BUMN
5) Swasta
6) Wiraswasta
7) Lain-lain
6. Status Pernikahan :
- 1) Belum Pernah Menikah
2) Menikah
3) Janda/Duda
7. Jumlah Anggota Keluarga :

II. PERTANYAAN

8. Dimanakah anda mendapatkan pelayanan kesehatan?
- 1) RSUD
2) Puskesmas Ranap
3) Puskesmas Non Perawatan
4) Puskesmas Keliling Roda 4
5) Puskesmas Pembantu
6) Polindes
7) Posyandu
9. Bagaimana cara anda memperoleh obat-obatan?
- 1) Bayar Seluruhnya
2) Bayar Sebagian
3) Gratis
10. Berapa lama anda menunggu giliran untuk diperiksa?
- 1) < 15 Menit
2) 15 - 30 Menit
3) > 30 Menit
11. Apa pendapat anda mengenai Ruang Tunggu pasien?
- 1) Nyaman
2) Kotor
3) Berdesak-desakan
4) Panas
5) Tempat duduk kurang
12. Secara keseluruhan, apakah anda puas dengan pelayanan yang diberikan?
- 1) Ya
2) Tidak
13. Saran untuk pelaksana program JAMKESMAS?

*****TERIMA KASIH*****

KUISIONER ANALISIS KEPUASAN PASIEN TERHADAP PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS)

KABUPATEN LOMBOK BARAT

RAWAT INAP

I. IDENTITAS RESPONDEN (RESPONDEN ADALAH PASIEN JAMKESMAS USIA >17 THN)

1. Nama Responden :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin :
- 1) Laki-Laki
2) Perempuan
4. Pendidikan Terakhir :
- 1) Tidak Pernah Sekolah
2) Tidak Tamat SD
3) Tamat SD/Sederajat
4) Tamat SMP/Sederajat
5) Tamat SMA/Sederajat
6) Tamat Diploma/Sederajat
7) Tamat Perguruan Tinggi
5. Pekerjaan Utama Kepala Keluarga :
- 1) Tidak Bekerja
2) Petani
3) Buruh
4) PNS/TNI/BUMN
5) Swasta
6) Wiraswasta
7) Lain-lain
6. Status Pernikahan :
- 1) Belum Pernah Menikah
2) Menikah
3) Janda/Duda
7. Jumlah Anggota Keluarga :

II. PERTANYAAN

8. Bagaimana cara anda memperoleh obat-obatan?
- 1) Bayar Seluruhnya
2) Bayar Sebagian
3) Gratis
9. Apakah anda mengeluarkan biaya tambahan perawatan?
- 1) Ya
2) Tidak
10. Jika Ya, berapa biaya tambahan perawatan yang anda keluarkan?
- 1) < Rp. 25.000,-
2) Rp. 25.000,- sd. Rp. 100.000,-
3) > Rp. 100.000,-
11. Apa pendapat anda mengenai Sarana Kesehatan?
- 1) Nyaman
2) Kotor
3) Berdesak-desakan
4) Panas
5) Tempat duduk kurang
12. Secara keseluruhan, apakah anda puas dengan pelayanan yang diberikan?
- 1) Ya
2) Tidak
13. Saran untuk pelaksana program JAMKESMAS?

*****TERIMA KASIH*****

KUISIONER ANALISIS KEPUASAN PASIEN TERHADAP PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS)

KABUPATEN LOMBOK BARAT

PERSALINAN

I. IDENTITAS RESPONDEN (RESPONDEN ADALAH PASIEN JAMKESMAS USIA >17 THN)

1. Nama Responden :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin :
 - 1) Laki-Laki
 - 2) Perempuan
4. Pendidikan Terakhir :
 - 1) Tidak Pernah Sekolah
 - 2) Tidak Tamat SD
 - 3) Tamat SD/Sederajat
 - 4) Tamat SMP/Sederajat
 - 5) Tamat SMA/Sederajat
 - 6) Tamat Diploma/Sederajat
 - 7) Tamat Perguruan Tinggi
5. Pekerjaan Utama Kepala Keluarga :
 - 1) Tidak Bekerja
 - 2) Petani
 - 3) Buruh
 - 4) PNS/TNI/BUMN
 - 5) Swasta
 - 6) Wiraswasta
 - 7) Lain-lain
6. Status Pernikahan :
 - 1) Belum Pernah Menikah
 - 2) Menikah
 - 3) Janda/Duda
7. Jumlah Anggota Keluarga :

II. PERTANYAAN

8. Dimanakah anda mendapatkan pertolongan persalinan?
 - 1) Rumah sendiri
 - 2) RS
 - 3) Puskesmas
 - 4) Polindes
9. Siapakah yang menolong persalinan anda?
 - 1) Dukun bersalin
 - 2) Dokter
 - 3) Bidan
10. Apakah anda mengeluarkan biaya tambahan persalinan?
 - 1) Ya
 - 2) Tidak
11. Berapa biaya tambahan persalinan yang anda keluarkan?
 - 1) < Rp. 25.000,-
 - 2) Rp. 25.000,- sd. Rp. 100.000,-
 - 3) > Rp. 100.000,-
12. Apakah setelah melahirkan anda memeriksakan bayi anda pada tenaga kesehatan?
 - 1) Ya
 - 2) Tidak
13. Jika Ya, Berapa kali anda memeriksakan bayi anda dalam 1 bulan?
 - 1) 1 Kali
 - 2) 2 Kali
 - 3) 3 Kali
 - 4) > 3 Kali
14. Apakah anda mengeluarkan biaya tambahan untuk memeriksakan bayi anda?
 - 1) Ya
 - 2) Tidak
15. Jika Ya, Berapa biaya tambahan yang anda keluarkan?
 - 1) < Rp. 25.000,-
 - 2) Rp. 25.000,- sd. Rp. 100.000,-
 - 3) > Rp. 100.000,-
16. Secara keseluruhan, apakah anda puas dengan pelayanan yang diberikan?
 - 1) Ya
 - 2) Tidak
17. Saran untuk pelaksana program JAMKESMAS?

*****TERIMA KASIH*****

