



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEPUASAN KELUARGA PASIEN RAWAT INAP
PESERTA JAMKESMAS TERHADAP
PELAYANAN FARMASI DAN PELAYANAN KESEHATAN
DI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI, JAKARTA**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Sains

LUCKY HAYATI
0706172430

**FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM
PROGRAM STUDI MAGISTER KEFARMASIAN
JAKARTA
JULI 2009**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

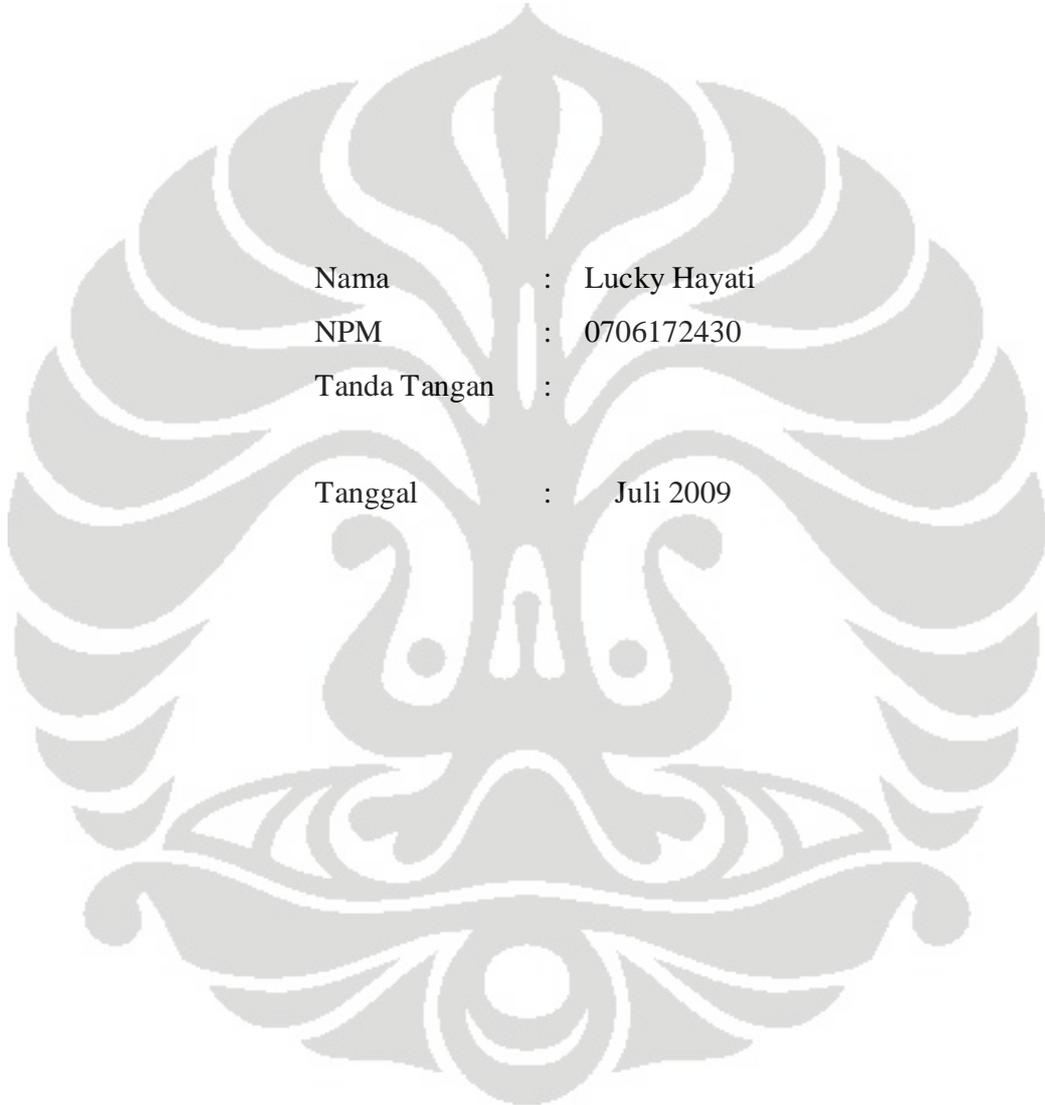
Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Lucky Hayati

NPM : 0706172430

Tanda Tangan :

Tanggal : Juli 2009



LEMBAR PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Lucky Hayati
NPM : 0706172430
Program Studi : Ilmu Kefarmasian
Judul Tesis : Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kepuasan Keluarga Pasien Rawat Inap Peserta Jamkesmas terhadap Pelayanan Farmasi dan Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati, Jakarta

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Sains pada Program Studi Kefarmasian, Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Ketua Sidang : Dra. Retnosari Andrajati, MS, PhD, Apt ()
Pembimbing : Dr. Arry Yanuar MS ()
Pembimbing : Dra. Debby Daniel MEpid, Apt ()
Penguji : Dr. Sudibyo Supardi, MKes, Apt ()
Penguji : Dr. Dian Ayubi ()

Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : 16 Juli 2009

KATA PENGANTAR

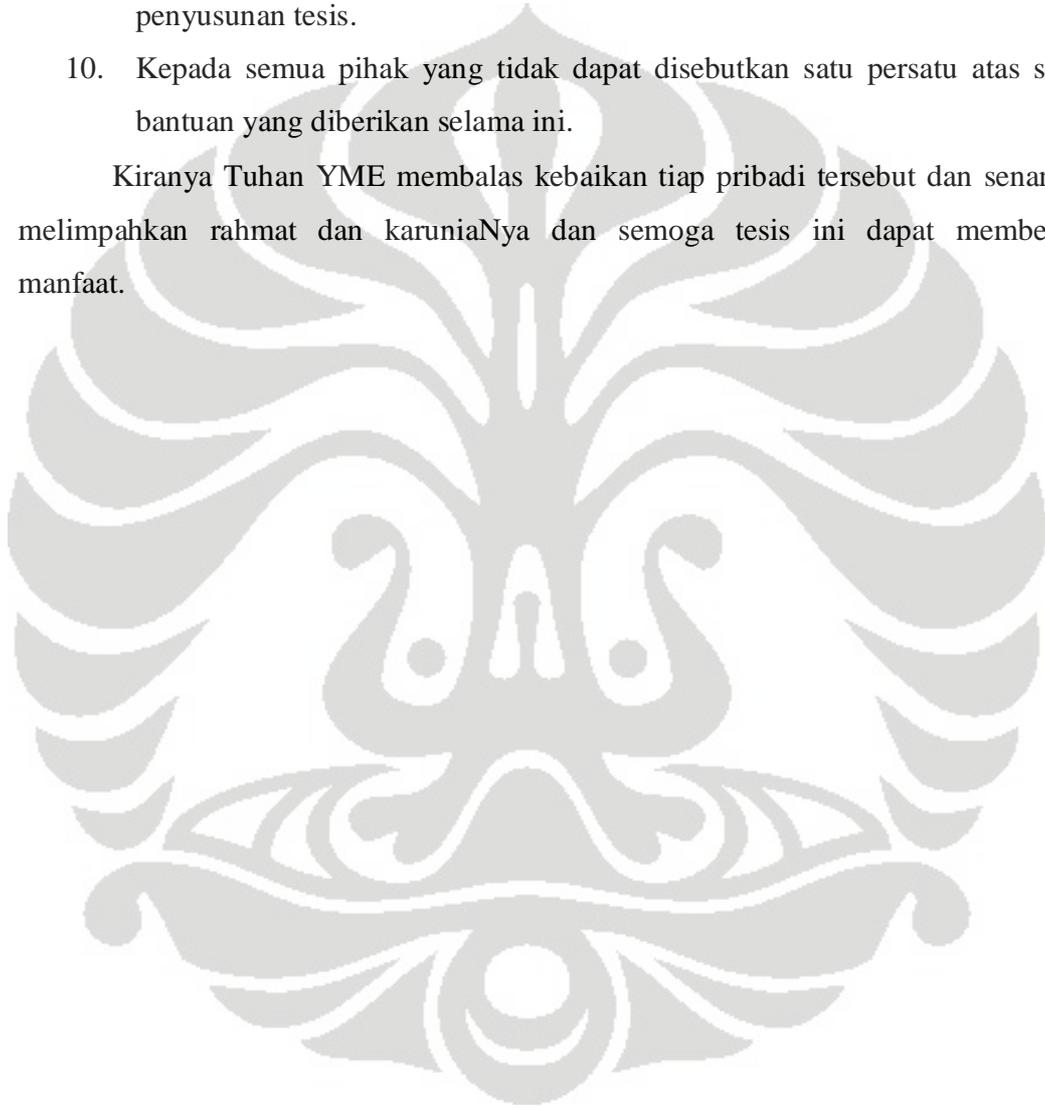
Puji syukur kepada Tuhan Yesus Kristus, yang oleh karena kasih karunia dan berkatNya memampukan penulis dapat menyelesaikan penelitian dari awal hingga pada penulisan tesis ini, yang merupakan salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Sains dalam bidang Ilmu Kefarmasian.

Selama menyelesaikan penelitian dan penulisan tesis ini tidak dapat dipungkiri bahwa penulis memperoleh banyak bantuan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini dengan segala kerendahan hati penulis menghaturkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. Arry Yanuar, MS sebagai pembimbing 1 tesis, atas waktu, kesabaran, bimbingan, masukan dan dukungan dalam penelitian dan penulisan tesis ini.
2. Dra. Debby Daniel, MEpid sebagai pembimbing II tesis, atas waktu, kesabaran, bimbingan, masukan dan dukungan dalam penelitian dan penulisan tesis ini.
3. Dr. Sudibyso Supardi, MKes, Apt, Ede Surya Darmawan, SKM, MSc, Dr. Dian Ayubi dan Dra. Retnosari Andrajati MS, Phd, Apt sebagai penguji, atas semua masukan dan koreksi dalam penulisan tesis.
4. Drs. E.D Syarief Syamsuri, MSi, Kepala Biro Kerjasama Luar Negeri Badan POM, Dra. Tutut Sumartini, MM dan Dra. Sylvia N. Utama, Apt, MM. atas dukungan dan dorongannya kepada penulis dalam penyelesaian studi.
5. Prof. Dr. Effionora Anwar, MS, Ketua Program Studi beserta seluruh staf pengajar dan administrasi Program Pascasarjana Ilmu Kefarmasian FMIPA UI yang telah membantu dan membekali penulis dengan ilmu yang berguna selama penulis mengikuti pendidikan.
6. Direktur, Kepala Instalasi Farmasi RSUP Fatmawati beserta karyawan depo farmasi, administrasi dan perawat di Gedung Teratai dan Gedung Prof. Soelarto yang telah membantu dalam pelaksanaan penelitian.
7. Suami terkasih, Ir. Boyker Panjaitan dan anak-anakku tercinta, Garry Ledrew, Isadora Faustina dan Gerald Timotius atas doa, pengertian, dukungan, bantuan, pengorbanan dan cinta kasih yang diberikan.

8. Bapak dan Mama tercinta yang senantiasa mendorong dan tidak pernah lupa mendoakan.
9. Rekan-rekan sejawat peserta Program Studi Pascasarjana Ilmu Kefarmasian, Pak Mas'ud dan Pak Arel untuk kekompakan selama kuliah hingga penyusunan tesis.
10. Kepada semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu atas segala bantuan yang diberikan selama ini.

Kiranya Tuhan YME membalas kebaikan tiap pribadi tersebut dan senantiasa melimpahkan rahmat dan karuniaNya dan semoga tesis ini dapat memberikan manfaat.



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Lucky Hayati
NPM : 0706172430
Program Studi : Magister Kefarmasian
Departemen : Farmasi
Fakultas : MIPA
Jenis karya : Tesis

demikian demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepuasan Keluarga Pasien Peserta Jamkesmas terhadap Pelayanan Farmasi dan Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati, Jakarta

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (data base), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta
Pada tanggal : 16 Juli 2009
Yang menyatakan

(Lucky Hayati)

ABSTRAK

Nama : Lucky Hayati
Program Studi : Ilmu Kefarmasian
Judul : Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepuasan Keluarga Pasien Rawat Inap Peserta Jamkesmas terhadap Pelayanan Farmasi dan Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati, Jakarta

Awal tahun 2008, Pemerintah Republik Indonesia menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang bertujuan memberikan pelayanan kesehatan secara cuma-cuma untuk masyarakat miskin dan tidak mampu. Namun tingkat kepuasan pasien jamkesmas terhadap pelayanan farmasi maupun pelayanan kesehatan yang diterimanya belum pernah diteliti. Studi ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai kepuasan keluarga pasien peserta Jamkesmas terhadap pelayanan farmasi dan pelayanan kesehatan serta faktor yang berhubungan dengan kepuasan tersebut.

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati, Jakarta dari tanggal 16 Februari - 28 April 2009. Desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional* terhadap 102 responden. Pengambilan data dilakukan melalui wawancara yang berpedoman pada kuesioner. Analisis data menggunakan analisis univariat dan bivariat.

Hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa terhadap pelayanan farmasi ada sebanyak 88 responden atau 86,3 % menyatakan puas dan sebanyak 14 responden atau 13,7% menyatakan tidak puas; sedangkan terhadap pelayanan kesehatan sebanyak 86 responden atau 84,3% menyatakan puas dan sebanyak 16 responden atau 15,7% menyatakan tidak puas. Tidak ada hubungan yang bermakna antara karakteristik pasien (jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, pendapatan per bulan, jumlah anggota keluarga) dan jumlah hari rawat dengan kepuasan pelayanan farmasi maupun pelayanan kesehatan.

Kata kunci :
Jamkesmas, Pelayanan Farmasi, Pelayanan Kesehatan, Kepuasan

ABSTRACT

Nama : Lucky Hayati
Program Studi : Pharmaceutical Science
Judul : Factors Related to Satisfaction of In-patient Family which Became Jamkesmas Member Toward Pharmacy and Health Services at Center Public Hospital of Fatmawati in Jakarta

The beginning of the year 2008, Republic of Indonesia's Government conducted Public Health Assurance (Jamkesmas) program which purposed to provide free health services for poor people. However, satisfaction level of Jamkesmas patient toward pharmacy and health services which accepted did not have been examined yet. This study purpose to find describing about patient family satisfaction which became Jamkesmas member toward pharmacy and health services and also the factors related to satisfaction.

Research has been conducted at Center Public Hospital of Fatmawati Jakarta since February 16 until April 28 in 2009. Study design used a cross sectional design for 102 respondents. The data has been done by interview based on questionnaires. Data analysis use univariat and bivariat analysis

From result of this study indicated satisfaction level of pharmacy services that there were 88 respondents or 86,3% satisfied and there were 14 respondents or 13,7% not satisfied, whereas satisfaction level of health service that there were 86 respondents or 84,3% satisfied and 16 respondents or 15,7% not satisfied. There was no significant relationship between patient characteristics (gender, age, education, employment, income per month, the number of family members), the number of day care and pharmacy service satisfaction and health services.

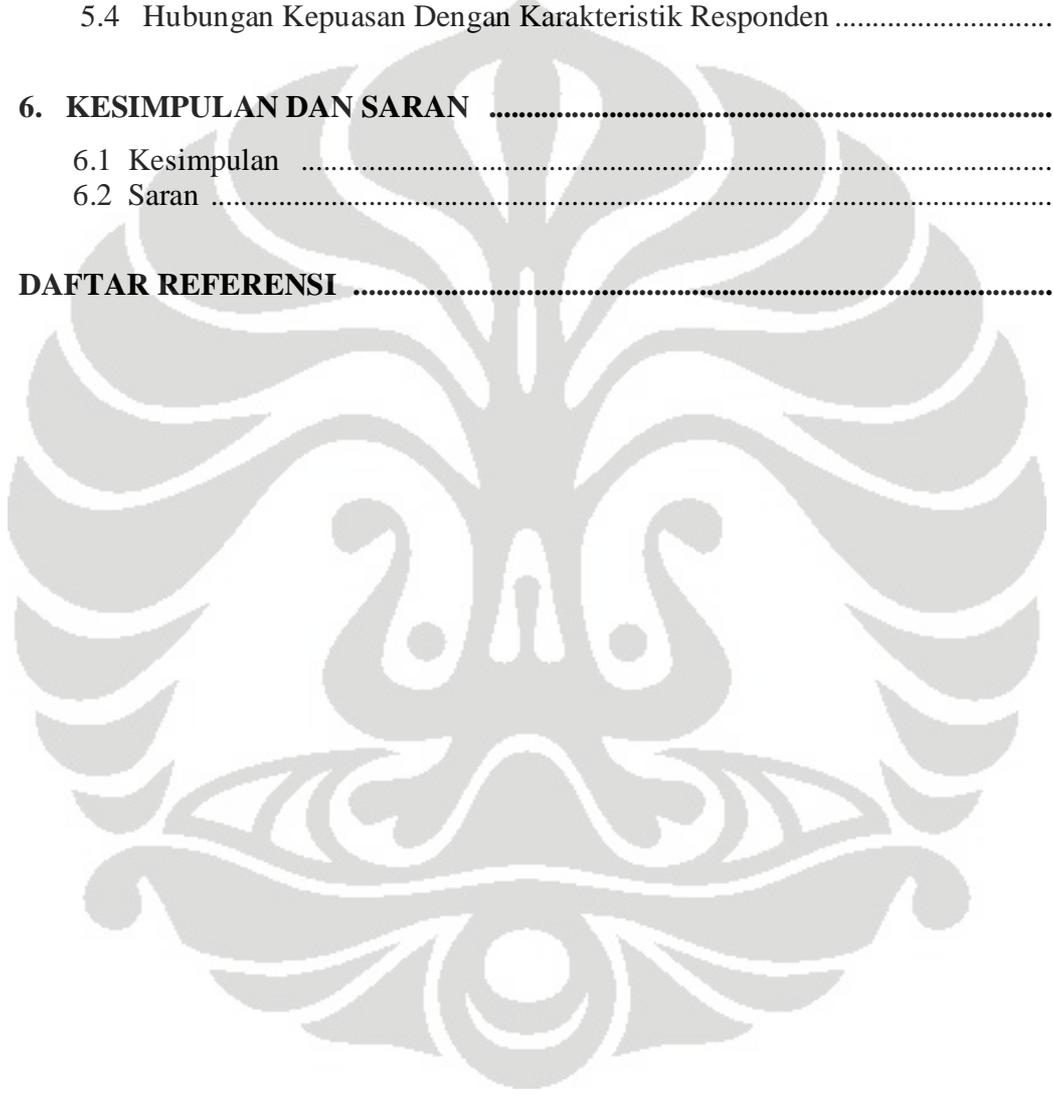
Keywords:
Jamkesmas, Pharmacy Services, Health Services, Satisfaction

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR TABEL	xiii
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	4
1.3 Pertanyaan Penelitian	5
1.4 Tujuan Penelitian	5
1.5 Manfaat Penelitian	6
2. TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Rumah Sakit	8
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Misi Rumah sakit	8
2.1.3 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit	8
2.1.4 Klasifikasi Rumah Sakit	9
2.1.5. Pelayanan Rumah Sakit	10
2.1.6 Pelayanan Rawat Inap	10
2.2 Instalasi Farmasi Rumah Sakit	11
2.2.1 Definisi	11
2.2.2 Kedudukan Instalasi Farmasi Rumah sakit	11
2.2.3 Tugas Pokok dan Fungsi	11
2.2.4 Peranan Apoteker di Instalasi Farmasi Rumah sakit	13
2.2.5 Sistem Distribusi Obat	13
2.3 Jaminan Kesehatan Masyarakat	14
2.3.1 Peserta Jamkesmas	16
2.3.2 Tujuan dan Sasaran	16
2.3.3 Manfaat yang Diperoleh Peserta Jamkesmas	16
2.3.4 Ketentuan Mengenai Kebutuhan Obat dan Bahas Habis Pakai di Rumah Sakit	17
2.4 Kepuasan Pasien	17
2.4.1 Definisi Kepuasan	17
2.4.2 Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kepuasan Pasien	18
2.4.3 Dimensi Yang Diukur Untuk Menentukan Kepuasan Pasien	20
2.4.4 Mengukur Kepuasan Pasien	24

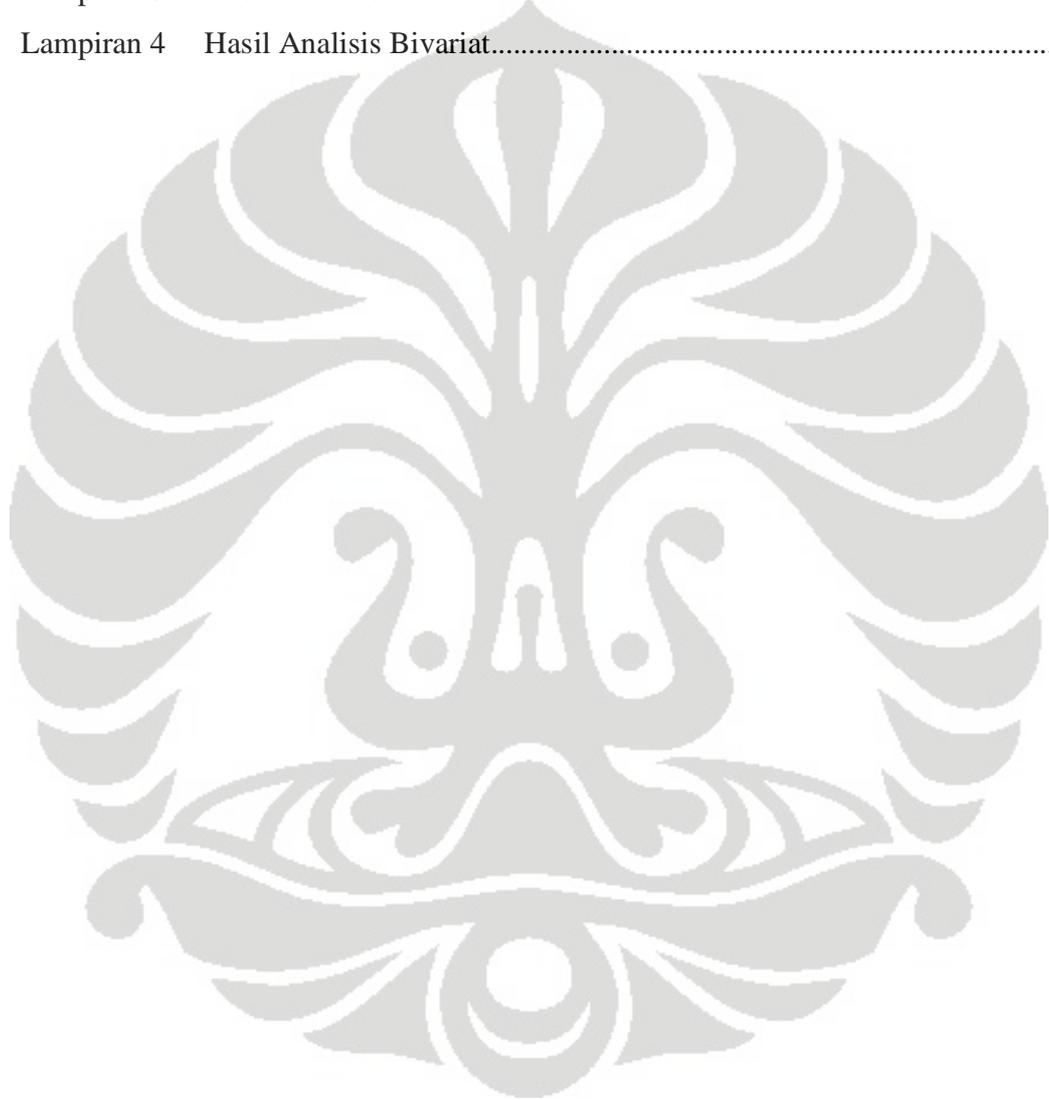
3. METODE PENELITIAN	27
3.1 Desain Penelitian	27
3.2 Tempat dan waktu Penelitian	27
3.3 Populasi dan Sampel	27
3.4 Kerangka Konsep	28
3.5 Definisi Operasional	29
3.6 Pengumpulan Data	30
3.7 Pengolahan dan Analisis Data	31
4. HASIL PENELITIAN	34
4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristiknya	34
4.2 Kepuasan Responden Terhadap Pelayanan Farmasi	37
4.3 Kepuasan Responden Terhadap Pelayanan Kesehatan	38
4.4 Hubungan antara Karakteristik Keluarga Pasien dengan Kepuasan Pelayanan Farmasi	39
4.4.1 Hubungan antara Jenis Kelamin dengan Kepuasan Pelayanan Farmasi.....	40
4.4.2 Hubungan antara Usia dengan Kepuasan Pelayanan Farmasi.....	40
4.4.3 Hubungan antara Pendidikan dengan Kepuasan Pelayanan Farmasi	40
4.4.4 Hubungan antara Pekerjaan dengan Kepuasan Pelayanan Farmasi	40
4.4.5 Hubungan antara Pendapatan Keluarga perbulan dengan Kepuasan Pelayanan Farmasi	40
4.4.6 Hubungan antara Jumlah Anggota Keluarga dengan Kepuasan Pelayanan Farmasi	41
4.4.7 Hubungan antara Jumlah Hari Rawat dengan Kepuasan Pelayanan Farmasi	41
4.5 Hubungan antara karakteristik Keluarga Pasien dengan Kepuasan Pelayanan Kesehatan	41
4.5.1 Hubungan antara Jenis Kelamin dengan Kepuasan Pelayanan Kesehatan	41
4.5.2 Hubungan antara Usia dengan Kepuasan Pelayanan Kesehatan	41
4.5.3 Hubungan antara Pendidikan dengan Kepuasan Pelayanan Kesehatan	41
4.5.4 Hubungan antara Pekerjaan dengan Kepuasan Pelayanan Kesehatan	42
4.5.5 Hubungan antara Pendapatan Keluarga perbulan dengan Kepuasan Pelayanan Kesehatan	42
4.5.6 Hubungan antara Jumlah Anggota Keluarga dengan Kepuasan Pelayanan Kesehatan	42
4.5.7 Hubungan antara Jumlah Hari Rawat dengan Kepuasan Pelayanan Kesehatan	42

4.4 Analisa Multivariat	43
5. PEMBAHASAN	44
5.1 Keterbatasan penelitian	44
5.2 Gambaran Kepuasan Responden terhadap Pelayanan Farmasi	44
5.3 Gambaran Kepuasan Responden terhadap Pelayanan Kesehatan	46
5.4 Hubungan Kepuasan Dengan Karakteristik Responden	51
6. KESIMPULAN DAN SARAN	56
6.1 Kesimpulan	56
6.2 Saran	56
DAFTAR REFERENSI	59



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Kuesioner Survey Kepuasan Responden	62
Lampiran 2	Lembar Persetujuan Subjek Penelitian	63
Lampiran 3	Hasil Analisis Data	70
Lampiran 4	Hasil Analisis Bivariat.....	72



DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristiknya di RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009	82
Tabel 4.2	Distribusi Responden Terhadap Kepuasan Pelayanan Farmasi di RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009	83
Tabel 4.3	Distribusi Responden Terhadap Kepuasan Pelayanan Kesehatan di RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009	84
Tabel 4.4	Distribusi Responden Berdasarkan Ketersediaan Obat di Depo Farmasi RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009	84
Tabel 4.5	Hubungan antara Jenis Kelamin Responden Dan Kepuasan Pelayanan Farmasi di RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009	85
Tabel 4.6	Hubungan antara Usia Responden Dan Kepuasan Pelayanan Farmasi di RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009	85
Tabel 4.7	Hubungan antara Pendidikan Responden Dan Kepuasan Pelayanan Farmasi di RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009	86
Tabel 4.8	Hubungan antara Pekerjaan Responden Dan Kepuasan Pelayanan Farmasi di RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009	86
Tabel 4.9	Hubungan antara Pendapatan Keluarga per Bulan Dan Kepuasan Pelayanan Farmasi. di RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009	87
Tabel 4.10	Hubungan antara Jumlah Anggota Keluarga dan Kepuasan Pelayanan Kesehatan di RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009	87
Tabel 4.11	Hubungan antara Jumlah Hari Rawat Dan Kepuasan Pelayanan Farmasi di RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009	88
Tabel 4.12	Hubungan antara Jenis Kelamin Responden Dan Kepuasan Pelayanan Farmasi di RSUP Fatmawati Jakarta tahun 2009.....	88
Tabel 4.13	Hubungan antara Usia Responden Dan Kepuasan Pelayanan Kesehatan di RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009	89
Tabel 4.14	Hubungan antara Pendidikan Responden Dan Kepuasan Pelayanan Kesehatan di RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009	89

Tabel 4.15 Hubungan antara Pekerjaan Responden dan Kepuasan Pelayanan Kesehatan di RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009	90
Tabel 4.16 Hubungan antara Pendapatan Keluarga per Bulan dengan Kepuasan Pelayanan Kesehatan di RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009	90
Tabel 4.17 Hubungan antara Jumlah Anggota Keluarga Dan Kepuasan Pelayanan Kesehatan di RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009	91
Tabel 4.18 Hubungan antara Jumlah Hari Rawat dan Kepuasan Pelayanan Kesehatan di RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009	91
Tabel 4.19 Distribusi Kepuasan Responden berdasarkan 10 Kriteria Pelayanan Farmasi di RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009	92
Tabel 4.20 Distribusi Kepuasan Responden berdasarkan 5 Kriteria Pelayanan Administrasi Pendaftaran Awal di RSUP Jakarta Tahun 2009	93
Tabel 4.21 Distribusi Kepuasan Responden berdasarkan 5 Kriteria Pelayanan Jaminan Rawat Inap di RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009	93
Tabel 4.22 Distribusi Kepuasan Responden berdasarkan 5 Kriteria Pelayanan Administrasi Kepulangan Pasien di RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009	94
Tabel 4.23 Distribusi Kepuasan Responden berdasarkan 6 Kriteria Pelayanan Perawat di RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009	94
Tabel 4.24 Distribusi Kepuasan Responden berdasarkan 6 Kriteria Lingkungan Ruang Rawat di RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009	95
Tabel 4.25 Distribusi Kepuasan Responden berdasarkan 5 Kriteria Menu-Makanan di RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009	95

Tabel 4.1
Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristiknya di RSUP Fatmawati, Jakarta
Tahun 2009

Keterangan	Jumlah	Persentase
1. Jenis kelamin		
Laki-laki	50	49,0
Perempuan	52	51,0
2. Usia		
≤ 35 tahun	47	46,1
> 35 tahun	55	53,9
3. Pendidikan		
Tidak sekolah	11	10,8
SD	37	36,3
SMP	23	22,5
SMA	31	30,4
Sarjana	-	-
4. Pekerjaan		
Tidak bekerja	40	39,2
Petani	2	2,0
Buruh/supir	44	43,1
Pedagang	12	11,8
Pegawai negeri	-	-
Pegawai swasta	4	3,9
5. Pendapatan keluarga per bulan		
Dibawah 500 ribu rupiah	47	46,1
Rp. 500.000,- – Rp.1.000.000,-	46	45,1
Rp.1.100.000 – Rp. 1.500.000,-	8	7,8
Rp.1.600.000 – Rp. 2.000.000,-	1	1,0
Diatas Rp. 2.000.000,-	-	-
6. Jumlah anggota keluarga		
3 – 4 orang	55	53,9
5 – 7 orang	41	40,2
8 orang atau lebih	6	5,9

(Lanjutan)

Keterangan	Jumlah	Persentase
7. Jumlah hari rawat		
2 – 3 hari	8	7,8
4 – 5 hari	25	24,5
Lebih dari 5 hari	69	67,6
8. Ruang Perawatan		
Gedung Teratai		
Lantai 2 selatan	18	17,6
Lantai 3 selatan	23	22,5
Lantai 4 selatan	24	23,5
Lantai 5 selatan	16	15,7
Lantai 6 selatan	12	11,8
Gedung Prof. Dr Soelarto		
Lantai 1	8	7,8
Lantai 4	1	1,0

Tabel 4.2

Distribusi Responden Berdasarkan Kepuasan Pelayanan Farmasi
di RSUP Fatmawati, Jakarta Tahun 2009

Kepuasan Responden	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Tidak Puas	14	13,7
Puas	88	86,3
Total	102	100,0

Table 4.3
Distribusi Responden Terhadap Kepuasan Pelayanan Kesehatan
Di RSUP Fatmawati, Jakarta Tahun 2009

Dimensi Pelayanan	Kepuasan Pelayanan Kesehatan	
	Tidak Puas (%)	Puas (%)
Administrasi	23,5	76,5
▪ Pendaftaran awal	24,5	75,5
▪ Jaminan rawat inap	31,4	68,6
▪ Kepulangan	37,3	62,7
Dokter	11,8	88,2
Perawat	22,5	77,5
Farmasi	13,7	86,3
Ruang Rawat	25,5	74,5
Menu dan Makanan	12,7	87,3
Kesehatan (total)	15,7	84,3

Tabel 4.4
Distribusi Responden Berdasarkan Ketersediaan Obat di Depo Farmasi
RSUP Fatmawati, Jakarta Tahun 2009

Ketersediaan Obat	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Obat tersedia	76	74,5
Tidak tersedia	26	25,5
Total	102	100,0

Tabel 4.5
 Hubungan Antara Jenis Kelamin Responden Dan Kepuasan Pelayanan Farmasi
 di RSUP Fatmawati, Jakarta Tahun 2009

Jenis Kelamin	Kepuasan Pelayanan Farmasi						p value
	Puas		Tidak Puas		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Laki-laki	41	82,0	9	18,0	50	100,0	0,346
Perempuan	47	90,4	5	9,6	52	100,0	
Total	88	86,3	14	13,7	102	100,0	

Tabel 4.6
 Hubungan Antara Usia Responden Dan Kepuasan Pelayanan Farmasi
 di RSUP Fatmawati, Jakarta Tahun 2009

Usia	Kepuasan Pelayanan Farmasi						p value
	Puas		Tidak Puas		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Muda	38	80,9	9	19,1	47	100,0	0,237
Tua	50	90,9	5	9,1	55	100,0	
Total	88	86,3	14	13,7	102	100,0	

Tabel 4.7
 Hubungan Antara Pendidikan Responden Dan Kepuasan Pelayanan Farmasi
 di RSUP Fatmawati, Jakarta Tahun 2009

Pendidikan	Kepuasan Pelayanan Farmasi						p value
	Puas		Tidak Puas		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Dasar	63	88,7	8	11,3	71	100,0	0,349
Lanjut	25	80,6	6	19,4	31	100,0	
Total	88	86,3	14	13,7	102	100,0	

Tabel 4.8
 Hubungan Antara Pekerjaan dan Kepuasan Pelayanan Farmasi
 di RSUP Fatmawati, Jakarta Tahun 2009

Pekerjaan	Kepuasan Pelayanan Farmasi						p value
	Puas		Tidak Puas		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Tidak bekerja	36	90,0	4	10,0	40	100,0	0,560
Bekerja	52	83,9	10	16,1	62	100,0	
Total	88	86,3	14	13,7	102	100,0	

Tabel 4.9
 Hubungan Antara Pendapatan Keluarga per Bulan Dan Kepuasan Pelayanan Farmasi di RSUP Fatmawati, Jakarta Tahun 2009

Pendapatan keluarga per bulan	Kepuasan Pelayanan Farmasi						p value
	Puas		Tidak Puas		Total		
	N	%	N	%	N	%	
≤ 1 juta	79	84,9	14	15,1	93	100,0	0,355
> 1 juta	9	100,0	0	0	9	100,0	
Total	88	86,3	14	13,7	102	100,0	

Tabel 4.10
 Hubungan Antara Jumlah Anggota Keluarga Dan Kepuasan Pelayanan Farmasi di RSUP Fatmawati, Jakarta Tahun 2009

Keluarga	Kepuasan Pelayanan Farmasi						p value
	Puas		Tidak Puas		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Kecil	47	85,5	8	14,5	55	100,0	1,000
Besar	41	87,2	6	12,8	47	100,0	
Total	88	86,3	14	13,7	102	100,0	

Tabel 4.11
 Hubungan Antara Jumlah Hari Rawat Dan Kepuasan
 Pelayanan Farmasi di RSUP Fatmawati, Jakarta Tahun 2009

Jumlah hari rawat	Kepuasan Pelayanan Farmasi						p value
	Puas		Tidak Puas		Total		
	N	%	N	%	N	%	
< 5 hari	30	90,9	3	9,1	33	100,0	0,540
> 5 hari	58	84,1	11	15,9	69	100,0	
Total	88	86,3	14	13,7	102	100,0	

Tabel 4.12
 Hubungan Antara Jenis Kelamin Responden dan Kepuasan Pelayanan Kesehatan di
 RSUP Fatmawati, Jakarta Tahun 2009

Jenis Kelamin	Kepuasan Pelayanan Kesehatan						p value
	Puas		Tidak Puas		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Laki-laki	40	80,0	10	20,0	50	100,0	0,367
Perempuan	46	88,5	6	11,5	52	100,0	
Total	86	84,3	16	15,7	102	100,0	

Tabel 4.13
 Hubungan Antara Usia Responden Dan Kepuasan Pelayanan Kesehatan
 di RSUP Fatmawati, Jakarta Tahun 2009

Usia	Kepuasan Pelayanan Kesehatan						p value
	Puas		Tidak Puas		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Muda	36	76,6	11	23,4	47	100,0	0,088
Tua	50	90,9	5	9,1	55	100,0	
Total	86	84,3	16	15,7	102	100,0	

Tabel 4.14
 Hubungan Antara Pendidikan Responden Dan Kepuasan Pelayanan Kesehatan
 Di RSUP Fatmawati, Jakarta Tahun 2009

Pendidikan	Kepuasan Pelayanan Kesehatan						p value
	Puas		Tidak Puas		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Rendah	61	85,9	10	14,1	71	100,0	0,558
Tinggi	25	80,6	6	19,4	31	100,0	
Total	86	84,3	16	15,7	102	100,0	

Tabel 4.15
 Hubungan Antara Pekerjaan Responden Dan Kepuasan Pelayanan Kesehatan
 di RSUP Fatmawati, Jakarta Tahun 2009

Pekerjaan	Kepuasan Pelayanan Kesehatan						p value
	Puas		Tidak Puas		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Tidak Bekerja	36	10,0	4	90,0	40	100,0	0,322
Bekerja	50	80,6	12	19,4	62	100,0	
Total	86	84,3	16	15,7	102	100,0	

Tabel 4.16
 Hubungan Antara Pendapatan Keluarga per bulan Dan Kepuasan Pelayanan Kesehatan
 di RSUP Fatmawati, Jakarta Tahun 2009

Pendapatan keluarga per bulan	Kepuasan Pelayanan Kesehatan						p value
	Puas		Tidak Puas		Total		
	N	%	N	%	N	%	
≤ 1 juta	78	83,9	15	16,1	93	100,0	1,000
> 1 juta	8	88,9	1	11,1	9	100,0	
Total	86	84,3	16	15,7	102	100,0	

Tabel 4.17
 Hubungan Antara Jumlah Anggota Keluarga Dan Kepuasan Pelayanan Kesehatan di RSUP Fatmawati, Jakarta Tahun 2009

Keluarga	Kepuasan Pelayanan Kesehatan						p value
	Puas		Tidak Puas		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Kecil	45	81,8	10	18,2	55	100,0	0,634
Besar	41	87,2	6	12,8	47	100,0	
Total	86	84,3	16	15,7	102	100,0	

Tabel 4.18
 Hubungan Antara Jumlah Hari Rawat Dan Kepuasan Pelayanan Kesehatan di RSUP Fatmawati, Jakarta Tahun 2009

Jumlah hari rawat	Kepuasan Pelayanan Kesehatan						p value
	Puas		Tidak Puas		Total		
	N	%	N	%	N	%	
≤ 5 hari	29	87,9	4	12,1	33	100,0	0,694
> 5 hari	57	82,6	12	17,4	69	100,0	
Total	86	84,3	16	15,7	102	100,0	

Tabel 4.19
Distribusi Kepuasan Responden Berdasarkan 10 Kriteria Pelayanan Farmasi di RSUP Fatmawati, Jakarta Tahun 2009

Keterangan	% Tingkat Kepuasan				
	Tidak puas	Kurang puas	Cukup puas	Puas	Sangat puas
Prosedur mendapatkan obat	-	2	24,5	70,6	2,9
Ketersediaan obat	-	3,9	26,5	65,7	3,9
Kecepatan pelayanan	-	2,9	40,2	54,9	2,0
Ketelitian petugas	-		44,1	52,0	3,9
Keramahan petugas	-	2,0	19,6	74,5	3,9
Informasi Obat	-	7,8	52,9	36,3	2,9
Prosedur pengembalian obat	1	1	37,3	57,8	2,9
Prosedur mendapat obat pulang	-	6,9	35,3	54,9	2,9
Waktu tunggu perincian obat pulang	2,9	16,7	52,0	25,5	2,9
Kenyamanan ruang tunggu	-	1,0	47,1	49,0	2,9

Tabel 4.20
Distribusi Kepuasan Responden Berdasarkan 5 Kriteria Pelayanan
Administrasi Pendaftaran Awal di RSUP Fatmawati Tahun 2009

Keterangan	% Tingkat Kepuasan				
	Tidak puas	Kurang puas	Cukup puas	Puas	Sangat puas
Keramahan petugas	-	3,9	24,5	68,6	1,0
Kecepatan pelayanan	2,9	3,9	40,2	52,0	1,0
Informasi oleh petugas	-	2,9	59,8	36,3	1,0
Waktu tunggu pelayanan	1,0	5,9	51,9	40,2	2,0
Kenyamanan ruang tunggu	-	2,9	39,2	56,9	1,0

Tabel 4.21
Distribusi Kepuasan Responden Berdasarkan 5 Kriteria Pelayanan
Administrasi Jaminan Rawat Inap di RSUP Fatmawati Tahun 2009

Keterangan	% Tingkat Kepuasan				
	Tidak puas	Kurang puas	Cukup puas	Puas	Sangat puas
Keramahan petugas	-	4,9	35,3	58,8	1,0
Kecepatan pelayanan	-	2,9	46,1	49,0	2,0
Informasi oleh petugas	-	2,0	64,7	32,4	1,0
Waktu tunggu pelayanan	-	7,8	56,9	33,3	2,0
Kenyamanan ruang tunggu	-	8,8	52,0	37,3	2,0

Tabel 4.22

Distribusi Responden Berdasarkan 5 Kriteria Pelayanan
Administrasi Kepulangan Pasien di RSUP Fatmawati Tahun 2009
di RSUP Fatmawati, Jakarta Tahun 2009

Keterangan	% Tingkat Kepuasan				
	Tidak puas	Kurang puas	Cukup puas	Puas	Sangat puas
Keramahan petugas	2,0	2,9	42,1	52,0	1,0
Kecepatan pelayanan	2,0	2,0	57,7	37,3	1,0
Informasi oleh petugas	-	2,9	65,7	30,4	1,0
Waktu tunggu pelayanan	-	14,7	65,7	18,6	1,0
Kenyamanan ruang tunggu	-	8,8	57,0	32,4	1,0

Tabel 4.23

Distribusi Kepuasan Responden Berdasarkan 7 Kriteria Pelayanan Perawat di
RSUP Fatmawati, Jakarta Tahun 2009

Keterangan	% Tingkat Kepuasan				
	Tidak puas	Kurang puas	Cukup puas	Puas	Sangat puas
Keramahan perawat	-	9,8	37,3	48,0	4,9
Kecepatan perawat	1,0	6,9	52,9	37,3	2,0
Kesungguhan perawat	-	2,0	42,1	53,9	2,0
Ketelitian perawat	1,0	2,9	44,1	50,0	2,0
Penjelasan perawat	-	2,0	36,3	59,8	2,0
Pemberian obat	-	12,7	36,3	50,0	1,0

Tabel 4.24
Distribusi Kepuasan Responden Berdasarkan 6 Kriteria
Lingkungan Ruang Rawat di RSUP Fatmawati, Jakarta Tahun 2009

Keterangan	% Tingkat Kepuasan				
	Tidak puas	Kurang puas	Cukup puas	Puas	Sangat puas
Kebersihan ruang rawat	1,0	4,9	49,0	40,2	4,9
Penataan ruang rawat	-	2,9	66,7	27,5	2,9
Ketenangan ruang rawat	-	4,9	51,0	41,2	2,9
Kenyamanan ruang rawat	-	3,9	56,9	35,3	3,9
Kebersihan kamar mandi	1,0	13,7	46,1	37,2	2,0
Ketersediaan air di kamar mandi	-	1,0	31,4	63,7	3,9

Tabel 4.25
Distribusi Kepuasan Responden Berdasarkan 5 Kriteria Menu-makanan di RSUP
Fatmawati, Jakarta Tahun 2009

Keterangan	% Tingkat Kepuasan				
	Tidak puas	Kurang puas	Cukup puas	Puas	Sangat puas
Keramahan petugas saji	-	1,0	28,4	65,7	4,9
Rasa makanan	1	12,7	61,8	19,6	4,9
Variasi makanan	-	2,9	34,3	58,8	3,9
Ketepatan waktu penyajian	-	1,0	21,6	74,5	2,9
Cara Penyajian	-	-	35,3	60,8	3,9

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kemiskinan dan penyakit terjadi saling kait-mengkait, dengan hubungan yang tidak pernah putus terkecuali dilakukan intervensi pada salah satu atau kedua sisi, yakni pada kemiskinannya atau pada penyakitnya. Kemiskinan mempengaruhi kesehatan sehingga orang miskin rentan terhadap pelbagai macam penyakit, karena mereka mengalami gangguan sebagai berikut: menderita gizi buruk, kebersihan lingkungan pemukiman yang buruk, perilaku kesehatan kurang, pengetahuan terhadap kesehatan kurang dan biaya kesehatan tidak tersedia. Sebaliknya kesehatan mempengaruhi kemiskinan. Masyarakat yang sehat menekan kemiskinan karena orang yang sehat memiliki produktivitas kerja yang tinggi, tingkat pendidikan maju, tingkat kematian yang rendah, pengeluaran berobat rendah sehingga memungkinkan untuk mempunyai investasi dan tabungan yang memadai, yang pada akhirnya akan membuat stabilitas ekonomi yang mantap(<http://www.jpkm-online.net>).

Beberapa data empiris global menemukan bahwa kematian bayi keluarga miskin tiga kali lebih tinggi dari keluarga tidak miskin, kematian balita keluarga miskin lima kali lebih tinggi dari keluarga tidak miskin dan pertumbuhan ekonomi negara dengan tingkat kesehatan lebih baik (IMR antara 50-100/1000 kelahiran hidup) adalah 37 kali lebih tinggi dibandingkan dengan negara yang tingkat kesehatan lebih buruk (IMR > 150/1000 kelahiran hidup) (<http://www.jpkm-online.net>).

Pentingnya pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin bukan saja pemenuhan hak penduduk miskin seperti dimandatkan pasal 34 ayat (1) UUD 1945 dan mandat global (*Millennium Development Goals*), tetapi merupakan dorongan untuk mempercepat penanggulangan kemiskinan dan keharusan untuk melaksanakan upaya peningkatan status kesehatan penduduk miskin. Terlebih lagi, memasuki era globalisasi ini, untuk pertumbuhan ekonomi suatu negara dituntut daya saing yang memerlukan sumber daya manusia dengan kuantitas dan kualitas tinggi.

Hal ini juga sesuai dengan pasal 28 H UUD 1945 dan Undang-Undang No. 23/tahun 1992 tentang Kesehatan, yang menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan layanan kesehatan. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan kesehatan, dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk masyarakat miskin dan tidak mampu.

Sejak tahun 1998, Pemerintah telah melaksanakan sejumlah program pembiayaan kesehatan untuk masyarakat miskin. Untuk mencapai cita-cita tersebut telah dilaksanakan sejumlah program pendanaan pelayanan kesehatan untuk penduduk miskin yaitu Jaring Pengaman Sosial bidang Kesehatan (JPSBK, 1998), Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi (PDPSE, 2001), Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM, 2002-2004) dan Asuransi Kesehatan untuk Masyarakat Miskin (Askeskin, 2005-2007) (“Si Miskin Juga Perlu Sehat”, 2006).

Dampak yang diharapkan dari program pelayanan bagi masyarakat miskin ini terhadap pencapaian target pembangunan kesehatan di Indonesia adalah meningkatnya umur harapan hidup, menurunnya angka kematian bayi, menurunnya angka kematian ibu dan gizi kurang pada anak balita yang pada akhirnya akan meningkatkan kualitas sumber daya manusia Indonesia.

Adanya peningkatan jumlah masyarakat miskin di Indonesia dari tahun 2005 sebesar 60% yaitu dari 36 juta orang menjadi 60 juta orang dan hingga tahun 2007 telah menjadi 76,4 juta orang, berdampak diperlukannya dana yang cukup besar untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan gratis kepada masyarakat tersebut. Oleh karenanya pada tahun 2008, Pemerintah RI melakukan upaya perbaikan dalam menyusun suatu program pembiayaan kesehatan yang efisien, efektif, transparan dan akuntabel serta dapat dinikmati oleh masyarakat miskin, yang dinamakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

Berbeda dengan program sebelumnya, pada program Jamkesmas, Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) memperoleh lebih dulu dana yang akan digunakan untuk pembiayaan kesehatan masyarakat miskin. Dana ini disalurkan dari Kantor Pelayanan Perbendaharaan Negara (KPPN) ke PPK melalui rekening bank rumah

sakit setiap tiga bulan, yang besarnya diperhitungkan berdasarkan rata-rata pembayaran per bulan di rumah sakit. Selanjutnya dana luncturan berikutnya dapat disalurkan bila dana luncturan sebelumnya telah dipertanggungjawabkan (<http://www.jpkm-online.net>).

Perbedaan yang lain adalah adanya pemisahan peran pembayar dan verifikator, penempatan verifikator di setiap rumah sakit, penggunaan tarif paket *Indonesia-Diagnosis Related Groups* (INA-DRG) di rumah sakit, penetapan obat yang digunakan dengan Formularium Jamkesmas, pembentukan tim pengelola dan tim koordinasi di tingkat Pusat, Propinsi dan Kabupaten/Kota serta penugasan PT Askes (Persero) dalam manajemen kepesertaan.

Dengan adanya kebijakan pendanaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin tersebut diharapkan PPK akan mampu memberikan perubahan yang signifikan terhadap peningkatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat tidak mampu tersebut karena tidak ada kendala mengenai dana. Selain itu adanya Formularium obat Jamkesmas menyebabkan efisiensi pelayanan obat kepada masyarakat miskin, yang tentunya harus didukung oleh ketaatan dokter untuk meresepkan obat yang sesuai dengan Formularium. Peningkatan pelayanan ini tentunya akan memberikan rasa puas terhadap pasien tersebut.

Kepuasan pasien adalah salah satu indikator kinerja rumah sakit umum, dan yang dimaksud dengan kepuasan pasien adalah tingkat kepuasan pelayanan pasien dari persepsi pasien dan keluarga terdekatnya. Kepuasan pasien akan tercapai apabila diperoleh hasil yang optimal bagi setiap pasien dan pelayanan kesehatan memperhatikan kemampuan pasien dan keluarganya seperti adanya perhatian terhadap keluhan, kondisi lingkungan fisik, dan tanggap kepada atau memprioritaskan kebutuhan pasien sehingga tercapai keseimbangan yang sebaik-baiknya (Soejadi, 1996). Dari pernyataan tersebut dapat dikatakan bahwa baik tidaknya mutu pelayanan yang dapat memuaskan atau tidak memuaskan konsumen sebagai pelanggan tergantung pada kemampuan penyedia jasa dalam memenuhi harapan pelanggannya. Tuntutan pasien terhadap mutu pelayanan yang baik, tidak hanya dikaitkan pada kesembuhan penyakit secara fisik, tetapi juga menyangkut kepuasan pasien terhadap sikap, pengetahuan, ketrampilan petugas dalam

memberikan pelayanan, komunikasi, informasi dan tersedianya sarana serta lingkungan fisik yang memadai.

Berbagai penelitian tentang mutu pelayanan kesehatan merupakan kebutuhan dan tuntutan para pemakai jasa pelayanan kesehatan yang apabila berhasil dipenuhi akan menimbulkan rasa puas terhadap pelayanan kesehatan yang diselenggarakan. Penelitian yang dilakukan Aris Tambing (2005) dalam penelitiannya yang berjudul Analisa Persepsi Kepuasan Keluarga Pasien Gakin Peserta Askes Luar DKI di Poliklinik RS Jiwa Pusat Soeharto Heerdjan Jakarta, menyatakan bahwa keluarga pasien Gakin yang puas terhadap pelayanan administrasi 56,66%; terhadap pelayanan dokter 78,33% dan terhadap pelayanan farmasi (apotik) 36,66%. Pada penelitian Budi Afrizal (2007) dalam penelitian yang berjudul Analisa Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Jalan program JPKMM terhadap Mutu Pelayanan Puskesmas di Kabupaten Serang Tahun 2007, menyatakan bahwa pasien yang puas 60,2 % dan pasien yang tidak puas 39,8 % terhadap pelayanan yang diberikan.

Selain mutu pelayanan yang diukur untuk mencerminkan kepuasan pasien, beberapa faktor lain yang berpengaruh terhadap kepuasan, yaitu faktor karakteristik pasien. Faktor tersebut antara lain kedudukan sosial, pangkat/jabatan, tingkat ekonomi, latar belakang pendidikan, budaya, umur, jenis kelamin dan sebagainya (Carr-Hill, 1972; Sarwono, 1986; Hays, 1990).

1.2. Perumusan Masalah

Pada tahun 2008, Pemerintah melalui Departemen Kesehatan telah menganggarkan dana penyelenggaraan program Jamkesmas sebesar 4,6 triliun rupiah kepada sekitar 76,4 juta masyarakat miskin dalam mendapat pelayanan kesehatan secara gratis. Program ini telah mengalami perubahan dari program sebelumnya, yaitu dalam hal penyaluran dana pelayanan kesehatan yang dilakukan secara langsung dari Kantor Pelayanan Perbendaharaan Negara (KPPN) ke Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) melalui rekening bank rumah sakit. Dengan adanya perubahan ini diharapkan memangkas rantai pembayaran sehingga PPK dapat melakukan pelayanannya tanpa ada hambatan biaya. Hal ini tentunya akan

berdampak positif pada pasien peserta Jamkesmas, yang pada akhirnya dapat memberikan kepuasan kepada masyarakat miskin tersebut.

Penelitian mengenai kepuasan pasien masyarakat miskin peserta Jamkesmas terhadap pelayanan kesehatan yang diterimanya, belum pernah dilakukan. Mengingat program ini memang baru diluncurkan tahun 2008.

Berdasarkan hal-hal tersebut diatas, masalah yang ingin peneliti kemukakan dalam penelitian ini adalah belum diketahuinya gambaran kepuasan pasien rawat inap peserta Jamkesmas terhadap pelayanan farmasi dan pelayanan kesehatan di RSUP Fatmawati, hubungan antara karakteristik responden pasien peserta Jamkesmas dengan kepuasan pasien serta faktor-faktor apa saja yang berhubungan kepuasan tersebut. Kepuasan pasien yang dimaksud dalam penelitian ini adalah kepuasan dari keluarga pasien, yang dalam hal ini mewakili persepsi yang diungkapkan pasien terhadap pelayanan farmasi dan pelayanan kesehatan yang diperolehnya (Nani.H. Goenawan, 1992 ; Aris Tambing, 2005).

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana gambaran kepuasan keluarga pasien rawat inap peserta Jamkesmas terhadap pelayanan farmasi di RSUP Fatmawati?
2. Bagaimana gambaran kepuasan keluarga pasien rawat inap peserta Jamkesmas terhadap pelayanan kesehatan di RSUP Fatmawati?
3. Faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan kepuasan keluarga pasien rawat inap peserta Jamkesmas terhadap pelayanan farmasi di RSUP Fatmawati?
4. Faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan kepuasan keluarga pasien rawat inap peserta Jamkesmas terhadap pelayanan kesehatan di RSUP Fatmawati?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum :

Diperolehnya gambaran tentang kepuasan keluarga pasien rawat inap peserta Jamkesmas terhadap pelayanan farmasi dan pelayanan kesehatan serta faktor-faktor yang berhubungan dengan kepuasan keluarga pasien di RSUP Fatmawati.

1.4.2. Tujuan Khusus

- a. diperolehnya gambaran kepuasan keluarga pasien rawat inap peserta Jamkesmas terhadap pelayanan farmasi di RSUP Fatmawati.
- b. diperolehnya gambaran kepuasan keluarga pasien rawat inap peserta Jamkesmas terhadap pelayanan kesehatan di RSUP Fatmawati.
- c. diperolehnya informasi hubungan karakteristik keluarga pasien rawat inap peserta Jamkesmas dan jumlah hari rawat terhadap kepuasan pelayanan farmasi di RSUP Fatmawati.
- d. diperolehnya informasi hubungan karakteristik keluarga pasien rawat inap peserta Jamkesmas dan jumlah hari rawat terhadap kepuasan pelayanan kesehatan (yang meliputi pelayanan administrasi, pelayanan dokter, pelayanan perawat, pelayanan farmasi, lingkungan ruang perawatan dan menu-makanan) di RSUP Fatmawati.

1.5. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberi manfaat secara aplikatif kepada berbagai pihak, yaitu:

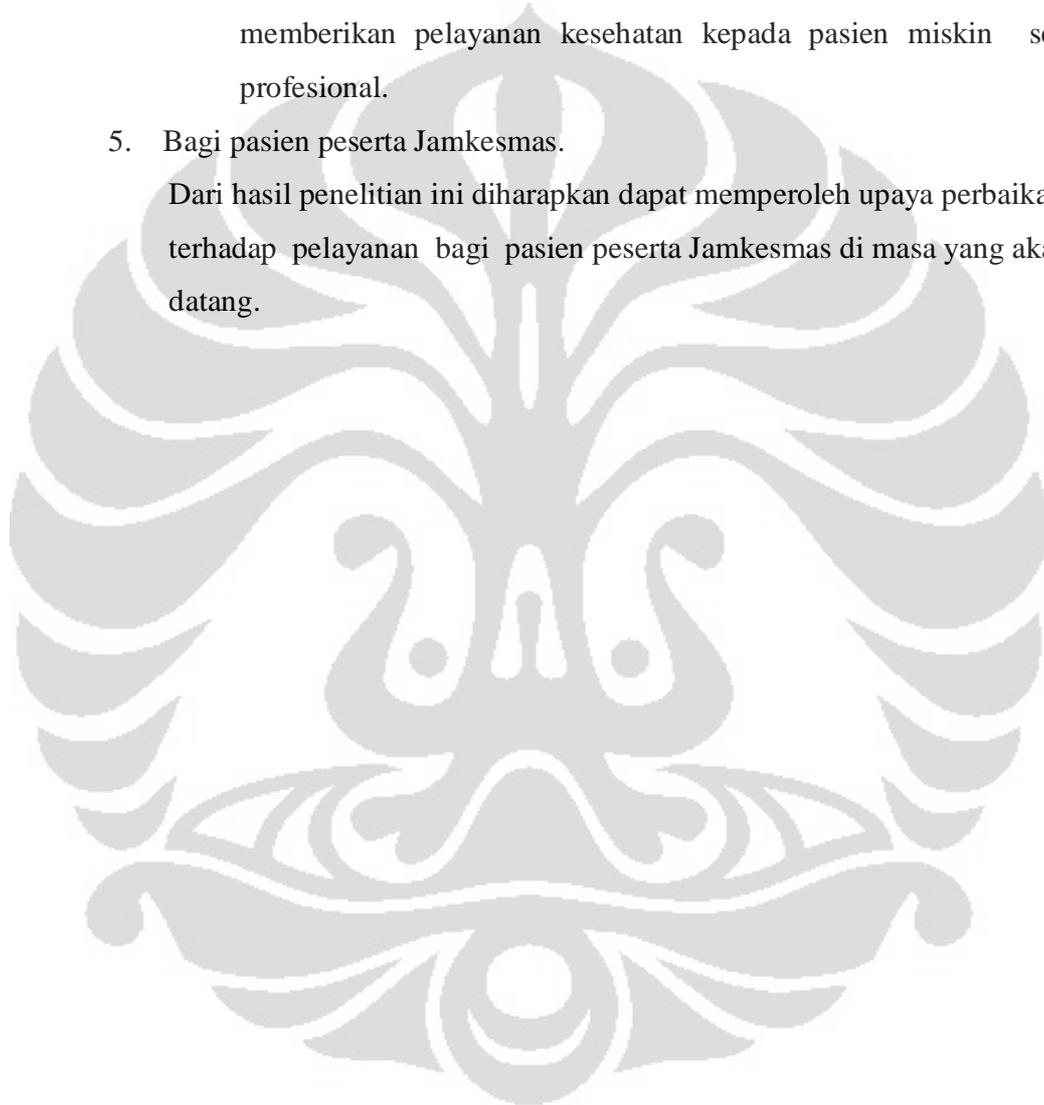
1. Bagi pemerintah, dalam hal ini Departemen Kesehatan, sebagai penyelenggara program Jamkesmas.
Dapat menjadi bahan informasi, masukan dan evaluasi tentang kepuasan pasien peserta Jamkesmas dalam rangka upaya perbaikan dan peningkatan program Jamkesmas untuk dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.
2. RSUP Fatmawati, sebagai pemberi pelayanan kesehatan.
Diharapkan menjadi bahan masukan dan evaluasi bagi pihak rumah sakit untuk menyusun strategi dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi pasien peserta Jamkesmas.
3. Depo Farmasi RSUP Fatmawati.
Dapat menjadi bahan informasi, masukan dan evaluasi tentang kepuasan pasien peserta Jamkesmas dalam rangka upaya perbaikan dan peningkatan mutu pelayanan farmasi untuk pasien tersebut.

4. Bagi peneliti.

- Memberi pengalaman bagi peneliti untuk melakukan penelitian berdasarkan metode penelitian ilmiah yang benar dan sesuai dengan persyaratan akademis.
- Sebagai profesi kesehatan, dapat menjadi masukan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien miskin secara profesional.

5. Bagi pasien peserta Jamkesmas.

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat memperoleh upaya perbaikan terhadap pelayanan bagi pasien peserta Jamkesmas di masa yang akan datang.



BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 . Rumah Sakit

2.1.1 Definisi

Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 983/Menkes/SK/XI/1992 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum di Lingkungan Departemen Kesehatan, menjelaskan bahwa rumah sakit adalah suatu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan rawat inap dan rawat jalan, yang memberikan pelayanan kesehatan jangka pendek dan jangka panjang yang terdiri dari observasi, diagnostik, terapeutik, dan rehabilitatif untuk orang-orang yang menderita sakit, cedera dan melahirkan.

Menurut *World Health Organization* (WHO), rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi kesehatan dan sosial dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (*komprehensif*), pencegahan (*preventif*), penyembuhan (*kuratif*) kepada masyarakat dan pelayanan rawat jalan yang diberikan menjangkau keluarga di rumah juga merupakan pusat latihan tenaga kesehatan dan pusat penelitian biomedis.

2.1.2 Misi Rumah Sakit

Menurut Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 983/Menkes/SK/XI/1992, rumah sakit umum mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, sedangkan misi khususnya adalah aspirasi yang ditetapkan dan ingin dicapai oleh pemilik rumah sakit tersebut.

2.1.3 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 983/Menkes/SK/XI/1992, tugas umum rumah sakit adalah melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.

Menurut Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 164/B/Menkes/PER/II/1998 tentang fungsi rumah sakit, fungsi rumah sakit adalah:

- a. menyelenggarakan pelayanan medis,
- b. menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non medis,
- c. menyelenggarakan pelayanan rujukan,
- d. menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan,
- e. menyelenggarakan penelitian dan pengembangan,
- f. menyelenggarakan administrasi umum.

2.1.4 Klasifikasi Rumah Sakit

Rumah sakit di Indonesia dapat diklasifikasikan berdasarkan berbagai kriteria sebagai berikut:

- a. Berdasarkan kepemilikan.
 - 1. Rumah Sakit Pemerintah.
Yaitu rumah sakit yang dimiliki dan diselenggarakan oleh pemerintah.
 - 2. Rumah Sakit Swasta.
Yaitu rumah sakit yang diselenggarakan oleh yayasan yang sudah disahkan oleh badan hukum. Rumah sakit ini dikelola oleh yayasan atau badan yang bukan milik pemerintah, organisasi atau yayasan keagamaan, kekeluargaan, atau badan sosial lainnya dan dapat pula menjalin kerjasama dengan insitusi pendidikan.
- b. Berdasarkan bentuk pelayanan.
 - 1. Rumah Sakit Umum, memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialistik, dan sub-spesialistik.
 - 2. Rumah Sakit Khusus, yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan tertentu seperti rumah sakit kusta, rumah sakit mata, rumah sakit jantung, dan lain sebagainya.
 - 3. Rumah Sakit Pendidikan, yang memberikan pelayanan kesehatan juga berfungsi sebagai lembaga pendidikan dan latihan tenaga medis.
- c. Berdasarkan fasilitas dan pelayanan.

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 983/Menkes/SK/XI/1992 tentang pedoman organisasi rumah sakit umum, klasifikasi rumah sakit umum didasarkan pada unsur pelayanan, ketenagaan, fisik, dan peralatan meliputi:

1 Rumah Sakit Umum Kelas A

Adalah rumah sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialistik luas dan sub-spesialistik luas. Contohnya adalah RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo dan RSPAD Gatot Subroto.

2. Rumah Sakit Umum Kelas B

Adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis sekurang-kurangnya 11 spesialistik dan sub-spesialistik terbatas. Rumah Sakit Umum Kelas B dibedakan dalam 2 jenis, yaitu rumah sakit sebagai tempat pendidikan tenaga medis disebut rumah sakit umum pendidikan (B1), contohnya RSUP Fatmawati, dan rumah sakit umum non pendidikan (B2).

3. Rumah Sakit Umum Kelas C

Adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis dasar dan spesialistik dasar. Contohnya RSU FK-UKI.

4. Rumah Sakit Umum Kelas D

Adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayan medis dasar.

2.1.5 Pelayanan Rumah sakit

Pelayanan rumah sakit adalah bentuk upaya pelayanan kesehatan yang terdiri dari pelayanan medis, pelayanan non medis, pelayanan asuhan keperawatan, pelayanan rujukan dan lainnya.

2.1.6. Pelayanan Rawat Inap

Rawat inap adalah merupakan salah satu perawatan dimana pasien dirawat di rumah sakit untuk jangka waktu tertentu untuk keperluan observasi, diagnosis, terapi rehabilitasi medik ataupun pelayanan lainnya. Pelayanan rawat inap meliputi:

- a. penerimaan pasien (*admission*),
- b. pelayanan medis,
- c. pelayanan keperawatan,
- d. penyediaan sarana medis, penunjang medis dan non medis,
- e. penyediaan ruang rawat inap,
- f. pelayanan gizi dan

g. pelayanan administrasi dan keuangan.

2.2 Instalasi Farmasi Rumah Sakit

2.2.1 Definisi Instalasi Farmasi Rumah sakit

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 983/Menkes/SK/XI/1992 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum, instalasi adalah penyelenggaraan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, kegiatan penelitian, pengembangan, pendidikan, pelatihan dan pemeliharaan sarana rumah sakit.

Instalasi Farmasi Rumah Sakit adalah suatu unit atau bagian di rumah sakit yang merupakan fasilitas penyelenggaraan pelayanan kefarmasian di bawah pimpinan seorang apoteker dan dibantu oleh beberapa orang apoteker yang memenuhi persyaratan perundang-undangan yang berlaku dan kompeten secara profesional yang bertanggung jawab atas seluruh pekerjaan serta pelayanan kefarmasian yang terdiri atas pelayanan paripurna, mencakup perencanaan, pengadaan, produksi, penyimpanan perbekalan farmasi, dispensing obat berdasarkan resep bagi penderita rawat jalan dan rawat inap, pengendalian mutu, pengendalian distribusi dan penggunaan seluruh perbekalan kesehatan rumah sakit, pelayanan klinik umum dan spesialisik.

2.2.2 Kedudukan Instalasi Farmasi Rumah Sakit.

Instalasi Farmasi Rumah Sakit berada dibawah tanggung jawab Direktur Penunjang Medis.

2.2.3 Tugas Pokok dan Fungsi IFRS

Tugas pokok IFRS berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1197/Menkes/SK/X/2004 tentang Standar Pelayanan Farmasi Rumah Sakit, adalah :

- a. melangsungkan pelayanan farmasi yang optimal,
- b. menyelenggarakan kegiatan pelayanan profesional berdasarkan prosedur kefarmasian dan etik profesi,
- c. melaksanakan Komunikasi, Informasi dan Edukasi mengenai obat,
- d. memberi pelayanan bermutu melalui analisa dan evaluasi untuk meningkatkan mutu pelayanan farmasi,
- e. melakukan pengawasan obat berdasarkan aturan yang berlaku,

- f. menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan di bidang farmasi,
- g. mengadakan penelitian dan pengembangan di bidang farmasi,
- h. memfasilitasi dan mendorong tersusunnya standar pengobatan dan formularium rumah sakit.

Sedangkan fungsi IFRS adalah ;

- a. Pengelolaan perbekalan farmasi
 - 1. memilih perbekalan farmasi sesuai dengan kebutuhan pelayanan rumah sakit,
 - 2. merencanakan kebutuhan perbekalan farmasi secara optimal,
 - 3. mengadakan perbekalan farmasi berpedoman pada perencanaan yang telah dibuat sesuai ketentuan yang berlaku,
 - 4. memproduksi perbekalan farmasi untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan di rumah sakit,
 - 5. menerima perbekalan farmasi sesuai dengan spesifikasi dan ketentuan yang berlaku,
 - 6. menyimpan perbekalan farmasi sesuai dengan spesifikasi dan persyaratan kefarmasian,
 - 7. mendistribusikan perbekalan farmasi ke unit-unit pelayanan rumah sakit.
- b. Pelayanan kefarmasian dalam penggunaan obat dan alat kesehatan
 - 1. mengkaji instruksi pengobatan/ resep pasien,
 - 2. mengidentifikasi masalah yang berkaitan dengan penggunaan obat dan alat kesehatan,
 - 3. mencegah dan mengatasi masalah yang berkaitan dengan obat dan alat kesehatan,
 - 4. memantau efektifitas dan keamanan penggunaan obat dan alat kesehatan,
 - 5. memberikan informasi kepada petugas kesehatan, pasien/keluarga,
 - 6. memberi konseling kepada pasien/keluarga,
 - 7. melakukan pencampuran obat suntik,
 - 8. melakukan penyiapan nutrisi parenteral,

9. melakukan penanganan obat kanker,
10. melakukan penentuan kadar obat dalam darah,
11. melakukan pencacatan setiap kegiatan,
12. melaporkan setiap kegiatan.

2.2.4 Peranan Apoteker Farmasi Rumah Sakit

Peranan Apoteker Farmasi Rumah Sakit sangat bergantung pada bobot fungsi rumah sakit. Makin besar dan luas fungsi rumah sakit maka peranan tenaga farmasi pun akan semakin besar pula.

Peranan tersebut antara lain:

- 1) Peranan utama dalam manajemen farmasi rumah sakit.
- 2) Peranan dalam pengadaan perbekalan farmasi.
- 3) Peranan dalam penyimpanan obat.
- 4) Peranan dalam distribusi obat.
- 5) Peranan dalam kontrol kualitas obat.
- 6) Peranan sebagai pusat informasi obat.
- 7) Peranan dalam Panitia Farmasi dan Terapi (PFT), penerbitan dan pemeliharaan Formularium Rumah Sakit.
- 8) Peranan dalam program pendidikan.
- 9) Peranan dalam program penelitian dan pengembangan.

2.2.5 Sistem Distribusi Obat

Pendistribusian Obat menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1197/Menkes/SK/X/2004, merupakan kegiatan mendistribusikan perbekalan farmasi di rumah sakit untuk pelayanan individu dalam proses terapi bagi pasien rawat inap dan rawat jalan serta untuk menunjang pelayanan medis. Sistem distribusi dirancang atas dasar kemudahan untuk dijangkau oleh pasien dengan mempertimbangan:

1. Efisiensi dan efektivitas sumber daya yang ada.
2. Metode sentralisasi atau desentralisasi, Sistem *Floor Stock*, resep individu, dispensing dosis unit atau kombinasi.

Pendistribusian perbekalan farmasi untuk pasien rawat inap merupakan kegiatan pendistribusian perbekalan farmasi untuk memenuhi kebutuhan pasien rawat

inap di rumah sakit, yang diselenggarakan secara sentralisasi dan atau desentralisasi dengan sistem persediaan lengkap di ruangan, sistem resep perorangan, sistem unit dosis dan sistem kombinasi oleh satelit farmasi.

Sedangkan pendistribusian perbekalan farmasi untuk pasien rawat jalan adalah kegiatan pendistribusian perbekalan farmasi untuk memenuhi kebutuhan pasien rawat jalan di rumah sakit, yang diselenggarakan secara sentralisasi dan atau desentralisasi dengan sistem resep perorangan oleh Apotik Rumah sakit.

Pendistribusian perbekalan farmasi diluar jam kerja merupakan kegiatan pendistribusian perbekalan farmasi untuk memenuhi kebutuhan pasien di luar jam kerja yang diselenggarakan oleh:

- a. apotik rumah sakit/satelit farmasi yang dibuka 24 jam
- b. ruang rawat yang menyediakan perbekalan farmasi *emergency*

Sistem pelayanan distribusi :

- a. Sistem persediaan lengkap di ruangan.

Pendistribusian perbekalan farmasi untuk persediaan di ruang rawat merupakan tanggung jawab perawat ruangan. Setiap ruang rawat harus mempunyai penanggung jawab obat. Perbekalan yang disimpan tidak dalam jumlah besar dan dapat dikontrol secara berkala oleh petugas farmasi.

- b. Sistem resep perorangan.

Pendistribusian perbekalan farmasi resep perseorangan/pasien rawat jalan dan rawat inap melalui Instalasi Farmasi.

- c. Sistem unit dosis.

Pendistribusian obat-obatan melalui resep perseorangan yang disiapkan, diberikan/digunakan dan dibayar dalam unit dosis tunggal atau ganda, yang berisi obat dalam jumlah yang ditetapkan atau jumlah yang cukup untuk penggunaan satu kali dosis biasa.

2.3. Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)

Jamkesmas merupakan program yang diselenggarakan Pemerintah Republik Indonesia dalam memberikan pelayanan kesehatan gratis bagi masyarakat miskin yang menggantikan program sebelumnya yaitu Asuransi Kesehatan untuk Masyarakat

Miskin (Askeskin). Jumlah masyarakat miskin yang senantiasa meningkat dari tahun 2005 ke tahun 2007 dan membutuhkan pelayanan kesehatan gratis, menyebabkan Pemerintah memperluas sasaran cakupan penerima program Jamkesmas ini yaitu yang semula masyarakat miskin dan sangat miskin ditambah dengan yang tidak mampu. Sehingga dari 36.146.700 orang di tahun 2005, menjadi 60.000.000 orang pada semester II tahun 2005 dan jumlah sasaran pada tahun 2007 menjadi 76.400.000 orang (<http://www.jpkm-online.net>)

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 (JPKMM). 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 yang diganti namanya menjadi jaminan kesehatan masyarakat. Perubahan mekanisme yang mendasar pada program Jamkesmas ini adalah :

- adanya pemisahan peran pengelola, pembayar dan verifikator (penguji kebenaran klaim),
- pembentukan verifikator yang independen yang ditempatkan disetiap rumah sakit sejumlah 1600 orang di seluruh Indonesia, dengan rasio 1 orang untuk 100 tempat tidur, untuk meningkatkan fungsi pengawasan dan kecepatan klaim,
- peningkatan kendali mutu dan kendali biaya di RS (PPK) yang berupa paket INA-DRG (*Indonesia Diagnosis Related Groups*) sesuai dengan diagnosa atau tindakan yang dilaksanakan, yang ditetapkan oleh Depkes,
- penugasan PT Askes (Persero) dalam manajemen kepesertaan untuk menghindari penyalah-gunaan atau ketidaktepatan sasaran dengan membuat database dan distribusi kartu ke seluruh peserta Jamkesmas. Pemerintah

kota/kabupaten dilibatkan dengan mengajukan dan menetapkan jumlah orang miskin lengkap dengan nama dan alamatnya sesuai kuota yang ada pada data BPS,

- pembentukan tim pengelola dan tim koordinasi di tingkat Pusat, Propinsi dan Kabupaten/Kota, penyaluran dana langsung ke Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dari Kas Negara.

Sehingga melalui upaya perubahan ini, program Jamkesmas diharapkan dapat dilaksanakan dengan efisien, efektif, transparan dan akuntabel.

2.3.1 Peserta Jamkesmas

Adalah setiap orang miskin dan tidak mampu yang terdaftar dan memiliki kartu peserta Jamkesmas yang diterbitkan oleh PT Askes.

2.3.2 Tujuan dan Sasaran

Adapun tujuan penyelenggaraan Jamkesmas adalah :

- Tujuan Umum ; meningkatkan 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 :
 - meningkatnya cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di rumah sakit,
 - meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin,
 - terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

Sedangkan sasaran program ini adalah masyarakat miskin dan tidak mampu diseluruh Indonesia sejumlah 76,4 juta jiwa, tidak termasuk yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya. (DepKes, 2008).

2.3.3 Manfaat Yang Diperoleh Peserta Jamkesmas

Pada dasarnya manfaat yang disediakan untuk peserta Jamkesmas bersifat komprehensif sesuai indikasi medis, kecuali beberapa hal yang dibatasi dan tidak dijamin. Pelayanan kesehatan komprehensif tersebut antara lain pelayanan kesehatan Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL) di Rumah Sakit, yang dilaksanakan pada ruang perawatan kelas III RS Pemerintah yang meliputi: akomodasi rawat inap pada kelas

III, konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan, penunjang diagnostik (laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik), tindakan medis, operasi sedang dan besar, pelayanan rehabilitasi medis, perawatan intensif (ICU, ICCU), pemberian obat mengacu Formularium Jamkesmas, pelayanan darah, bahan dan alat kesehatan habis pakai, persalinan dengan resiko tinggi dan penyulit.

2.3.4 Ketentuan mengenai kebutuhan obat dan bahan habis pakai di Rumah Sakit

- a) Instalasi farmasi/Apotik Rumah sakit bertanggung jawab menyediakan semua obat dan bahan habis pakai untuk pelayanan kesehatan masyarakat miskin yang diperlukan. Agar terjadi efisiensi pelayanan obat dilakukan dengan mengacu kepada Formularium obat Jamkesmas.
- b) Apabila terjadi kekurangan atau ketiadaan obat sebagaimana butir a) maka Rumah sakit berkewajiban memenuhi obat tersebut melalui koordinasi dengan pihak-pihak terkait.
- c) Bila terjadi peresepan obat diluar Formularium Jamkesmas maka pihak rumah sakit bertanggung jawab menanggung selisih harga tersebut.
- d) Pemberian obat di rumah sakit menerapkan prinsip *one day dose dispensing*
- e) Instalasi Farmasi/ Apotik Rumah Sakit dapat mengganti obat sebagaimana butir a) dengan obat-obatan yang sejenis dan harganya sepadan dengan sepengetahuan dokter penulis resep.
- f) Untuk pasien Jamkesmas yang memerlukan obat *emergency* di luar Formularium Jamkesmas, dapat diberikan dengan persetujuan Komite Medik Rumah sakit.

2.4 Kepuasan Pelanggan/Pasien

2.4.1. Definisi Kepuasan

Gregory Pascoe(1983), dalam teori *Contrast and Assimilation Models* mendefinisikan bahwa kepuasan pasien adalah sesuainya harapan pasien dengan perlakuan yang diterimanya selama dalam perawatan. Sedangkan Wiliam Krowinski dan Steven Steiber (1996), mendefinikan kepuasan pasien adalah evaluasi yang positif dari dimensi pelayanan yang spesifik dan didasari pada harapan pasien dan pelayanan yang diberikan oleh provider.

Kepuasan pasien adalah salah satu indikator kinerja rumah sakit umum (Soejadi, 1996). Selanjutnya Soejadi menyatakan bahwa kepuasan pasien adalah tingkat kepuasan pelayanan pasien berdasarkan persepsi pasien dan keluarga terdekatnya. Kepuasan pasien akan tercapai apabila diperoleh hasil yang optimal bagi setiap pasien dan pelayanan kesehatan memperhatikan kemampuan pasien dan keluarganya seperti adanya perhatian terhadap keluhan, kondisi lingkungan fisik, dan tanggap kepada atau memprioritaskan kebutuhan pasien sehingga tercapai keseimbangan yang sebaik-baiknya.

Menurut Philip Kotler (2003), kepuasan pelanggan adalah tingkat keadaan yang dirasakan seseorang yang merupakan hasil dari membandingkan penampilan atau outcome yang dirasakan dalam hubungannya dengan harapan seseorang. Sedangkan Gasperz (2005) menyatakan bahwa kepuasan pelanggan merupakan suatu keadaan dimana kebutuhan, keinginan dan harapan pelanggan dapat terpenuhi melalui produk yang dihasilkan.

Indikator kualitas terhadap kepuasan pasien menurut Nelson, Carl (1990) adalah ketercapaian pelayanan, teknik manajemen administrasi, teknik manajemen klinik, manajemen antar manusia, kesinambungan pelayanan dan kepuasan umum.

Hasil penelitian pakar lainnya Elliot, Dunaye dan Johnson (1991) pada klinik "*Medicare Health Maintenance Organization*", mendapatkan adanya hubungan kepuasan pasien secara berurutan sebagai berikut yaitu dokter, layanan yang diberikan, pegawai administrasi dan pembantu medis, hasil layanan, lokasi klinik, dan perjanjian serta bangunan klinik dan waktu menunggu.

2.4.2 Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepuasan pasien

Dari berbagai penelitian yang telah dilakukan, diketahui bahwa kepuasan pasien dipengaruhi oleh karakteristik pasien itu sendiri. Dengan pelayanan yang sama pada kasus yang berbeda dapat terjadi perbedaan tingkat kepuasan. Faktor sosiodemografi seperti kedudukan sosial, tingkat ekonomi, latar belakang pendidikan, umur, budaya dan sebagainya dapat mempengaruhi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan yang dirasakan (Carr-Hill, 1992; Gonzales, 1967; Anderson, 1985; Hays, 1991).

1. Jenis kelamin.

Lumenta (1989), mengatakan bahwa jenis kelamin mempengaruhi tingkat kepuasan, jenis kelamin laki-laki memiliki harapan dan tuntutan yang lebih besar atau cenderung lebih tidak puas terhadap pelayanan kesehatan. Menurut Sawonto (1986), jenis kelamin mempengaruhi persepsi dan harapan pasien untuk memenuhi kebutuhannya termasuk pada pelayanan kesehatan.

2. Pendidikan.

Kelompok masyarakat dengan pendidikan yang tinggi, karena pengetahuan yang dimilikinya, mereka cenderung menuntut pelayanan dengan kualitas yang lebih baik. Peningkatan taraf pendidikan masyarakat membuat kebutuhan mereka terhadap pelayanan kesehatan tidak cukup hanya dengan pelayanan kesehatan dasar saja (Carr-Hill,1992; Lumenta,1989).

3. Umur.

Hall dan Dorman (1990), berpendapat bahwa ada beberapa hal yang mungkin menjadi alasan mengapa karakteristik umur mempengaruhi tingkat kepuasan pasien. Pasien tua lebih merasa puas dibandingkan dengan pasien muda sementara dokter dan perawat lebih responsif terhadap pasien yang lebih tua. Sementara itu menurut Aday (1980) dalam penelitiannya tentang pelayanan kesehatan, pasien yang berumur muda lebih banyak menyatakan tidak puas bila dibandingkan dengan mereka yang berumur tua. Usia yang lebih tua menyatakan tingkat kepuasan relatif lebih tinggi yang didukung kematangan berpikir. Kelompok umur yang produktif memiliki semangat yang tinggi, juga memiliki harapan, dan tuntutan yang lebih besar dibandingkan umur tua.

4. Jumlah/ukuran keluarga.

Spelgil, et al (1980), mengemukakan bahwa ukuran keluarga juga mempengaruhi tingkat kepuasan pasien. Pasien yang berasal dari keluarga besar umumnya memiliki tingkat kepuasan yang rendah.

5. Kedudukan sosial; tingkat ekonomi.

Pada penelitian Hays (1991), mengungkapkan kedudukan sosial pasien berkorelasi negatif terhadap kepuasan pasien. Pasien yang berkedudukan sosial tinggi mempunyai harapan layanan kesehatan yang tinggi pula dan mereka kecewa karena harapan mereka tidak sesuai dengan yang dialami.

Begitu pula dengan ekonomi, dimana semakin baik tingkat ekonomi maka semakin besar pula tuntutan mereka terhadap pelayanan sehingga mereka cenderung tidak puas terhadap layanan yang diberikan bila tidak sesuai dengan harapan.

2.4.3 Dimensi yang Diukur Dalam Menentukan Kepuasan Pasien Rumah Sakit

Menurut Jacobalis (1992) kepuasan pasien menyangkut kepuasan fisik, mental dan sosial pasien seperti kepuasan terhadap lingkungan rumah sakit, kebersihan, kenyamanan, kecepatan pelayanan, keramahan petugas, perhatian petugas, makanan dan sebagainya.

Sedangkan Krowinski dan Steiber (1996) menyatakan bahwa terdapat 6 dimensi yang diukur untuk mengetahui kepuasan pasien rawat inap secara umum saat pasien akan masuk ketempat pelayanan kesehatan dan ketika pasien akan keluar dari rumah sakit tersebut.yaitu : pelayanan dokter, pelayanan keperawatan, pelayanan makanan, penyediaan sarana medis dan non medis, administrasi dan keadaan ruang rawat.

1. Pelayanan Dokter.

Tenaga medis adalah ahli kedokteran yang fungsi utamanya memberikan pelayanan medis kepada pasien dengan mutu yang sebaik-baiknya dengan tata cara dan teknik berdasarkan ilmu kedokteran dan etika yang berlaku serta dapat dipertanggung jawabkan (Wilson, 1995; Widjojono, 1999). Walaupun frekuensi pertemuan antara dokter dan pasien lebih sedikit jika dibandingkan pertemuan perawat dengan pasien, tetapi pelayanan medis sama pentingnya dengan pelayanan keperawatan dalam memenuhi kepuasan pasien. Pasien pada saat datang untuk berobat mengharapkan mereka akan sembuh dari penyakitnya, pelayanan dokter yang berkualitas akan membuat pasien lebih merasa puas.

Para dokter/tenaga medis yang ditempat pelayanan kesehatan diharapkan mempunyai ketrampilan dan pengetahuan sesuai standar terapi yang telah ditetapkan etika kedokteran. Selain itu para tenaga medis juga diharapkan mempunyai kemampuan mendengarkan, menjawab dan menjelaskan semua keluhan dan pertanyaan dari pasien terutama yang berhubungan dengan penyakit. Perhatian personal terhadap pasien juga harus diberikan oleh para tenaga medis yang dapat

dilihat melalui waktu yang diberikan dokter terhadap pasien dan kemudahan untuk menghubungi dokter bila diperlukan (Krowinski, 1996).

2. Pelayanan Keperawatan.

Pelayanan keperawatan mempunyai peran yang sangat besar dalam menentukan kepuasan pasien, karena hampir sebagian besar waktu pasien rawat inap selama ditempat pelayanan kesehatan akan dilayani oleh perawat. Pelayanan keperawatan merupakan salah satu faktor penentu baik buruknya mutu citra tempat pelayanan kesehatan yang akan mempengaruhi kepuasan pasien. Oleh karena itu semua proses dan rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang diberikan kepada pasien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan yang menggunakan pendekatan proses keperawatan harus berpedoman pada standar prosedur operasional keperawatan, juga dilandasi oleh etika dan etiket keperawatan dalam lingkup wewenang dan tanggung jawab perawat tersebut.

Hal-hal yang dapat mempengaruhi kepuasan pasien dari faktor pelayanan keperawatan ini antara lain ketrampilan dan kemampuan dari perawat, cara komunikasi antara perawat dengan pasien, perhatian personalnya pada pasien, kemauan dan kesigapan para perawat untuk memberikan jasa perawatan yang dibutuhkan pasien, tanggung jawab dan konsistensi kerjanya dan dapat memberikan rasa aman dan percaya.

3. Situasi Lingkungan.

Lingkungan tempat pasien berada akan sangat mempengaruhi kepuasan pasien. Dalam hal ini lingkungan dapat dibagi menjadi lingkungan di dalam ruangan dan lingkungan di luar ruangan. Lingkungan yang baik akan menimbulkan rasa aman bagi pasien yang akan menghasilkan kepuasan bagi pasien tersebut.

Rumah sakit telah mempunyai dasar acuan tentang persyaratan kesehatan lingkungan rumah sakit, menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 982 tahun 1992 antara lain :

- a. lokasi atau lingkungan rumah sakit yang tenang, nyaman, aman, terhindar dari pencemaran dan selalu dalam keadaan bersih;

- b. ruangnya, lantai dan dinding bersih, penerangan cukup, tersedia tempat sampah, bebas bau yang tidak sedap, bebas dari gangguan serangga, tikus dan lainnya, lubang ventilasi yang cukup; dan
- c. atap, langit-langit dan pintu sesuai dengan syarat yang telah ditentukan.

Selain faktor-faktor yang mempengaruhi kenyamanan dan keamanan bagi pasien seperti adanya alat komunikasi untuk menghubungi perawat, ketenangan lingkungan, kebersihan ruangan serta fasilitas yang terdapat dalam kamar (Krowinski, 1996).

4. Pelayanan Makanan.

Pelayanan makanan merupakan salah satu faktor yang sangat penting dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Makanan merupakan salah satu faktor penunjang dalam menjaga dan memulihkan kesehatan pasien, misalnya makanan yang diberikan untuk penderita Diabetes Melitus akan berbeda dengan makanan yang diberikan untuk penderita gagal ginjal, tergantung dari diet penyakit masing-masing dan lebih dari itu cita rasa yang diberikan harus bisa membangkitkan selera pasien, juga nilai gizi yang terkandung dalam makanan tersebut; oleh karenanya para ahli ditempat pelayanan harus mempunyai ketrampilan, pengetahuan dan tanggung jawab profesional (Krowinski, 1996; Wilson, 1995).

Selain itu waktu pemberian makanan dan tata cara penyajiannya harus dapat memenuhi harapan pasien selain itu makanan yang disajikan harus bervariasi dari hari ke hari.

5. Pelayanan Administrasi.

Pada saat pasien akan masuk dan meninggalkan tempat pelayanan kesehatan, pasien akan dihadapkan dengan prosedur administrasi. Personal yang menangani bagian administrasi harus tampil dan profesional di mulai dari registrasi pasien saat akan masuk, petugas administrasi harus memberikan semua penjelasan tentang tarif pelayanan, cepat dan efisien dalam memproses registrasi, begitu juga saat akan keluar, pasien akan mendapat penjelasan tentang tagihan yang diterima. Proses yang cepat dan efisien pada saat akan keluar, akurasi dari tagihan yang diberikan dan mampu menjawab semua pertanyaan yang berhubungan dengan proses administrasi. Intinya pada saat pasien akan masuk sampai keluar, mereka akan mudah

mendapatkan informasi yang jelas, kemudahan dalam proses dan yang tak kalah pentingnya tarif yang wajar sesuai dengan fasilitas yang didapat (Krowinski, 1996, Mc.Laughin, 1994).

6. Pelayanan Farmasi.

Pelayanan farmasi di rumah sakit dilakukan oleh Instalasi farmasi rumah sakit. (IFRS) yang dalam melaksanakan tugas dan pelayanannya mempunyai berbagai fungsi yang dapat digolongkan menjadi fungsi non klinik dan klinik. Pelayanan farmasi yang dilakukan dengan baik merupakan faktor penentu kepuasan pasien. Kemudahan untuk mendapatkan obat yang dibutuhkan ketika pasien dirawat di rumah sakit serta ketersediaan obat merupakan faktor penting dalam pelayanan kesehatan bagi pasien di rumah sakit. Selain itu, diharapkan bahwa pasien menerima obat yang tepat, berkaitan dengan manfaat, keamanan (dalam pengertian tidak ada kontara indikasi yang terjadi dan kemungkinan reaksi merugikan adalah minimal) dan kesesuaian biaya bagi penderita; dalam dosis yang memenuhi keperluan individual sendiri; untuk periode waktu yang memadai termasuk informasi yang tepat bagi penderita tentang obat yang ditulis oleh dokter dan kepatuhan penderita pada pengobatannya.

Menurut Prof. Dr. Charles Siregar (2003), IFRS merupakan tempat pengadaan, formulasi, manufaktur, pengemasan, pengendalian, pemeriksaan mutu, penyimpanan, distribusi, pemantauan semua obat dan sediaan obat yang digunakan di rumah sakit, baik untuk penderita rawat inap maupun untuk penderita rawat jalan. Hal ini berarti bahwa pelayanan farmasi bertanggung jawab atas pengawasan kualitas dan kuantitas sediaan farmasi yaitu persediaan sediaan farmasi harus cukup setiap saat dan memenuhi standard mutu, khasiat dan keamanannya.

Sebagaimana yang dinyatakan oleh Gennaro, A.R (1990) dalam *Remington's Pharmaceutical Sciences* bahwa selain dari semua fungsi tradisional tersebut, pelayanan kefarmasian dalam suatu rumah sakit juga mencakup tanggung jawab besar terhadap keamanan dan ketepatan penggunaan obat pada penderita, antara lain seleksi obat rasional, pemantauan, dan pengendalian program terapi obat menyeluruh dari penderita. Dimensi tambahan ini mensyaratkan penerapan layanan berorientasi

penderita, yang sasarannya adalah terapi yang rasional (Charles Siregar, 2003). Untuk itu apoteker dapat memberikan konsultasi dan/atau konseling bagi penderita tentang cara terbaik mengkonsumsi obat dan apoteker berada dalam posisi untuk membantu penderita memantau pengaruh positif dan negatif dari terapi mereka.

2.4.4 Mengukur Kepuasan Pasien

Mengukur kepuasan pasien merupakan hal yang penting, karena pasien adalah orang yang merasakan bagaimana pelayanan yang telah diberikan dari suatu pelayanan kesehatan. Mereka dapat menentukan seperti apa dan bagaimana kualitas pelayanan yang diterima dan dapat menyampaikan apa dan bagaimana yang menjadi kebutuhan mereka. Pengukuran terhadap kepuasan pasien dapat memberikan umpan balik dan masukan bagi keperluan pengembangan dan implementasi strategi peningkatan kepuasan pasien.

Menurut Kottler (2003), terdapat beberapa metode untuk mengukur kepuasan pelanggan yaitu:

1. Sistem Keluhan dan Saran.

Organisasi yang berorientasi pada pelanggan (*customer oriented*) memberikan kesempatan yang seluas-luasnya kepada para pelanggannya untuk menyampaikan saran pendapat dan keluhan mereka, dalam hal ini media yang digunakan dapat berbentuk :

- a. Kotak saran yang diletakkan ditempat-tempat yang mudah dijangkau dan sering dilewati pasien.
- b. Menyediakan kartu komentar yang bisa diisi langsung ataupun dikirim melalui pos.
- c. Menyediakan saluran telepon khusus bagi pasien.

Keuntungan dari metode ini adalah dapat memberikan ide-ide baru dan masukan yang berharga bagi tempat pelayanan kesehatan tersebut, sehingga memungkinkan memberikan respon yang cepat dan tanggap terhadap setiap masalah yang timbul. Kerugian dari metode ini adalah sulitnya mendapatkan gambaran yang lengkap mengenai kepuasan pasien karena tidak semua pasien menyampaikan keluhannya. Upaya untuk mendapatkan saran juga sulit diwujudkan dengan metode ini.

2. *Ghost Shopping.*

Metode ini dilaksanakan dengan mempekerjakan orang (*ghost shopper*) yang berperan atau bersikap sebagai pengguna jasa potensial provider dan pesaing, kemudian menyampaikan temuan-temuannya baik berupa kekuatan maupun kelemahan jasa layanan pesaing berdasarkan pengalaman mereka menggunakan jasa tersebut. Selain itu para *ghost shopper* juga dapat mengamati cara penanganan setiap keluhan.

3. *Lost Customer Analysis.*

Pemberi jasa layanan seyogyanya menghubungi para pelanggan yang telah berhenti menggunakan jasanya atau telah pindah agar dapat memahami mengapa hal itu terjadi. Bukan hanya *exit interview* saja yang perlu, tetapi pemantauan *customer lost rate* juga penting karena peningkatan *customer lost rate* menunjukkan kegagalan pemberi jasa layanan dalam memuaskan pelanggan.

4. *Survey Kepuasan Pelanggan.*

Umumnya penelitian mengenai kepuasan pelanggan dilakukan dengan penelitian survey, baik melalui pos, telephon, e-mail, websites maupun wawancara langsung (Peterson&Wilson, 1992 dikutip dalam Fandy Tjiptono dan Gregorius Chandra,2005). Dengan menggunakan metode survey, pemberi layanan akan memperoleh tanggapan dan umpan balik secara langsung dari pelanggan dan juga memberikan sinyal positif bahwa provider menaruh perhatian terhadap pelanggannya. Pengukuran kepuasan pelanggan melalui metode ini dapat dilakukan dengan berbagai cara, diantaranya:

a. *Directly Reported Satisfaction.*

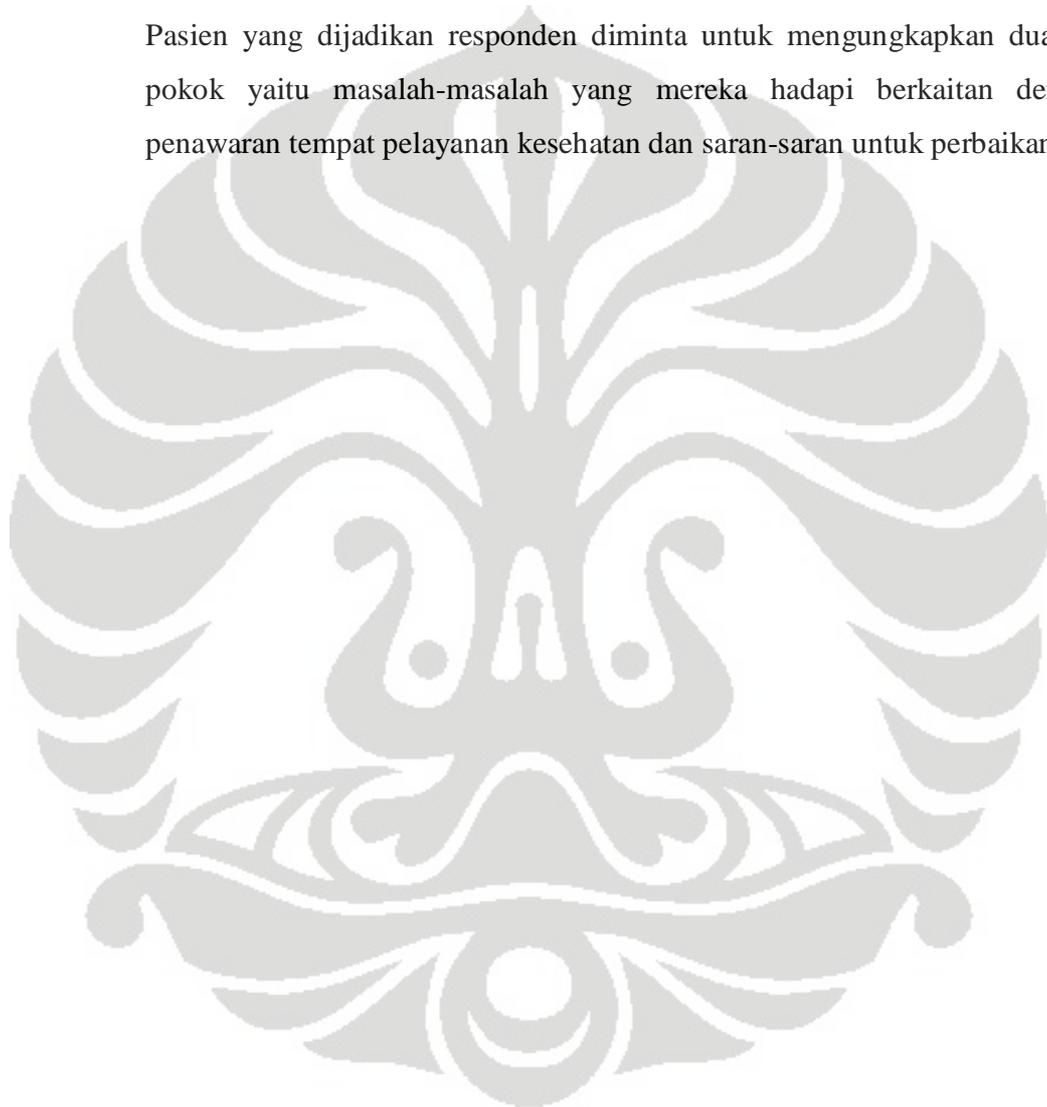
Pengukuran dilakukan menggunakan pertanyaan-pertanyaan spesifik yang menanyakan langsung tingkat kepuasan pelanggan, dimana pertanyaan tersebut dibagi berdasarkan skala. Sebagai ilustrasi, studi yang dilakukan oleh Soderlund (2003) menunjukkan bahwa dua ukuran kepuasan, yaitu *Current Customer Satisfaction* (CCS) dan *Anticipated Customer Satisfaction* (ACS), berkaitan erat dan tidak berbeda secara signifikan, meskipun CCS lebih bagus dibandingkan ACS dalam menjelaskan minat berperilaku dimasa datang. (Fandy Tjiptono dan Gregorius Chandra, 2005).

b. Derived Dissatisfaction.

Pertanyaan dilakukan menyangkut dua hal utama yakni besarnya harapan pasien terhadap hal tertentu dan besarnya kinerja yang mereka rasakan.

c. Problem Analysis.

Pasien yang dijadikan responden diminta untuk mengungkapkan dua hal pokok yaitu masalah-masalah yang mereka hadapi berkaitan dengan penawaran tempat pelayanan kesehatan dan saran-saran untuk perbaikan.



BAB 3 METODE PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Desain penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* (potong lintang) melalui pendekatan metode kuantitatif untuk mendapatkan gambaran tingkat kepuasan keluarga pasien terhadap pelayanan farmasi dan pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit yang dilanjutkan dengan analisa hubungan beberapa variabel bebas dengan kepuasan keluarga pasien.

3.2. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Gedung Teratai dan Gedung Prof. Dr. Soelarto RSUP Fatmawati, Jakarta mulai 16 Pebruari 2009 hingga 28 April 2009.

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi dari penelitian adalah seluruh keluarga pasien peserta Jamkesmas yang menerima pelayanan rawat inap di RSUP Fatmawati pada bulan Februari hingga April 2009.

3.3.2. Sampel (Responden)

Sampel dalam penelitian adalah responden yaitu keluarga (ayah, ibu, suami, istri, kakak, adik atau anak) pasien yang menjaga dan bertanggung jawab terhadap kondisi pasien yang dirawat inap di RSUP Fatmawati antara bulan Februari hingga April 2009 dan memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut:

- Keluarga dari pasien yang mempunyai kartu peserta Jamkesmas, menjalani perawatan di rumah sakit selama minimal 2 x 24 jam dan pulang pada hari kerja (Senin sampai dengan Jum'at) jam 8.00 hingga 16.00.
- Berusia 15 tahun ke atas.

Kriteria Eksklusi:

- Tidak bersedia diwawancarai.

3.3.3 Jumlah Sampel

Besarnya sampel minimal penelitian ini dihitung berdasarkan rumus (Lemeshow, 1991) :

$$n = \frac{Z^2 p(1-p)}{d^2}$$

$$N = \frac{(1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}{(0,1)^2} = 96$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel.

Z = derajat kemaknaan 95% dengan nilai 1,96.

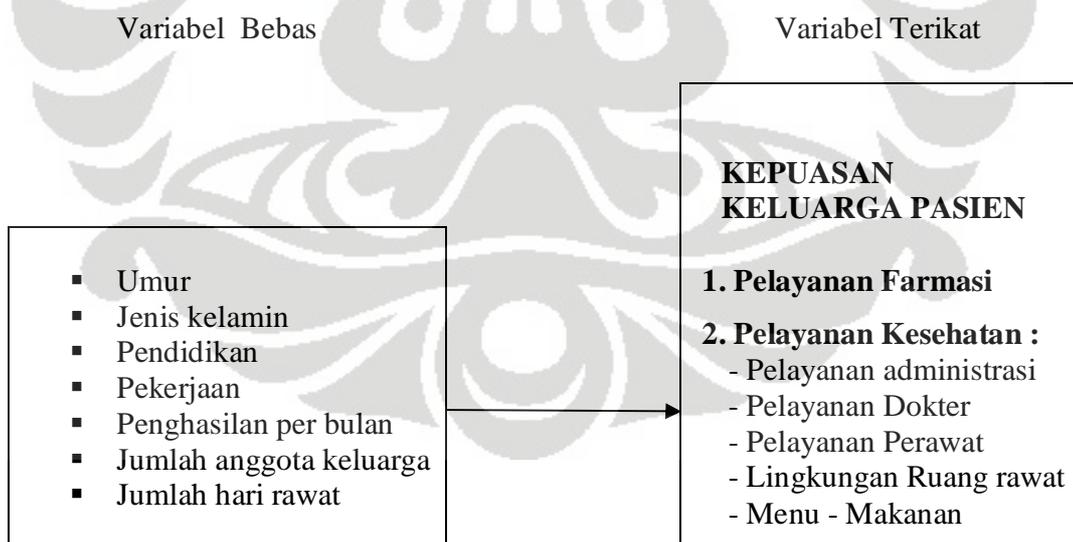
p = proporsi pasien yang puas terhadap pelayanan rawat jalan rumah sakit.

= 0,5

d = presisi = 0,1

Berdasarkan rumus dan perhitungan diatas maka didapat besar sampel minimal sebanyak 96. Untuk mengantisipasi terjadinya kehilangan sampel pada waktu pengukuran yang dapat menyebabkan jumlah sampel minimal tidak terpenuhi, maka jumlah sampel ditambah hingga 102 orang.

3.4. Kerangka Konsep



3.5 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Alat Ukur	Hasil ukur	Skala
VARIABEL TERIKAT					
Kepuasan Keluarga Pasien terhadap Pelayanan Farmasi	Persepsi yang diungkapkan responden terhadap pelayanan farmasi yang diterima oleh pasien rawat inap (keluarganya)	Wawancara	Kuesioner	- Tidak puas - Puas	Nominal
Kepuasan Keluarga Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	Persepsi yang diungkapkan responden terhadap pelayanan kesehatan yang diterima oleh pasien (keluarganya), yang meliputi pelayanan administrasi, pelayanan dokter, pelayanan perawat, lingkungan ruang rawat dan menu-makanan	Wawancara	Kuesioner	- Tidak puas - Puas	Nominal
VARIABEL BEBAS					
Umur	Usia responden hingga saat wawancara (dalam tahun)	Wawancara	Kuesioner	- ≤ 35 tahun - > 35 tahun	Nominal
Jenis kelamin	Perbedaan yang menunjukkan perbedaan pasien laki-laki dan perempuan	Wawancara	Kuesioner	- laki-laki - perempuan	Nominal
Pendidikan	Sekolah formal tertinggi yang pernah diselesaikan responden	Wawancara	Kuesioner diukur dengan skoring : 1=tidak sekolah 2= SD 3= SMP 4= SMU 5= Sarjana	- pendidikan dasar - pendidikan lanjut	Nominal
Pekerjaan	Kegiatan yang dilakukan untuk memperoleh biaya dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari.	Wawancara	Kuesioner diukur dengan skoring	- tidak bekerja - bekerja	Nominal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Pendapatan per bulan	Penghasilan/upah/gaji rata-rata yang diperoleh selama 1 bulan	Wawancara	Kuesioner	- dibawah 1 juta - diatas 1 juta	Nominal
Jumlah anggota keluarga	Banyaknya orang yang memiliki hubungan kekeluargaan yang tinggal dalam rumah tangga dan menjadi tanggung jawabnya.	Wawancara	Kuesioner	- Keluarga Kecil - Keluarga besar	Nominal
Jumlah hari Rawat	Jumlah hari pasien mendapatkan perawatan di rumah sakit mulai dari masuk rumah sakit hingga pulang.	Wawancara	Kuesioner	- Sampai dengan 5 hari - Lebih dari 5 hari	Nominal

3.6. Pengumpulan data

Data yang dikumpulkan adalah data primer yang diperoleh dengan cara wawancara dengan keluarga pasien peserta Jamkesmas melalui kuesioner, yang dilakukan oleh peneliti. Sebelum wawancara dilakukan, peneliti memberikan penjelasan lebih dulu mengenai isi dari kuesioner dan maksud penelitian.

Sebelum dipergunakan dalam pengumpulan data, kuesioner terlebih dahulu diujicobakan oleh peneliti kepada 25 keluarga pasien (responden). Uji coba ini bertujuan untuk melihat apakah pertanyaan yang diajukan cukup jelas dan dapat dimengerti dengan baik oleh responden.

Untuk mengetahui validitas suatu instrumen (dalam hal ini kuesioner) dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Suatu variabel (pertanyaan) dikatakan valid bila variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya. Teknik korelasi yang digunakan korelasi *Person Product Moment* :

$$r = \frac{N(\sum XY) - (\sum X \sum Y)}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2][n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Bila r hitung lebih besar dari r tabel \rightarrow H_0 ditolak, artinya variabel valid.

Bila r hitung lebih kecil dari r tabel \rightarrow H_0 gagal ditolak, artinya variabel tidak valid.

Jika pertanyaan tidak valid maka pertanyaan tersebut dibuang. Pertanyaan-pertanyaan yang sudah valid kemudian secara bersama-sama diukur reliabilitasnya.

Hasil dari analisis diperoleh bahwa masing-masing variabel pada kuesioner memiliki nilai r hasil hitung $> 0,396$ (r tabel), dengan demikian pertanyaan tersebut valid.

Uji reliabilitas dilakukan untuk mengetahui sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran kembali terhadap gejala yang sama dengan alat ukur yang sama. Untuk mengetahui reliabilitas dilakukan dengan cara melakukan uji Cronbach Alpha yaitu:

Bila Cronbach Alpha $\geq 0,6$ \rightarrow artinya variabel reliabel.

Bila Cronbach Alpha $\leq 0,6$ \rightarrow artinya variabel tidak reliabel.

Hasil dari uji reliabilitas untuk seluruh pertanyaan dalam kuesioner (50 pertanyaan) diperoleh nilai r Alpha 0,971. Sedangkan hasil uji reliabilitas dari masing-masing variabel pada kuesioner adalah sebagai berikut :

1. Variabel Pelayanan Administrasi, diperoleh nilai r Alpha 0,943
2. Variabel Pelayanan Dokter, diperoleh nilai r Alpha 0,876
3. Variabel Pelayanan Perawat, diperoleh nilai r Alpha 0,913
4. Variabel Pelayanan Farmasi, diperoleh nilai r Alpha 0,917
5. Variabel Lingkungan Ruang Rawat, diperoleh nilai r Alpha 0,819
6. Variabel Menu-makanan, diperoleh nilai r Alpha 0,818

Dari hasil diatas ternyata masing-masing variabel memiliki nilai r Alpha lebih besar dari nilai 0,6 maka pertanyaan dalam kuesioner dinyatakan mempunyai konsistensi internal yang baik (*reliabel*) sehingga layak digunakan sebagai instrumen untuk pengumpulan data dalam penelitian ini.

3.7 Pengolahan dan Analisa Data

Pengolahan data dilakukan secara statistik yang menggunakan program komputer dengan melalui beberapa tahap yaitu :

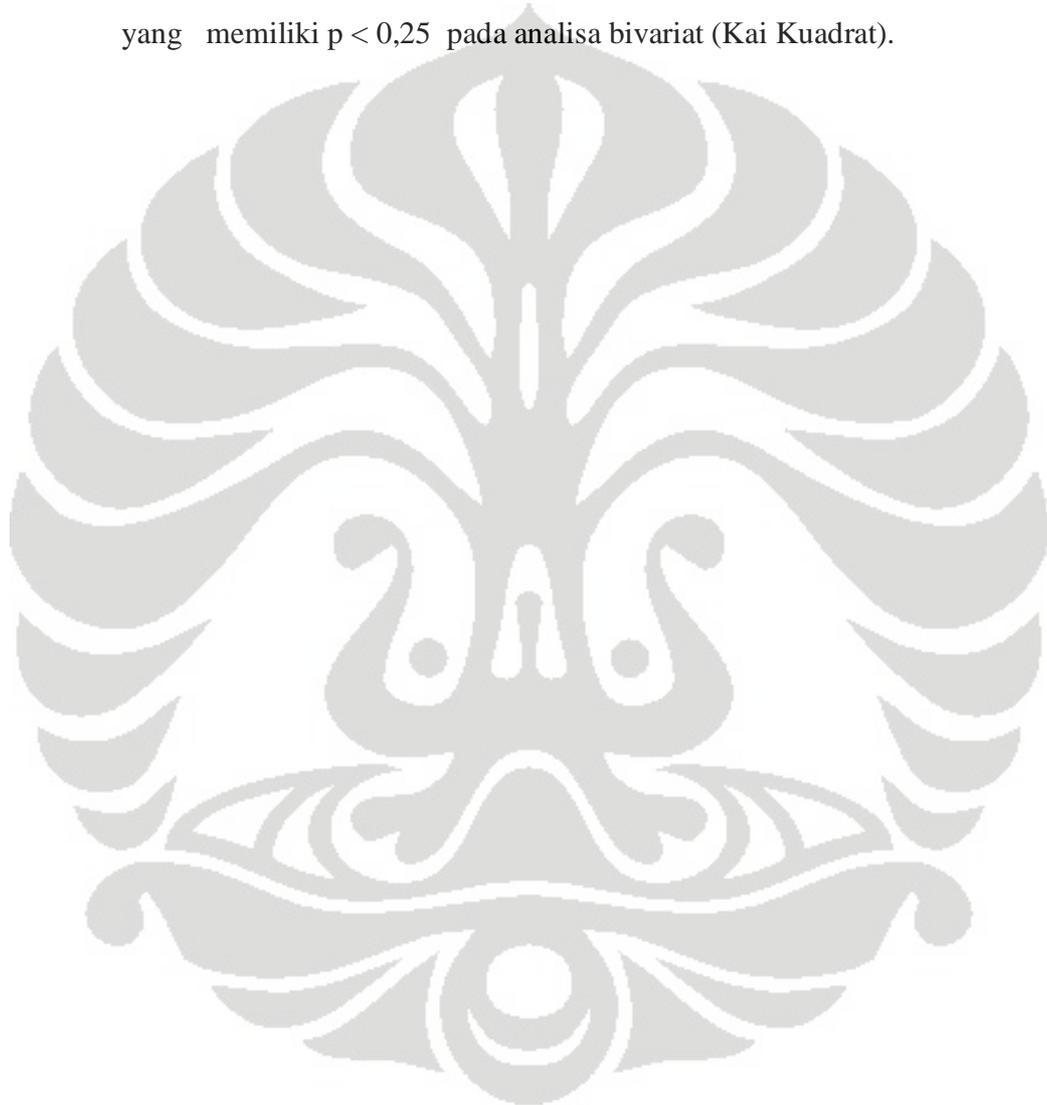
1. Editing data (Pemeriksaan data).

Kegiatan mengecek semua data yang terkumpul dengan cara pemeriksaan kelengkapan data. Bila data kurang lengkap dapat langsung diketahui dan langsung diperbaiki ditempat pengumpulan data. Tujuannya adalah untuk mengetahui apakah setiap kuesioner telah diisi sesuai petunjuk, dan untuk melihat kelengkapan data dan keakuratan data.

2. Koding data,
yaitu memberi kode dari setiap jawaban yang ada di setiap pertanyaan, dengan tujuan mempermudah peneliti dalam mengolah data tersebut.
3. Entry data,
adalah kegiatan memasukkan data sebagai bahan masukan untuk pengolahan data dengan menggunakan komputer.
4. Cleaning data.
Pembersihan data untuk mencegah kesalahan yang mungkin terjadi, dalam hal ini tidak diikuti sertakan nilai hilang (*missing value*) dalam analisis dan data yang tidak sesuai atau diluar range penelitian.
5. Analisis data.
 - a. Analisa Univariat.
Analisa univariat dilakukan untuk mendapatkan gambaran distribusi responden atau variasi dari variabel yang diteliti. Analisis ini digunakan untuk mendeskriptifkan variabel bebas dan terikat dengan cara membuat tabel distribusi frekuensi.
 - b. Analisis Bivariat.
Analisa bivariat yang dilakukan berupa tabulasi silang antar dua variabel, yaitu variabel bebas dan terikat. Analisa bivariat yang digunakan adalah Uji Kai Kuadrat (Chi Square) untuk menilai atau melihat beda proporsi masing-masing variabel bebas dengan variabel terikat dan identifikasi variabel bebas yang bermakna. Dan untuk menguji kemaknaan hubungan, digunakan tingkat kepercayaan 95% dimana nilai p pada tingkat kepercayaan 95% sebagai berikut:
 $p > 0,05$ menunjukkan hasil adalah tidak bermakna
 $p < 0,05$ menunjukkan hasil adalah bermakna.

c. Analisis Multivariat.

Analisa multivariat dilakukan untuk mengetahui variabel bebas mana yang paling dominan berhubungan dengan tingkat kepuasan keluarga pasien rawat inap peserta Jamkesmas dengan menggunakan uji analisa regresi logistik. Variabel yang diikutsertakan dalam analisa multivariat adalah variabel yang memiliki $p < 0,25$ pada analisa bivariat (Kai Kuadrat).



BAB 4 HASIL PENELITIAN

Penelitian mengenai kepuasan keluarga pasien rawat inap peserta Jamkesmas terhadap pelayanan farmasi dan pelayanan kesehatan di Rumah sakit Umum Pusat Fatmawati, Jakarta dilakukan pada tanggal 16 Pebruari sampai dengan 28 April 2009. Hasil penelitian merupakan data primer yang diperoleh dari hasil wawancara peneliti dengan responden menggunakan kuesioner.

Wawancara dilakukan kepada responden pada saat mengurus keperluan pasien/keluarganya. Jumlah responden yang diwawancarai sebanyak 105 orang, tetapi hanya 102 responden yang kuesionernya dapat diproses untuk pengolahan data. Kuesioner dari 3 responden tidak dapat diproses dalam penelitian ini disebabkan :

- responden tidak dapat menyelesaikan seluruh wawancara yang dilakukan,
- responden tidak dapat menjawab pertanyaan mengenai pelayanan farmasi karena responden tidak pernah berhubungan dengan depo farmasi.

4.1 Distribusi Responden berdasarkan Karakteristiknya

4.1.1 Jenis Kelamin.

Responden yang keluarganya mendapatkan pelayanan rawat inap di RSUP Fatmawati, Jakarta terdiri 50 (49 %) responden laki-laki dan 52 (51%) responden perempuan. Distribusi responden berdasarkan jenis kelaminnya dapat dilihat pada Tabel 4.1.

Penelitian yang telah dilakukan sebelumnya (Aday 1980, Lumenta 1989) menyatakan bahwa perempuan mempunyai tingkat kepuasan yang lebih tinggi daripada laki-laki. Lain halnya dengan Starvic (2001) yang menyatakan bahwa perempuan memiliki kemungkinan memanfaatkan fasilitas kesehatan lebih besar daripada laki-laki. Hal ini dimungkinkan karena perempuan mengalami proses mengandung dan melahirkan dan beberapa jenis penyakit yang diderita oleh perempuan. Oleh karena memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan ini lebih besar pada perempuan maka perempuan lebih banyak mempunyai pengalaman dan

perbandingan terhadap layanan kesehatan yang diberikan, sehingga harapan akan layanan kesehatan menjadi tinggi dan cenderung tidak mudah terpuaskan.

4.1.2. Usia .

Dari hasil penelitian diperoleh bahwa usia responden terdistribusi normal. Hal ini terlihat dari grafik dan kurve normalnya serta nilai skewness dibagi standar error nya menghasilkan angka $1,17 (\leq 2)$. Rata-rata usia responden adalah 36,88 tahun, median 37 tahun dan standard deviasi 10,53 tahun dengan umur termuda 19 tahun dan yang tertua berusia 60 tahun. Untuk selanjutnya usia responden dikelompokkan menjadi muda (usia ≤ 35 tahun) sebanyak 47 orang (46,1%) dan tua (> 35 tahun) sebanyak 55 orang (53,9%). Distribusi responden berdasarkan usia dapat dilihat pada Tabel 4.1.

4.1.3. Pendidikan.

Tingkat pendidikan responden bervariasi antara mereka yang tidak sekolah, SD, SLTP dan SLTA, dimana diperoleh yang terbanyak adalah berpendidikan SD yaitu 37 orang (36,3%), selanjutnya yang berpendidikan SLTA yaitu 31 orang (30,4%), lalu 23 orang (22,5%) berpendidikan SLTP dan 11 orang (10,8%) tidak sekolah serta tidak seorangpun yang berpendidikan sarjana. Sesuai dengan program pemerintah tentang wajib belajar 9 tahun bagi pendidikan Indonesia, maka dilakukan pengelompokan sebagai berikut:

- pendidikan dasar : tidak sekolah, SD dan SLTP; sebanyak 71 orang (69,6%).
- pendidikan lanjut : SLTA ; sebanyak 31 orang (30,4%).

Ini menunjukkan bahwa responden yang berasal dari lingkungan orang miskin dan tidak mampu hanya dapat melanjutkan pendidikannya sampai SLTP saja (lihat Tabel 4.1).

4.1.4. Pekerjaan.

Proporsi responden yang terbanyak untuk variabel pekerjaan adalah sebagai buruh (termasuk supir, *office boy*, *cleaning service*) yaitu 43,1%, selanjutnya yang tidak memiliki pekerjaan atau sebagai ibu rumah tangga (39,2%), pedagang (11,8%), pegawai swasta (3,9%) dan petani (2,0%). Untuk selanjutnya responden dikelompokkan menjadi tidak bekerja atau sebagai ibu rumah tangga yaitu 40 orang (39,2%) dan yang memiliki pekerjaan yaitu sebanyak 62 orang (60,8%). Ini berarti

responden yang memiliki pekerjaan mempunyai persentase yang lebih besar dibandingkan yang tidak memiliki pekerjaan. Distribusi responden berdasarkan pekerjaannya dapat dilihat pada Tabel 4.1.

4.1.5. Pendapatan keluarga per bulan

Pada penelitian ini, yang terbanyak adalah responden yang mempunyai pendapatan rata-rata keluarga per bulan kurang dari Rp. 500.000,- yaitu 47 orang (46,1%), selanjutnya antara Rp. 500.000,- Rp. 1.000.000,- sebanyak 46 orang (45,1%), antara Rp. 1.100.000,- hingga Rp.1.500.000,- sebanyak 8 orang (7,8 %) dan 1 orang responden (1,0%) yang memiliki pendapatan antara Rp.1.600.000 hingga Rp. 2.000.000,-. Kemudian pendapatan keluarga per bulan ini dikelompokkan berdasarkan standar upah minimum regional yang berlaku (Rp. 1.000.000,-) yaitu :

- Rp.1.000.000,- atau kurang; sebanyak 93 orang (91,2%).
- diatas Rp. 1.000.000,; sebanyak 9 orang (8,8 %).

Ini menunjukkan bahwa walaupun sebagian besar responden memiliki pekerjaan tetapi pendapatan yang mereka peroleh \leq Rp. 1.000.000,- dan termasuk dalam tingkat golongan ekonomi lemah (miskin dan tidak mampu) yang merupakan target program Jamkesmas (lihat Tabel 4.1).

4.1.6. Jumlah anggota keluarga.

Responden yang memiliki jumlah anggota keluarga 3-4 orang yaitu sebanyak 55 responden (53,9%); 5 – 7 orang sebanyak 41 responden (40,2%) dan sisanya memiliki anggota keluarga 8 orang atau lebih yaitu 6 responden (5,9%). Selanjutnya responden dikelompokkan menjadi : keluarga kecil (dengan jumlah anggota keluarga \leq 4 orang), yaitu 55 orang (53,9%) dan keluarga besar (dengan jumlah anggota keluarga $>$ 4 orang) yaitu 47 orang (46,1%). Distribusi responden berdasarkan jumlah anggota keluarga dapat dilihat pada Tabel 4.1.

4.1.7. Jumlah hari Rawat.

Berdasarkan jumlah hari rawat yang dijalani oleh pasien (keluarga responden), diperoleh data bahwa untuk jumlah hari rawat 2 - 3 hari ada sebanyak 8 responden (7,8%), untuk 4 – 5 hari ada 25 responden (24,5%) sedangkan lebih dari 5 hari ada sebanyak 69 orang (67,6%). Distribusi responden berdasarkan jumlah hari rawat dapat dilihat pada Tabel 4.1.

4.1.8. Ruang Perawatan

Responden dalam penelitian ini tersebar dalam 7 ruang perawatan yang berbeda yaitu 18 orang (17,6%) di lantai 2 selatan; 23 orang (22,5%) di lantai 3 selatan; 24 orang (23,5%) di lantai 4 selatan ; 16 orang (15,7%) di lantai 5 selatan; 12 orang (11,8%) di lantai 6 selatan Gedung Teratai serta 8 orang (7,8%) di lantai 1 dan 1 orang (1,0%) di lantai 4 Gedung Prof. Dr. Soelarto. Berdasarkan ruang perawatan, yang terbanyak adalah responden yang menjaga keluarganya yang menderita penyakit paru atau mendapat tindakan pembedahan (lantai 4 selatan) dan peringkat kedua adalah responden yang menjaga di perawatan penyakit anak, lantai 3 selatan. (lihat Tabel 4.1)

4.2 Kepuasan Responden Terhadap Pelayanan Farmasi

Pertanyaan-pertanyaan dalam kuesioner kepuasan responden mempunyai 5 kriteria jawaban yaitu :

- 1) Tidak puas diberi skor = 0
- 2) Kurang puas diberi skor = 1
- 3) Cukup puas diberi skor = 2
- 4) Puas diberi skor = 3
- 5) Sangat puas diberi skor = 4

Indikator kepuasan pelayanan farmasi terdiri dari 10 kriteria yaitu prosedur untuk mendapatkan obat, ketersediaan obat, kecepatan petugas dalam menyiapkan obat, ketelitian petugas, keramahan petugas, kejelasan informasi obat, prosedur pengembalian obat, prosedur mendapatkan obat, waktu perincian obat dan kenyamanan ruang tunggu. Indikator tersebut diukur menggunakan 10 pertanyaan, sehingga jumlah skor yang diperoleh berkisar antara 0 (terendah) – 40 (tertinggi). Selanjutnya, ditetapkan bahwa skor 0 – 20 dikategorikan tidak puas dan 21- 40 dikategorikan puas.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terhadap pelayanan farmasi terdapat 88 (86,3%) responden yang puas dan 14 (13,7%) responden yang tidak puas. Distribusi responden menurut tingkat kepuasan pelayanan farmasi dapat dilihat pada Tabel 4.2. Kriteria yang memiliki tingkat kepuasan responden yang tertinggi adalah ketelitian

petugas sedangkan yang memiliki kepuasan terendah adalah adalah waktu tunggu perincian obat pulang (19,6%) dan informasi obat (7,8%).

Hasil penelitian mengenai ketersediaan obat di depo farmasi, diperoleh 76 (74,5%) responden menyatakan obat yang diresepkan dokter tersedia di depo dan 26 (25,5%) responden menyatakan pernah membeli obat di luar rumah sakit (lihat pada Tabel 4.4).

4.3 Kepuasan Responden Terhadap Pelayanan Kesehatan

Untuk variabel pelayanan administrasi yang meliputi administrasi pendaftaran masuk rumah sakit, administrasi jaminan rawat inap dan administrasi mengurus kepulangan terdapat masing-masing 5 pertanyaan yang sama yaitu mengenai keramahan petugas, kecepatan pelayanan, informasi yang diberikan, waktu menunggu dan kenyamanan ruang tunggu. Sehingga jumlah seluruh pertanyaan untuk dimensi pelayanan administrasi adalah 15 dan jumlah skor yang mungkin diperoleh berkisar antara 0 (terendah) – 60 (tertinggi). Dan selanjutnya, karena hasil ukur dinyatakan sebagai tidak puas dan puas, maka ditetapkan bahwa skor 0 – 30 dikategorikan tidak puas dan 31- 60 dikategorikan puas.

Indikator kepuasan pelayanan dokter terdiri 7 kriteria yaitu keramahan dokter, kehadiran dokter, sikap kesungguhan, ketelitian, penjelasan tentang tindakan yang akan dilakukan, penjelasan tentang penyakit dan obat yang diresepkan oleh dokter. Indikator tersebut diukur menggunakan 7 pertanyaan sehingga jumlah skor berkisar antara 0 (terendah) – 28 (tertinggi). Selanjutnya ditetapkan skor 0–14 dikategorikan tidak puas dan 15- 28 dikategorikan puas.

Indikator kepuasan pelayanan perawat terdiri dari 7 kriteria yaitu keramahan perawat, kecepatan dalam pelayanan, kesungguhan, kemampuan, ketelitian perawat, penjelasan atas tindakan yang akan dilakukan dan pemberian obat kepada pasien. pertanyaan, Indikator tersebut diukur menggunakan 7 pertanyaan sehingga jumlah skor berkisar antara 0 (terendah) – 28 (tertinggi). Selanjutnya ditetapkan skor 0–14 dikategorikan tidak puas dan 15-28 dikategorikan puas.

Indikator kepuasan lingkungan ruang rawat terdiri dari 6 kriteria yaitu kebersihan dan kerapian ruang rawat, penataan ruangan, ketenangan, kenyamanan ruangan, kebersihan kamar mandi dan ketersediaan air di kamar mandi. Indikator

tersebut diukur menggunakan 6 pertanyaan, sehingga skor yang diperoleh berkisar antara 0 (terendah) – 24 (tertinggi). Untuk itu ditetapkan bahwa skor 0 – 12 dikategorikan tidak puas dan skor 13 – 24 dikategorikan puas.

Indikator kepuasan menu-makanan terdiri dari 5 kriteria yaitu keramahan petugas, rasa, variasi makanan, ketepatan waktu penyajian dan cara penyajian. Indikator tersebut diukur menggunakan 5 pertanyaan, sehingga skor yang diperoleh berkisar antara 0 (terendah) – 20 (tertinggi). Selanjutnya ditetapkan bahwa skor 0 – 10 dikategorikan tidak puas dan skor 11 – 20 dikategorikan puas.

Kepuasan responden terhadap pelayanan kesehatan diukur menggunakan 40 kriteria yang merupakan jumlah dari 5 variabel pelayanan, dengan menggunakan 40 pertanyaan, sehingga skor yang diperoleh berkisar antara 0 (terendah) – 1600 (tertinggi). Dan selanjutnya ditetapkan skor 0 – 80 dikategorikan tidak puas dan skor 81 – 160 dikategorikan puas.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat 86 (84,3 %) responden yang menyatakan puas dan 16 (15,7%) responden yang tidak puas terhadap pelayanan kesehatan. Untuk pelayanan administrasi pendaftaran masuk rumah sakit terdapat 75,5% responden yang menyatakan puas dan 24,5% responden yang tidak puas; administrasi jaminan rawat inap terdapat 68,6% responden yang puas dan 31,4% yang tidak puas serta administrasi kepulangan terdapat 62,7% responden yang puas dan 37,3% yang tidak puas. Sedangkan terhadap dimensi pelayanan administrasi secara keseluruhan terdapat 76,5% responden yang puas dan 23,5% yang tidak puas.

Responden yang puas terhadap pelayanan dokter sebanyak 90 orang (88,2%) dan sisanya 12 (11,8%) responden menyatakan tidak puas. Untuk pelayanan perawat terdapat 77,5 % responden yang puas dan 22,5% yang tidak puas, terhadap dimensi lingkungan ruang rawat terdapat 74,5% responden yang puas dan 25,5% yang tidak puas sedangkan terhadap dimensi menu-makanan terdapat 87,3% responden yang puas dan 12,7% yang tidak puas. Distribusi responden menurut tingkat kepuasan pelayanan kesehatan dapat dilihat pada Tabel 4.3.

4.4 Hubungan Antara Karakteristik Pasien dengan Kepuasan Pelayanan Farmasi

4.4.1 Hubungan antara jenis kelamin dengan kepuasan pelayanan farmasi

Proporsi responden perempuan yang menyatakan puas terhadap pelayanan farmasi lebih tinggi yaitu 47 (90%) dibandingkan responden laki-laki 41 (82,0%). Hasil uji statistik menunjukkan perbedaan tersebut tidak bermakna, p value = 0,346 ($p > 0,05$), berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin responden dengan kepuasan pelayanan farmasi. (lihat Tabel 4.5).

4.4.2 Hubungan antara usia dengan kepuasan terhadap pelayanan farmasi

Proporsi responden yang puas terhadap pelayanan farmasi lebih tinggi pada kelompok berusia tua (90,9%) daripada kelompok usia muda (80,9%). Hasil uji statistik menunjukkan perbedaan tersebut tidak bermakna (p value = 0,237), berarti tidak ada hubungan bermakna antara usia responden dengan kepuasan pelayanan farmasi (lihat Tabel 4.6).

4.4.3 Hubungan antara pendidikan dengan kepuasan terhadap pelayanan farmasi

Proporsi responden dengan pendidikan dasar yang menyatakan puas terhadap pelayanan farmasi lebih tinggi yaitu 88,7% dibandingkan responden dengan pendidikan lanjut 80,6%. Hasil uji statistik menunjukkan perbedaan tersebut tidak bermakna, p value = 0,349 ($p > 0,05$), yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan responden dengan kepuasan pelayanan farmasi. (lihat Tabel 4.7).

4.4.4 Hubungan antara pekerjaan dengan kepuasan terhadap pelayanan farmasi

Proporsi responden yang tidak bekerja yang menyatakan puas terhadap pelayanan farmasi, lebih tinggi yaitu 90% dibandingkan responden yang bekerja 83,9%. Hasil uji statistik menunjukkan perbedaan tersebut tidak bermakna, p value = 0,560 ($p > 0,05$), berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan responden dengan kepuasan pelayanan farmasi (lihat Tabel 4.8)

4.5.5 Hubungan antara pendapatan keluarga per bulan dengan kepuasan terhadap pelayanan farmasi.

Dari hasil penelitian didapat bahwa dari 93 responden yang memiliki pendapatan keluarga per bulan < Rp. 1.000.000,- terdapat 79 (84,9 %) responden yang puas. Sedangkan responden yang memiliki pendapatan per bulan > Rp1.000.000,-, semuanya (9 orang) menyatakan puas terhadap pelayanan farmasi. Hasil uji statistik menunjukkan perbedaan tersebut tidak bermakna, p value = 0,355

($p > 0,05$), yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara pendapatan keluarga per bulan dengan kepuasan pelayanan farmasi (lihat Tabel 4.9).

4.4.6 Hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan kepuasan terhadap pelayanan farmasi Proporsi responden dengan jumlah anggota keluarga sebagai keluarga besar, yang menyatakan puas terhadap pelayanan farmasi lebih tinggi yaitu 87,2% dibandingkan dengan responden sebagai keluarga kecil (85,5%). Nilai p value yang diperoleh dari uji statistik adalah 1,000, berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan kepuasan pelayanan farmasi (lihat Tabel 4.10).

4.4.7 Hubungan antara jumlah hari rawat dengan kepuasan terhadap pelayanan farmasi Proporsi responden yang menjaga keluarganya yang dirawat selama ≤ 5 hari yang menyatakan puas terhadap pelayanan farmasi, lebih tinggi yaitu 90,9% dibandingkan responden yang menjaga keluarganya yang dirawat > 5 hari 84,1%. Dari uji statistik didapat p value = 0,540 ($p > 0,05$), berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara jumlah hari rawat dengan kepuasan pelayanan farmasi (lihat Tabel 4.11).

4.5 Hubungan Antara Karakteristik Pasien Dengan Kepuasan Pelayanan Kesehatan

4.5.1 Hubungan antara jenis kelamin dengan kepuasan terhadap pelayanan kesehatan Proporsi responden perempuan yang menyatakan puas terhadap pelayanan kesehatan lebih tinggi yaitu 46 (88,5%) dibandingkan responden laki-laki 40 (80,0%). Hasil uji statistik menunjukkan perbedaan tersebut tidak bermakna, p value = 0,367 ($p > 0,05$), berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin responden dengan kepuasan pelayanan kesehatan (lihat Tabel 4.12).

4.5.2 Hubungan antara usia dengan kepuasan terhadap pelayanan kesehatan Proporsi responden yang puas terhadap pelayanan kesehatan lebih tinggi pada kelompok berusia tua (90,9%) daripada kelompok usia muda (76,6%). Dari hasil uji statistik didapatkan nilai p value = 0,088, berarti tidak ada hubungan bermakna antara usia responden dengan kepuasan pelayanan kesehatan (lihat Tabel 4.13).

4.5.3 Hubungan antara pendidikan dengan kepuasan terhadap pelayanan kesehatan Proporsi responden dengan pendidikan rendah yang menyatakan puas

terhadap pelayanan kesehatan lebih tinggi yaitu 85,9% dibandingkan responden dengan pendidikan tinggi 80,6%. Hasil uji statistik menunjukkan perbedaan tersebut tidak bermakna, nilai p value = 0,558 ($p > 0,05$), yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan responden dengan kepuasan pelayanan kesehatan (lihat Tabel 4.14).

4.5.4 Hubungan antara pekerjaan dengan kepuasan terhadap pelayanan kesehatan Proporsi responden yang tidak bekerja yang menyatakan puas terhadap pelayanan kesehatan, lebih tinggi yaitu 90% dibandingkan responden yang bekerja 80,6. Hasil uji statistik menunjukkan perbedaan tersebut tidak bermakna (p value = 0,322), berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan responden dengan kepuasan pelayanan kesehatan (lihat Tabel 4.15).

4.5.5 Hubungan antara pendapatan keluarga perbulan dengan kepuasan terhadap pelayanan kesehatan Proporsi responden yang mempunyai pendapatan per bulan $>$ Rp. 1.000.000,- yang menyatakan puas terhadap pelayanan kesehatan, lebih tinggi yaitu 88,9% dibandingkan responden yang mempunyai pendapatan \leq Rp. 1.000.000,- yaitu 83,9%. Hasil uji statistik menunjukkan perbedaan tersebut tidak bermakna (p value = 1,000), berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara pendapatan per bulan responden dengan kepuasan pelayanan kesehatan (lihat tabel 4.16).

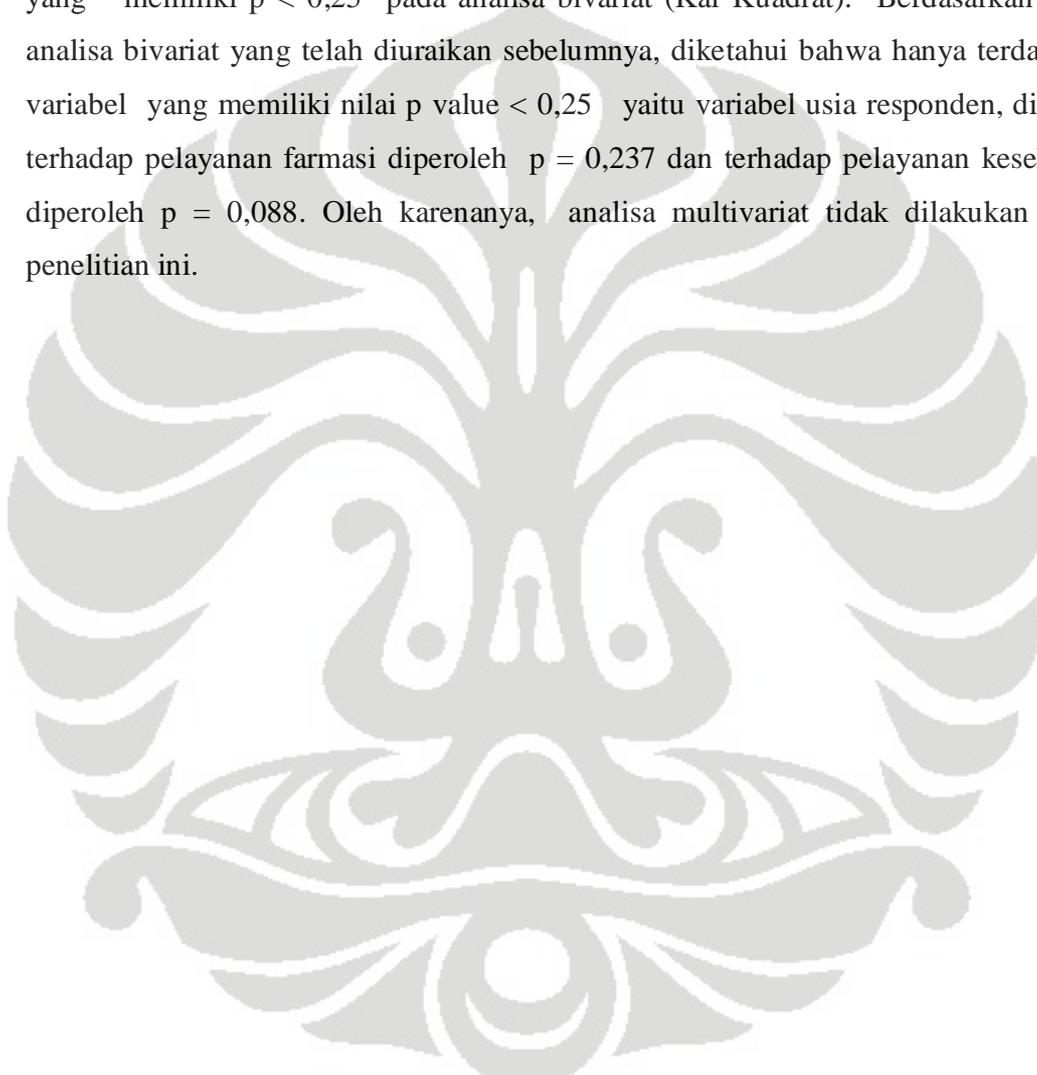
4.5.6 Hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan kepuasan terhadap pelayanan kesehatan Proporsi responden dengan jumlah anggota keluarga sebagai keluarga besar, yang menyatakan puas terhadap pelayanan kesehatan, lebih tinggi yaitu 87,2% dibandingkan dengan responden sebagai keluarga kecil 81,8%. Nilai p value yang diperoleh dari uji statistik adalah 0.634 ($p > 0,05$), yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan kepuasan pelayanan kesehatan (lihat Tabel 4.17).

4.5.7 Hubungan antara jumlah hari rawat dengan kepuasan terhadap pelayanan kesehatan Proporsi responden yang menjaga keluarganya yang dirawat selama \leq 5hari yang menyatakan puas terhadap pelayanan kesehatan, lebih tinggi yaitu 87,9% dibandingkan responden yang menjaga keluarganya yang dirawat $>$ 5 hari yaitu 82,6%. Hasil uji statistik menunjukkan perbedaan tersebut tidak bermakna (p value =

0,694), berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara jumlah hari rawat dengan kepuasan pelayanan kesehatan (lihat Tabel 4.18).

4.6 Analisa Multivariat

Variabel yang diikutsertakan dalam analisa multivariat adalah variabel yang memiliki $p < 0,25$ pada analisa bivariat (Kai Kuadrat). Berdasarkan hasil analisa bivariat yang telah diuraikan sebelumnya, diketahui bahwa hanya terdapat 1 variabel yang memiliki nilai p value $< 0,25$ yaitu variabel usia responden, dimana terhadap pelayanan farmasi diperoleh $p = 0,237$ dan terhadap pelayanan kesehatan diperoleh $p = 0,088$. Oleh karenanya, analisa multivariat tidak dilakukan pada penelitian ini.



BAB 5 PEMBAHASAN

5.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini bersifat kuantitatif dengan desain penelitian *cross sectional* atau metode potong lintang, dimana semua aspek diambil secara bersamaan pada satu waktu sehingga hasil yang diperoleh tidak dapat menunjukkan hubungan sebab akibat secara pasti tetapi hanya menunjukkan keterkaitannya saja.

Kepuasan pasien yang diukur pada penelitian ini adalah dari kepuasan keluarga pasien sehingga hasil yang diperoleh tidak dapat menunjukkan kepuasan dari pasien (sebagai objek utama) yang menerima pelayanan farmasi dan pelayanan kesehatan selama dirawat di rumah sakit.

Keterbatasan lain pada penelitian ini adalah kepuasan yang diukur merupakan kenyataan yang diperoleh responden dan bukan merupakan perbandingan antara harapan dan kenyataan terhadap pelayanan yang diterima.

Pengumpulan data dengan cara kuesioner sifatnya subjektif, sehingga kebenaran data ini sangat bergantung pada jawaban responden. Karena penelitian ini dilakukan dalam lingkungan rumah sakit, kemungkinan responden ada rasa takut atau segan untuk mengungkapkan perasaannya secara jujur, sehingga hasil wawancara diperoleh tidak sepenuhnya sesuai dengan yang dirasakan oleh responden. Meski dalam hal ini, peneliti ini sudah melakukan antisipasi dengan berusaha menjelaskan bahwa peneliti bukanlah pegawai RSUP Fatmawati dan apapun yang diungkapkan responden tidak akan memberikan konsekuensi yang buruk baginya.

5.2 Gambaran Kepuasan Responden terhadap Pelayanan Farmasi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 102 responden terdapat 88 (86,3%) responden yang menyatakan puas dan 14 (13,7%) responden yang tidak puas terhadap pelayanan farmasi. Penelitian ini menggunakan 10 kriteria untuk menentukan tingkat kepuasan responden terhadap pelayanan farmasi dan didapat bahwa ketelitian petugas apotik memperoleh peringkat kepuasan responden yang tertinggi.

Sedangkan faktor yang menyebabkan ketidak-puasan responden serta memerlukan perhatian depo farmasi adalah waktu tunggu perincian obat (19,6%) dan merupakan yang tertinggi dari 10 kriteria yang diukur (lihat Tabel 4.19). Pasien yang oleh dokter diizinkan pulang tentunya berharap dapat menyelesaikan urusan administrasi rumah sakit dan segera meninggalkan rumah sakit untuk kembali kerumahnya. Prosedur administrasi kepulangan pasien mengharuskan keluarga pasien responden melampirkan data perincian obat yang telah digunakan pasien selama di rawat rumah sakit dari depo farmasi termasuk obat-obat yang di *retur* karena tidak jadi dipakai oleh pasien. Dalam hal ini, perawat harus memilah obat terlebih dahulu, dan petugas farmasi harus melihat serta menghitung kembali obat-obat yang terpakai. Untuk memperoleh data tersebut, petugas depo farmasi memerlukan waktu dalam memprosesnya, terlebih lagi bila pasien dirawat dalam jangka waktu yang lama. Waktu proses dirasakan cukup lama sehingga responden menganggap petugas farmasi kurang cekatan dan menyatakan tidak puas terhadap waktu tunggu perincian obat.

Setiap lantai ruang perawatan kelas III Gedung Teratai RSUP Fatmawati telah disediakan komputer untuk meng-input data pasien tetapi belum tersedia program untuk data obat yang digunakan oleh pasien dimaksud. Data penggunaan obat pasien dari tiap lantai ruang perawatan hanya ada di depo farmasi. Oleh karenanya melalui koordinasi dengan perawat di ruang perawatan, yang menginformasikan bahwa seorang pasien diperbolehkan pulang oleh dokter, maka petugas dari depo farmasi dapat segera memproses perincian obat pasien tersebut. Dengan demikian, waktu tunggu perincian obat akan dirasakan lebih cepat oleh pasien/keluarga pasien karena petugas farmasi dapat segera memberikan perincian tersebut saat pasien atau keluarga pasien memerlukannya. Selain itu, terbatasnya jumlah pegawai depo farmasi yang melayani perincian obat dan juga jumlah komputer yang ada merupakan kendala dalam melaksanakan tugas pelayanan ini.

Penyampaian informasi obat, merupakan kriteria kedua yang tertinggi dimana responden menyatakan tidak puas (7,8%). Walaupun persentasenya kecil, tetapi perlu dicermati mengingat tugas utama pelayanan farmasi adalah memberi informasi obat yang jelas dan tepat kepada pasien agar penggunaan obat oleh pasien memberikan

efek yang maksimal sesuai indikasi obat. Penyampaian informasi obat yang tidak dilakukan oleh petugas depo farmasi terjadi pada saat tertentu saja yaitu pada saat jumlah pasien/keluarga pasien yang harus dilayani cukup banyak. Petugas depo farmasi yang melayani jumlahnya terbatas sedangkan pelayanan pemberian obat harus dapat cepat dilakukan sehingga akhirnya informasi obat yang seharusnya disampaikan kepada responden tidak dilakukan oleh petugas depo farmasi. Manajemen ketenagaan khususnya perencanaan ketenagaan dan perhitungan analisa kebutuhan pegawai perlu diteliti kembali, agar diperoleh jumlah petugas depo yang memadai dalam melaksanakan tugas pelayanan farmasi di RSUP Fatmawati.

Responden yang menyatakan puas terhadap ketersediaan obat di depo farmasi ada 96,7% tetapi diketahui bahwa 76 (74,5%) responden menyatakan obat yang diresepkan tersedia di depo dan 26 (25,5%) responden menyatakan pernah membeli obat di luar rumah sakit (lihat pada Tabel 4.4). Responden menyatakan puas terhadap ketersediaan obat walaupun tidak dapat dipungkiri bahwa selama dirawat di rumah sakit responden pernah merasakan tidak tersedianya obat. Pembelian obat di luar rumah sakit akibat tidak tersedianya obat seharusnya tidak boleh terjadi karena dalam pedoman Jamkesmas dinyatakan bahwa rumah sakit berkewajiban memenuhi obat bagi pasien jamkesmas melalui koordinasi dengan pihak-pihak terkait apabila terjadi kekurangan obat. Hal-hal yang mungkin menyebabkan tidak tersedianya obat/sediaan farmasi di depo farmasi adalah sebagai berikut:

- kekosongan obat/sediaan farmasi akibat keterlambatan dari pihak distributor.
- obat yang diresepkan oleh dokter, tidak termasuk obat Formularium Jamkesmas dan Formularium rumah sakit sehingga tidak tersedia di rumah sakit.
- obat/sediaan farmasi tersebut jarang digunakan di RSUP Fatmawati serta mahal harganya sehingga tidak disediakan.

5.3 Gambaran Kepuasan Responden terhadap Pelayanan Kesehatan

Pada penelitian ini, dimensi pelayanan kesehatan yang diteliti meliputi 5 bagian (selain pelayanan farmasi), dan hasil yang diperoleh adalah 86 responden

(84,3%) menyatakan puas dan 16 responden (15,7%) menyatakan tidak puas terhadap pelayanan kesehatan di RSUP Fatmawati, Jakarta.

Penelitian ini menggunakan 5 komponen pelayanan untuk menentukan tingkat kepuasan responden terhadap pelayanan kesehatan, dan pelayanan yang banyak menimbulkan ketidakpuasan responden adalah pelayanan administrasi terutama administrasi kepulungan pasien.

5.3.1 Pelayanan Administrasi

Bentuk pelayanan yang diberikan oleh bagian administrasi adalah pelayanan dibelakang meja yang lebih mengandalkan kemampuan petugas dalam berkomunikasi dengan para responden. Oleh sebab itu bagi responden, pelayanan dan penyampaian informasi yang cepat dan jelas adalah hal yang sangat dituntut dari bagian administrasi. Responden ingin mempunyai kepastian mengenai fasilitas pelayanan kesehatan yang akan diperolehnya dan mendapatkan informasi tersebut dalam waktu yang relatif singkat serta disampaikan dengan sikap ramah oleh petugas bagian administrasi.

Responden yang menyatakan puas terhadap pelayanan administrasi ada 76,5% dan terhadap 3 bagian administrasi yang diteliti diketahui bahwa yang paling banyak dinyatakan puas oleh responden adalah bagian pendaftaran awal yaitu 75,5%, kemudian administrasi jaminan rawat inap (68,8%) dan yang terendah adalah administrasi kepulungan pasien (62,5%).

Hasil penelitian ini (Tabel 4.22) menunjukkan bahwa penyebab ketidakpuasan responden terhadap pelayanan administrasi kepulungan pasien adalah mengenai lamanya (waktu) menunggu pelayanan (14,7%), kenyamanan ruang tunggu (8,8%) dan keramahan petugas (4,9%). Berbeda dengan 2 bagian administrasi yang lain (pendaftaran awal dan jaminan rawat inap), untuk dapat memproses administrasi saat pasien pulang maka bagian administrasi kepulungan pasien memerlukan input data dari unit lainnya, yaitu dari ruang perawatan dan depo farmasi, untuk dapat merekap semua data dan menginformasikannya kepada pasien/keluarga pasien. Hal ini yang menyebabkan pelayanan dirasakan lambat (lama) oleh responden.

Selain itu pula banyaknya pertanyaan ataupun komplain mengenai masalah biaya yang harus dibayarkan yang disampaikan oleh pasien/keluarga pasien,

memerlukan kesabaran dan keramahan petugas untuk dapat menanganinya. Hal lain yang mengakibatkan pelayanan di administrasi kepulangan dirasakan lambat adalah hanya terdapat 1 loket yang melayani seluruh pasien di Gedung Teratai yang terdiri dari 2 bagian yaitu bagian utara dan selatan, dan masing-masing bagian terdiri dari 6 lantai perawatan.

Jumlah responden yang tidak puas terhadap ruang tunggu bagi keluarga pasien di bagian administrasi kepulangan pasien memiliki jumlah yang sama banyak (8,8%) dengan di bagian administrasi jaminan rawat inap (lihat Tabel 4.21). Hal ini disebabkan karena letak ke dua bagian administrasi ini sangat berdekatan dan berada di ruang yang tidak terlalu luas dengan jumlah kursi yang terbatas. Sebenarnya rumah sakit telah menyediakan ruang tunggu yang cukup luas untuk keluarga pasien yang sedang menunggu proses administrasi tetapi ruangan tersebut tidak berada tepat didepan loket administrasi. Responden menganggap ruang tersebut terlalu jauh dari loket sehingga tidak menggunakannya. Responden yang menunggu proses administrasi lebih memilih untuk menunggu di depan loket dengan cara berdiri atau duduk dilantai, terlebih lagi pada saat jumlah keluarga pasien yang mengurus jaminan rawat inap dan mengurus kepulangan pasien cukup banyak maka ruang tunggu di depan loket kedua bagian administrasi ini menjadi penuh sesak.

5.3.2 Pelayanan Dokter

Pasien dan keluarga pasien sangat menuntut penjelasan dokter tentang tindakan medis yang akan dilakukannya, penjelasan mengenai penyakit yang diderita pasien dan bagaimana dokter menanggapi keluhan pasien tentang penyakitnya tersebut. Ketiga hal tersebut harus ditunjang dengan ketelitian dokter dan ketepatan waktu ketika melakukan kunjungan (*visite*).

Menurut Hooker, Potts and Ray (1998) yang dikutip oleh Soenarti D. Waspada (2002), kepuasan pasien terhadap dokter dicapai berdasarkan variabel sikap santun dokter ketika berhadapan dengan pasien, dapat mengerti masalah yang sedang dihadapi oleh pasien, kemampuan untuk menerangkan dengan kata-kata yang mudah dimengerti oleh orang awam, kemampuan mendengarkan dan sikap percaya diri dokter ketika berhadapan dengan pasien.

Pelayanan dokter di RSUP Fatmawati memperoleh peringkat kepuasan responden yang tertinggi, yaitu 88,2%, dari semua dimensi yang diukur. Pada penelitian ini, diperoleh gambaran bahwa pasien Jamkesmas merasakan dokter memberikan pelayanannya dengan baik dan tidak membeda-bedakan antara pasien Jamkesmas, yang mendapatkan pelayanan kesehatan secara cuma-cuma, dengan pasien yang lainnya.

5.3.3 Pelayanan Perawat

Hasil penelitian yang dilakukan oleh *National Research Corporation*, yang dikutip oleh Soenarti D. Waspada (2002), menyebutkan bahwa lima dari sepuluh faktor utama mengenai loyalitas pasien terhadap suatu rumah sakit adalah berkaitan dengan perawat, yaitu kecepatan dalam merespon permintaan pasien, koordinasi dalam pelayanan pasien rawat inap, penghormatan yang diberikan oleh perawat, bantuan yang diberikan oleh perawat untuk mengurangi/menghilangkan rasa nyeri dan kemampuan serta ketrampilan perawat. Perawat dibandingkan dimensi lain dalam layanan rawat inap, mempunyai efek yang dramatis pada perolehan nilai kepuasan pasien rawat inap.

Responden yang menyatakan puas terhadap pelayanan perawat ada 77,5%, dan menduduki peringkat 3 terendah dari 6 dimensi yang diukur. Dari hasil penelitian (Tabel 4.23) diketahui bahwa yang memberikan kontribusi tertinggi ketidak-puasan pasien terhadap pelayanan perawat adalah pemberian obat kepada pasien (12,7%), keramahan perawat (9.8%) dan kecepatan datangnya perawat untuk menolong pasien (7,8%).

Obat yang didistribusikan oleh depo farmasi ke ruang perawatan telah disiapkan dalam dosis pemberian 1 hari. Selanjutnya perawat akan memberikan obat kepada pasien untuk setiap kali konsumsi obat sesuai dengan jumlah obat yang diresepkan dokter. Pemberian obat kepada pasien yang seharusnya dilakukan oleh perawat tidak dilakukan, melainkan diserahkan kepada pasien atau keluarga pasien. Hal ini mengakibatkan ketidak-nyamanan bagi pasien, terlebih lagi untuk pasien yang tidak dapat membaca karena memerlukan bantuan orang lain untuk mengetahui aturan pakainya. Selain itu jadwal makan obat menjadi sering terlupakan oleh pasien atau tidak sesuai aturan pakainya. Demikian juga dengan keramahan dan

kesungguhan perawat yang dianggap oleh beberapa responden masih ada yang membeda-bedakan pasien.

5.3.4. Lingkungan Ruang Rawat

Selain faktor-faktor yang mempengaruhi kenyamanan dan keamanan pasien, seperti adanya alat komunikasi untuk menghubungi perawat, ketenangan lingkungan, kebersihan ruangan serta fasilitas yang terdapat didalam kamar merupakan faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien (Krowinski, 1996).

Lingkungan Ruang rawat memperoleh peringkat kepuasan responden yang terendah, yaitu 74,5%, dari semua pelayanan di rumah sakit yang diukur. Hal ini dapat dimengerti karena pasien Jamkesmas menempati ruang kelas III, yang tentunya amat terbatas fasilitas sarananya.

Hasil penelitian menunjukkan (Tabel 4.24) bahwa yang memberikan kontribusi tertinggi terhadap ketidak-puasan pasien adalah kebersihan kamar mandi (14,7%) dan kebersihan ruang perawatan (5,9%). Hal ini menunjukkan bahwa walaupun terbatas fasilitas ruangan kelas III tetapi responden menginginkan agar pihak rumah sakit tetap memperhatikan mengenai kebersihan kamar mandi dan ruang perawatan yang dianggap responden kurang terjaga kebersihannya.

5.3.5 Menu Makanan

Akibat gangguan pada kondisi kesehatan, pasien merasa tidak nyaman dan mungkin kehilangan selera makannya, sehingga untuk tetap mempertahankannya harus didukung dengan menu yang lebih bervariasi, cita cara yang bisa memenuhi selera mereka dan cara penyajian yang menarik. Hal tersebut sangat mempengaruhi penilaian pasien terhadap makanan yang mereka dapatkan.

Makanan bagi orang yang sakit memiliki aspek terapi sehingga tujuan penyelenggaraan makanan di rumah sakit adalah untuk memenuhi kebutuhan gizi pasien dalam rangka mempercepat kesembuhan dan memperpendek hari rawat. Oleh karenanya rumah sakit perlu meningkatkan mutu pelayanan makanan kepada pasien.

Responden yang menyatakan puas terhadap pelayanan menu makanan ada 87,3% dan 12,7% responden yang menyatakan tidak puas. Dari 5 variabel menu

makanan yang diukur, persentase tertinggi dimana responden yang menyatakan tidak puas dan kurang puas adalah variabel rasa makanan (Tabel 4.25).

5.4 Hubungan Kepuasan dengan Karakteristik Responden

5.4.1 Jenis kelamin

Penelitian yang telah dilakukan sebelumnya (Aday 1980, Lumenta 1989) menyatakan bahwa perempuan mempunyai tingkat kepuasan yang lebih tinggi daripada laki-laki.

Pada penelitian ini didapatkan hal yang konsisten dimana responden perempuan lebih banyak yang puas terhadap layanan yang diterima baik terhadap pelayanan farmasi maupun pelayanan kesehatan, tetapi secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan tingkat kepuasan responden.

Hasil yang diperoleh dalam penelitian ini mempunyai kesamaan hasil dengan penelitian yang dilakukan di RSUD Budhi Asih oleh Wikandono (2003) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kepuasan pelanggan rawat inap RSUP Budhi Asih Jakarta bulan Mei 2003 dan penelitian yang dilakukan di RSAL Dr. Mintohardjo oleh Pingkan Ratna Sumampow.

5.4.2 Usia

Usia merupakan salah satu variabel yang berhubungan dengan kepuasan, beberapa penelitian menunjukkan adanya hubungan tersebut. Aday (1980) menyatakan bahwa karakteristik pasien yang dapat mempengaruhi kepuasan adalah usia, dimana usia tua tingkat kepuasannya lebih tinggi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa baik terhadap pelayanan farmasi maupun pelayanan kesehatan, responden yang puas lebih banyak dibandingkan responden yang tidak puas dari dua kelompok usia muda dan usia tua, dimana persentase responden yang puas dikelompok usia tua lebih tinggi dari kelompok usia muda. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara usia dengan kepuasan responden.

Penelitian ini mempunyai kesamaan hasil dengan penelitian yang dilakukan di RSUD Budhi Asih oleh Wikandono (2003) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara usia dengan kepuasan pelanggan rawat inap RSUP Budhi Asih Jakarta bulan Mei 2003 dan penelitian yang dilakukan di RSAL Dr. Mintohardjo oleh Pingkan Ratna Sumampow.

5.4.3 Pendidikan

Pendidikan pada banyak penelitian merupakan salah satu variabel yang berkorelasi dengan kepuasan pasien/keluarga pasien. Spelgil (1980) menyatakan tingkat pendidikan yang tinggi mempunyai tingkat kepuasan yang rendah. Pasien/keluarga pasien yang berpendidikan rendah lebih puas terhadap layanan yang diberikan dibandingkan dengan yang berpendidikan tinggi. Makin tinggi pendidikan seseorang makin meningkat kebutuhannya dan makin tinggi tingkat kepuasannya, secara langsung makin kritis akan segala bentuk pelayanan yang diterimanya.

Terhadap pelayanan farmasi dan kesehatan yang diteliti, responden dengan pendidikan dasar maupun pendidikan lanjut lebih banyak yang menyatakan puas daripada yang tidak puas, dimana persentase responden yang puas di kelompok dengan pendidikan dasar lebih tinggi dari kelompok pendidikan lanjut. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara pendidikan dengan kepuasan responden.

Demikian halnya dengan jenis kelamin dan usia, maka hasil pada penelitian ini menunjukkan hasil yang sama dengan penelitian yang dilakukan di RSUD Budhi Asih oleh Wikandono (2003) dan penelitian yang dilakukan di RSAL Dr. Mintohardjo oleh Pingkan Ratna.

5.4.4 Pekerjaan

Tingkat kepuasan pasien/keluarga pasien juga dipengaruhi oleh pekerjaan. Pasien/keluarga pasien dengan tingkat ekonomi yang lebih tinggi banyak menuntut terhadap pelayanan yang melebihi standar sehingga cenderung untuk tidak puas (Hays, 1989; Lumenta, 1989). Diasumsikan responden yang bekerja mempunyai tingkat ekonomi yang lebih tinggi dibandingkan yang tidak bekerja.

Pada penelitian ini dibagi 2 kelompok yaitu responden yang bekerja dan tidak bekerja, dan pada kedua kelompok ini lebih banyak yang menyatakan puas daripada yang tidak puas terhadap pelayanan farmasi dan pelayanan kesehatan. Persentase responden yang puas pada kelompok tidak bekerja lebih tinggi dari kelompok yang bekerja. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan kepuasan responden.

Penelitian yang dilakukan di RSUD Budhi Asih oleh Wikandono (2003) juga memberikan hasil yang sama yaitu tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan kepuasan pelanggan rawat inap RSUP Budhi Asih Jakarta bulan Mei 2003.

5.4.4 Pekerjaan

Tingkat kepuasan pasien/keluarga pasien juga dipengaruhi oleh pekerjaan. Pasien/keluarga pasien dengan tingkat ekonomi yang lebih tinggi banyak menuntut terhadap pelayanan yang melebihi standar sehingga cenderung untuk tidak puas (Hays, 1989; Lumenta, 1989). Diasumsikan responden yang bekerja mempunyai tingkat ekonomi yang lebih tinggi dibandingkan yang tidak bekerja.

Pada penelitian ini dibagi 2 kelompok yaitu responden yang bekerja dan tidak bekerja, dan pada kedua kelompok ini lebih banyak yang menyatakan puas daripada yang tidak puas terhadap pelayanan farmasi dan pelayanan kesehatan. Persentase responden yang puas pada kelompok tidak bekerja lebih tinggi dari kelompok yang bekerja. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan kepuasan responden.

Penelitian yang dilakukan di RSUD Budhi Asih oleh Wikandono (2003) juga memberikan hasil yang sama yaitu tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan kepuasan pelanggan rawat inap RSUP Budhi Asih Jakarta bulan Mei 2003.

5.4.5 Pendapatan

Sama halnya dengan variabel pekerjaan, pasien/keluarga pasien yang memiliki pendapatan yang besar diasumsikan mempunyai tingkat ekonomi yang lebih tinggi sehingga banyak menuntut terhadap pelayanan dan cenderung untuk tidak puas (Hays, 1989; Lumenta, 1989).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa baik responden yang pendapatannya ≤ 1 juta rupiah maupun >1 juta rupiah, lebih banyak yang puas daripada yang tidak puas terhadap pelayanan farmasi dan pelayanan kesehatan. Persentase responden yang puas pada kelompok pendapatan ≤ 1 juta rupiah lebih tinggi dari kelompok yang pendapatannya > 1 juta rupiah. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh perbandingan jumlah responden yang tidak seimbang dimana responden yang berpendapatan >1 juta rupiah hanya 9 orang sedangkan sisanya (93 orang) berpendapatan <1 juta rupiah. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pendapatan dengan kepuasan responden.

5.4.6 Jumlah Anggota Keluarga

Spelgil (1980), mengemukakan bahwa ukuran keluarga juga mempengaruhi tingkat kepuasan pasien. Pasien yang berasal dari keluarga besar umumnya memiliki tingkat kepuasan yang rendah.

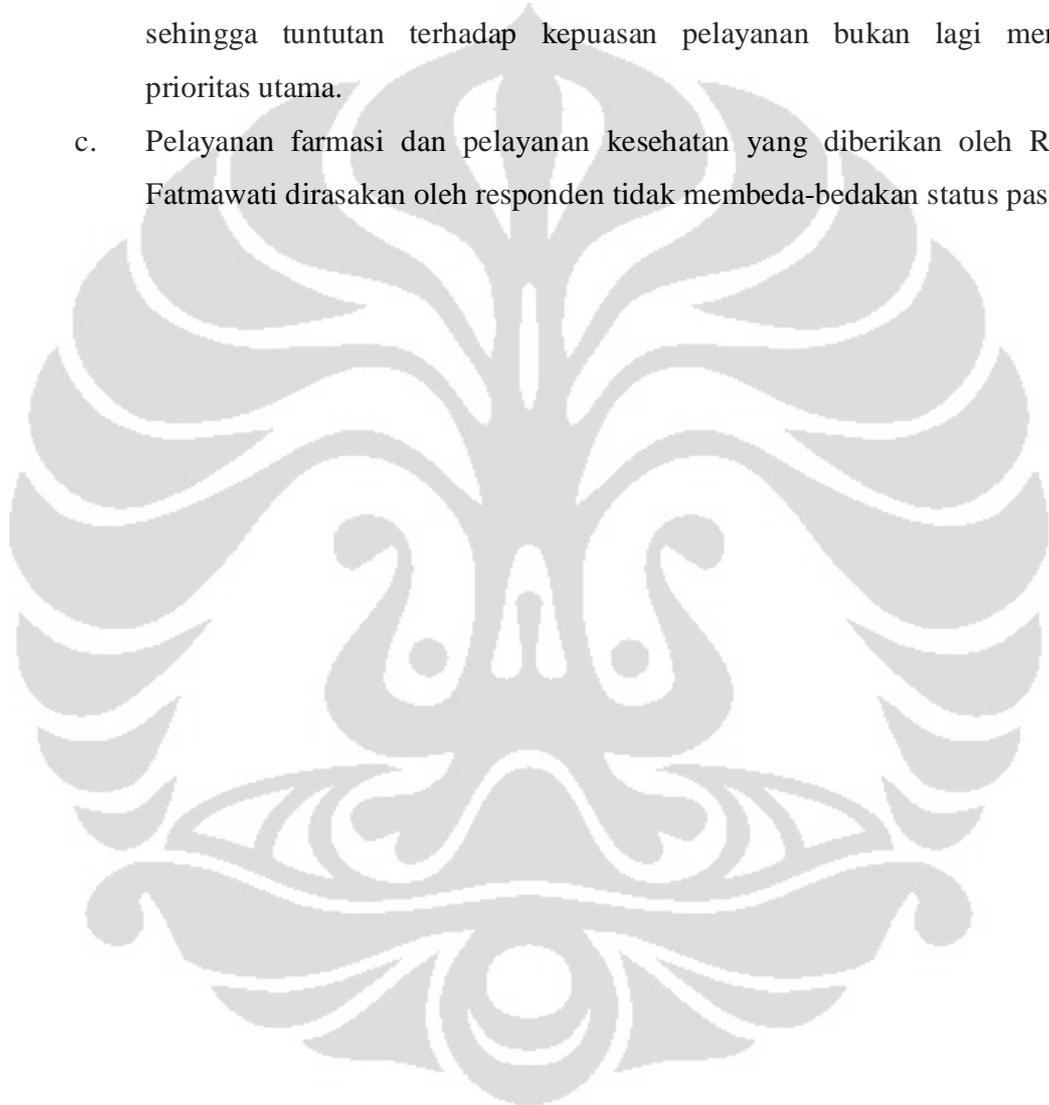
Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada kelompok keluarga kecil maupun keluarga besar, responden yang menyatakan puas lebih banyak daripada yang tidak puas terhadap pelayanan farmasi dan pelayanan kesehatan. Persentase responden yang puas pada kelompok keluarga besar lebih tinggi dari kelompok keluarga kecil. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan kepuasan responden.

5.4.7 Jumlah Hari Rawat

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada kelompok hari rawat ≤ 5 hari maupun > 5 hari, responden yang menyatakan puas lebih banyak daripada yang tidak puas terhadap pelayanan farmasi dan pelayanan kesehatan. Persentase responden yang puas pada kelompok hari rawat ≤ 5 hari lebih tinggi dari kelompok hari rawat > 5 hari.. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara jumlah hari rawat dengan kepuasan responden.

Berbeda dengan penelitian-penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa karakteristik pasien merupakan faktor yang berhubungan dengan kepuasan maka pada penelitian ini tidak ditemukan adanya hubungan tersebut, hal ini disebabkan karena :

- a. Penelitian ini dilakukan pada segmentasi yang sama yaitu orang miskin dan tidak mampu (peserta jamkesmas) sehingga memiliki tingkat kepuasan yang “hampir sama”.
- b. Responden yang memperoleh pelayanan kesehatan diRSUP Fatmawati secara gratis cenderung untuk terlebih dahulu merasa puas (senang) sehingga tuntutan terhadap kepuasan pelayanan bukan lagi menjadi prioritas utama.
- c. Pelayanan farmasi dan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RSUP Fatmawati dirasakan oleh responden tidak membedakan status pasien.



BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah didiskusikan pada bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan :

1. Tingkat kepuasan keluarga pasien rawat inap peserta Jamkesmas terhadap Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati, Jakarta adalah 86,3% menyatakan puas dan 13,7% tidak puas. Ketelitian petugas apotik merupakan faktor/kriteria yang memperoleh kepuasan responden yang tertinggi. Sedangkan waktu tunggu perincian obat merupakan faktor yang memperoleh kepuasan responden yang terendah.
2. Tingkat kepuasan keluarga pasien rawat inap peserta Jamkesmas terhadap Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati, Jakarta adalah 84,3% menyatakan puas dan 15,7% tidak puas. Pelayanan dokter merupakan pelayanan yang memperoleh kepuasan responden yang tertinggi. Sedangkan pelayanan administrasi kepulangan pasien merupakan pelayanan yang memperoleh kepuasan responden yang terendah.
3. Pada analisa bivariat, diketahui bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara karakteristik pasien (seperti jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, pendapatan per bulan dan jumlah anggota keluarga) dan jumlah hari rawat dengan kepuasan pelayanan farmasi maupun pelayanan kesehatan.

6.2 Saran

6.2.1 Kepada Departemen Kesehatan RI.

- a. Pelaksanaan Program Jamkesmas yang memberikan pelayanan kesehatan gratis kepada masyarakat miskin dan tidak mampu, telah memberikan kepuasan kepada peserta dan keluarganya. Kiranya dapat diperluas lagi cakupan pesertanya sehingga tujuan untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat miskin dan tak mampu dapat segera tercapai.

- b. Terkait dengan ketersediaan obat bagi peserta jamkesmas, diperlukan revisi Formularium Jamkesmas agar jenis obat yang tercantum didalamnya dapat diperbanyak.

6.2.2 Kepada Pengelola Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta

- a. RSUP Fatmawati, Jakarta sebagai salah satu unit pelaksana teknis program Jamkesmas perlu melakukan evaluasi dan pengukuran kepuasan pasien/keluarga pasien secara berkala sesuai dengan periode waktu yang diinginkan, sehingga dapat diketahui kecenderungan (*trend*) persentase pasien yang puas dan dimensi pelayanan yang masih perlu untuk diperbaiki dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan.
- b. Hasil yang diperoleh dari penelitian ini dapat dimanfaatkan dan dijadikan acuan dalam memperbaiki kinerja rumah sakit, yaitu :
 1. Untuk dapat meningkatkan kepuasan pasien pada bagian administrasi kepulangan pasien, diperlukan koordinasi yang lebih baik lagi dalam hal input data sehingga waktu yang diperlukan untuk memproses administrasi kepulangan bagi pasien menjadi lebih singkat. Selain itu pada bagian administrasi kepulangan pasien, perlu tambahkan satu atau dua loket yang dibedakan peruntukannya, misalnya untuk pasien umum, pasien peserta asuransi dan pasien tidak mampu (TM-DKI, TMLDKI, Gakin, Jamkesmas).
 2. Informasi dan edukasi kepada perawat mengenai pemberian obat kepada pasien perlu dilakukan, agar tujuan pemberian obat sesuai dengan indikasinya dapat terwujud.
 3. Upaya untuk dapat memperbaiki fasilitas kamar perawatan kelas III perlu dipertimbangkan tetapi peningkatan masalah kebersihan ruang perawatan dan kamar mandi harus segera dilakukan agar pasien dan keluarganya merasakan kenyamanan selama dirawat atau menunggu pasien di rumah sakit.
 4. Peningkatan mutu pelayanan makanan perlu ditingkatkan terutama mengenai rasa makanan.

6.2.3 Kepada Instalasi Rumah Farmasi Rumah Sakit

- a. Agar pasien/keluarga pasien tidak menunggu terlalu lama perincian obat untuk pasien sebelum pulang dari rumah sakit, petugas depo farmasi perlu melakukan koordinasi dengan perawat di ruang perawatan. Informasi yang disampaikan dari ruang perawatan mengenai obat yang tidak digunakan (retur obat) serta pasien yang diperbolehkan pulang, dapat membantu petugas depo farmasi untuk segera memproses perincian obat pasien tersebut sebelum keluarganya datang ke depo farmasi untuk mengurus hal tersebut.
- b. Manajemen ketenagaan khususnya perencanaan ketenagaan dan perhitungan analisa kebutuhan pegawai perlu diteliti kembali, agar diperoleh jumlah petugas depo yang memadai dalam melaksanakan tugas pelayanan farmasi di RSUP Fatmawati.
- c. Kemudahan pasien untuk mendapatkan obat selama dirawat di rumah sakit perlu menjadi perhatian bagi depo farmasi. Oleh karenanya berkaitan dengan ketersediaan obat, diperlukan adanya perencanaan yang baik untuk mengantisipasi kekosongan obat agar keterlambatan dari pihak distributor dapat segera diatasi.
- d. Perlu dihimbau kepada dokter untuk menulis resep sesuai Formularium Jamkesmas atau Formularium RSUP Fatmawati agar obat untuk pasien Jamkesmas dapat terpenuhi.

DAFTAR PUSTAKA

- Aday, L et al, 1980. *Health Care in The US Equitable For Whom?* London Sage Publication.
- Afrizal, Budi. 2004. Analisis Tingkat kepuasan Pasien Rawat Jalan Program JPKMM terhadap Mutu Pelayanan Puskesmas di Kabupaten Serang , Tesis Program Studi FKM-UI.
- Azwar, A. 1996. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta.
- Carr-Hill, 1992, *The Measurement of Patient Satisfaction*. Journal Public Health Medicine, 14[3] : 236-249
- Cohen. G. 1996. *Age and Health Status in Patient Satisfaction Survey*, Social Science Med.
- Departemen Kesehatan RI. 2008. Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS). Jakarta
- Departemen Kesehatan RI. Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan. Tentang Jaminan Kesehatan Masyarakat. 17 Maret 2008. <http://www.jpkm-online.net>
- Donabedian, A. 1980. *The Definition of Quality and Approaches to Its Assesment, in Exploration in Quality Assesment and Monitoring*. Vol I. Health Administration Press, Ann Arbor. Michigan.
- Goenawan, Nani H. 1992. Hubungan Kepuasan Pasien/Keluarga Pasien dengan Upaya Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Husada, Jakarta. . Tesis Program Studi FKM-UI, Jakarta
- Gonzales. 1967. *Culture, Disease and Healing*, edited by Avid Landy, Mac Millan Publishing Co.Inc, New York.
- Hall, JA; Dornan, M.C. 1991. *Patient Sociodemographics as Predictor of Satisfaction with Medical Care*, A Meta-Analysis. Soc. Sci Med., 1: 30, 811.
- Hays, Ron.D. 1990. *Hospital Quality Trend: A short Form Paction Breed Measure*. Journal of The Medical Health Care. 27(7): 661-663

- Hastono, Sutanto P. 2007. *Analisa Data Kesehatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Kotler.P. 2003. *Manajemen Pemasaran: Analisis, Perencanaan dan Implementasi* Edisi Kesebelas jilid 1. PT Indeks Kelompok Gramedia. Jakarta..
- Krowinski and Steiber. 1996. *Measuring and Managing Patient Satisfaction*. USA American Hospital Associations Inc..
- Lemeshow, et al. 1991. *Sample Size Determination in Health Studies*, World Health Organization Geneva.
- Lumenta. 1989. *Dokter, Citra, Peran dan Fungsi : Tinjauan Fenomena Sosial*, Penerbit Kanisius. Jakarta..
- Mahlil Ruby. 2005. Perbaikan Kebijakan Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin, *Jurnal MARS* vol VI No. 1 Februari 2005.
- Parasuraman, et al. 1990. *Delivering Quality Service. Balancing Customer Perceptions and Expectation*. The Free Press A Division of Macmillan Inc, New York.
- Si Miskin Juga Perlu Sehat. Sept-Nov. 2006. *Mediakom* edisi 1.
- Soerjadi. 1996. *Pedoman Penilaian Rumah Sakit Umum*. Cetakan ke tiga, Bima, Jakarta.
- Sumampow, Ratna Pingkan. 2003. *Analisa Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Jalan Poli Anak RSAL Dr. Mintohardjo, Jakarta*. Tesis Program Studi FKM-UI, Jakarta.
- Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 983/MenKes/SK/X/1992 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum. Jakarta.
- Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1197/MenKes/SK/X/2004 Tentang Standar Pelayanan Farmasi rumah Sakit. Jakarta.
- Siregar, Charles J.P dan Lia Amalia. 2003. *Farmasi Rumah Sakit : Teori dan Penerapan*. Penerbit Buku Kedokteran EGC.

- Tambing, Aris. 2005. Analisa Persepsi Kepuasan Keluarga Pasien Gakin Peserta Askes Luar DKI di Poliklinik RS Jiwa Pusat Soeharto Heerdjan Jakarta, Januari- Juni 2005. Tesis Program Studi FKM-UI, Jakarta.
- Waspada, Soenarti D. 2002. Analisa Kepuasan Pasien Layanan Rawat Inap Rumah sakit Pusat Pertamina pada Bulan Januari sampai dengan Juni 2002. Tesis Program Studi FKM-UI, Jakarta
- Wijono. D. 1999. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. Teori, Strategi dan Aplikasi*. Airlangga University Press, Surabaya,
- Wikandono. 2003. Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kepuasan Pelanggan Rawat Inap RSUD Budhi Asih, Jakarta Timur. Tesis Program Studi FKM-UI, Jakarta.
- Wilson, L and Goldschmidt, P.1995. *Quality Management in Health Care*. Sidney, Mc.Gran-Hill Book Company.
- Yani. M. 1999. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepuasan Pasien Rawat Inap di RSU Dr. Zainal Abidin Banda Aceh, Tesis Program Studi FKM-UI, Jakarta.

Lampiran-3 Hasil Analisis Data

Frequency Table

Jenis kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	50	49.0	49.0	49.0
	Perempuan	52	51.0	51.0	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak sekolah	11	10.8	10.8	10.8
	SD	37	36.3	36.3	47.1
	SMP	23	22.5	22.5	69.6
	SMU	31	30.4	30.4	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak bekerja	40	39,2	39,2	39,2
	petani	2	2,0	2,0	41,2
	buruh	44	43,1	43,1	84,3
	pedagang	12	11,8	11,8	96,1
	pegawai swasta	4	3,9	3,9	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Penghasilan perbulan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang dari 500 ribu rupiah	47	46.1	46.1	46.1
	Rp. 500.000 - Rp.1.000.000	46	45.1	45.1	91.2
	Rp.1.100.000 - Rp.1.500.000	8	7.8	7.8	99.0
	Rp.1.600.000 - Rp. 2.000.000	1	1.0	1.0	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

Jumlah anggota keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3 - 4 orang	55	53.9	53.9	53.9
5 - 7 orang	41	40.2	40.2	94.1
8 orang atau lebih	6	5.9	5.9	100.0
Total	102	100.0	100.0	

Jumlah hari rawat pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2 - 3 hari	8	7.8	7.8	7.8
3 - 5 hari	25	24.5	24.5	32.4
lebih dari 5 hari	69	67.6	67.6	100.0
Total	102	100.0	100.0	

Ruang perawatan pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid lantai 2 selatan	18	17.6	17.6	17.6
lantai 3 selatan	23	22.5	22.5	40.2
lantai 4 selatan	24	23.5	23.5	63.7
lantai 5 selatan	16	15.7	15.7	79.4
lantai 6 selatan	12	11.8	11.8	91.2
lantai 1 Soelarto	8	7.8	7.8	99.0
lantai 2 Soelarto	1	1.0	1.0	100.0
Total	102	100.0	100.0	

Lampiran-4 Hasil Analisis Bivariat

Jenis kelamin * YANFAR1 Crosstabulation

			YANFAR1		Total
			tidak puas	puas	
Jenis kelamin	Laki-laki	Count	9	41	50
		% within Jenis kelamin	18,0%	82,0%	100,0%
	Perempuan	Count	5	47	52
		% within Jenis kelamin	9,6%	90,4%	100,0%
Total		Count	14	88	102
		% within Jenis kelamin	13,7%	86,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,513 ^b	1	,219		
Continuity Correction(a)	,888	1	,346		
Likelihood Ratio	1,529	1	,216		
Fisher's Exact Test				,259	,173
Linear-by-Linear Association	1,498	1	,221		
N of Valid Cases	102				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,86.

USIA * YANFAR1 Crosstabulation

			YANFAR1		Total
			tidak puas	puas	
USIA	≤ 35 tahun	Count	9	38	47
		% within USIA2	19,1%	80,9%	100,0%
	> 35 tahun	Count	5	50	55
		% within USIA2	9,1%	90,9%	100,0%
Total		Count	14	88	102
		% within USIA2	13,7%	86,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,165 ^b	1	,141		
Continuity Correction(a)	1,399	1	,237		
Likelihood Ratio	2,172	1	,141		
Fisher's Exact Test				,160	,119
Linear-by-Linear Association	2,144	1	,143		
N of Valid Cases	102				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,45.

Pendidikan * YANFAR1 Crosstabulation

			YANFAR1		Total
			tidak puas	puas	
Didik Dasar	Count		8	63	71
	% within Didik		11,3%	88,7%	100,0%
Lanjut	Count		6	25	31
	% within Didik		19,4%	80,6%	100,0%
Total	Count		14	88	102
	% within Didik.		13,7%	86,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,192 ^b	1	,275		
Continuity Correction(a)	,607	1	,436		
Likelihood Ratio	1,133	1	,287		
Fisher's Exact Test				,349	,215
Linear-by-Linear Association	1,180	1	,277		
N of Valid Cases	102				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,25.

Pekerjaan * YANFAR1 Crosstabulation

			YANFAR1		Total
			tidak puas	puas	
KERJA	Tidak	Count	4	36	40
		% within KERJA	10,0%	90,0%	100,0%
	Bekerja	Count	10	52	62
		% within KERJA	16,1%	83,9%	100,0%
Total		Count	14	88	102
		% within KERJA	13,7%	86,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,771 ^b	1	,380		
Continuity Correction(a)	,341	1	,560		
Likelihood Ratio	,799	1	,371		
Fisher's Exact Test				,557	,284
Linear-by-Linear Association	,764	1	,382		
N of Valid Cases	102				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,49.

Anggota Keluarga * YANFAR1 Crosstabulation

			YANFAR1		Total
			tidak puas	puas	
ANGGOTA1	kecil	Count	8	47	55
		% within ANGGOTA	14,5%	85,5%	100,0%
	besar	Count	6	41	47
		% within ANGGOTA	12,8%	87,2%	100,0%
Total		Count	14	88	102
		% within ANGGOTA	13,7%	86,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,068 ^b	1	,795		
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,068	1	,794		
Fisher's Exact Test				1,000	,513
Linear-by-Linear Association	,067	1	,796		
N of Valid Cases	102				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,45.

HSLPERBLN * YANFAR1 Crosstabulation

		YANFAR1		Total
		tidak puas	puas	
HSLPERBLN ≤ 1 juta	Count	14	79	93
	% within HSLPERBLN	15,1%	84,9%	100,0%
HSLPERBLN > 1 juta	Count	0	9	9
	% within HSLPERBLN	,0%	100,0%	100,0%
Total	Count	14	88	102
	% within HSLPERBLN	13,7%	86,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,570 ^b	1	,210		
Continuity Correction(a)	,556	1	,456		
Likelihood Ratio	2,792	1	,095		
Fisher's Exact Test				,355	,249
Linear-by-Linear Association	1,555	1	,212		
N of Valid Cases	102				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,24.

JUMHRRWT * YANFARI Crosstabulation

		YANFARI		Total
		tidak puas	puas	tidak puas
JUMHRRWT ≤ 5 hari	Count	3	30	33
	% within JUMHRRWT	9,1%	90,9%	100,0%
> 5 hari	Count	11	58	69
	% within JUMHRRWT	15,9%	84,1%	100,0%
Total	Count	14	88	102
	% within JUMHRRWT	13,7%	86,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,885 ^b	1	,347		
Continuity Correction(a)	,401	1	,527		
Likelihood Ratio	,942	1	,332		
Fisher's Exact Test				,540	,270
Linear-by-Linear Association	,876	1	,349		
N of Valid Cases	102				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,53.

Jenis kelamin * Kepuasan yankes Crosstabulation

			Kepuasan yankes		Total
			tidak puas	puas	
Jenis kelamin	Laki-laki	Count	10	40	50
		% within Jenis kelamin	20,0%	80,0%	100,0%
	Perempuan	Count	6	46	52
		% within Jenis kelamin	11,5%	88,5%	100,0%
Total		Count	16	86	102
		% within Jenis kelamin	15,7%	84,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,380 ^b	1	,240		
Continuity Correction(a)	,814	1	,367		
Likelihood Ratio	1,390	1	,238		
Fisher's Exact Test				,284	,184
Linear-by-Linear Association	1,366	1	,242		
N of Valid Cases	102				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,84.

USIA * Kepuasan yankes Crosstabulation

			Kepuasan yankes		Total
			tidak puas	puas	tidak puas
USIA2	≤ 35 tahun	Count	11	36	47
		% within USIA2	23,4%	76,6%	100,0%
	> 35 tahun	Count	5	50	55
		% within USIA2	9,1%	90,9%	100,0%
Total		Count	16	86	102
		% within USIA2	15,7%	84,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,926 ^b	1	,048		
Continuity Correction(a)	2,918	1	,088		
Likelihood Ratio	3,967	1	,046		
Fisher's Exact Test				,059	,044
Linear-by-Linear Association	3,887	1	,049		
N of Valid Cases	102				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,37.

Pendidikan * Kepuasan yankes Crosstabulation

			Kepuasan yankes		Total
			tidak puas	puas	
Didik Dasar	Count		10	61	71
	% within Didik		14,1%	85,9%	100,0%
Lanjut	Count		6	25	31
	% within Didik		19,4%	80,6%	100,0%
Total	Count		16	86	102
	% within Didik		15,7%	84,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,453 ^b	1	,501		
Continuity Correction(a)	,142	1	,706		
Likelihood Ratio	,439	1	,507		
Fisher's Exact Test				,558	,345
Linear-by-Linear Association	,449	1	,503		
N of Valid Cases	102				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,86.

Pekerjaan* Kepuasan yankes Crosstabulation

			Kepuasan yankes		Total
			tidak puas	puas	
KERJA	Tidak	Count	4	36	40
		% within KERJA	10,0%	90,0%	100,0%
	Bekerja	Count	12	50	62
		% within KERJA	19,4%	80,6%	100,0%
Total		Count	16	86	102
		% within KERJA	15,7%	84,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,609 ^b	1	,205		
Continuity Correction(a)	,979	1	,322		
Likelihood Ratio	1,693	1	,193		
Fisher's Exact Test				,270	,161
Linear-by-Linear Association	1,593	1	,207		
N of Valid Cases	102				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,27.

HSLPERBLN * Kepuasan yankes Crosstabulation

			Kepuasan yankes		Total
			tidak puas	puas	
HSLPERBLN	≤ 1 juta	Count	15	78	93
		% within HSLPERBLN	16,1%	83,9%	100,0%
	> 1 juta	Count	1	8	9
		% within HSLPERBLN	11,1%	88,9%	100,0%
Total		Count	16	86	102
		% within HSLPERBLN	15,7%	84,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,156 ^b	1	,693		
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,169	1	,681		
Fisher's Exact Test				1,000	,571
Linear-by-Linear Association	,155	1	,694		
N of Valid Cases	102				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,41.

ANGGOTA KELUARGA * Kepuasan yankes Crosstabulation

			Kepuasan yankes		Total
			tidak puas	puas	
ANGGTA 1	Kecil	Count	10	45	55
		% within ANGGTA	18,2%	81,8%	100,0%
	Besar	Count	6	41	47
		% within ANGGTA	12,8%	87,2%	100,0%
Total	Count		16	86	102
	% within ANGGTA		15,7%	84,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,562 ^b	1	,453		
Continuity Correction(a)	,227	1	,634		
Likelihood Ratio	,569	1	,451		
Fisher's Exact Test				,587	,319
Linear-by-Linear Association	,557	1	,456		
N of Valid Cases	102				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,37.

JUMHRRWT * Kepuasan yankes Crosstabulation

		Kepuasan yankes		Total
		tidak puas	puas	
JUMHRRWT ≤ 5 hari	Count	4	29	33
	% within JUMHRRWT	12,1%	87,9%	100,0%
> 5 hari	Count	12	57	69
	% within JUMHRRWT	17,4%	82,6%	100,0%
Total	Count	16	86	102
	% within JUMHRRWT	15,7%	84,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,469 ^b	1	,494		
Continuity Correction(a)	,155	1	,694		
Likelihood Ratio	,487	1	,485		
Fisher's Exact Test				,573	,355
Linear-by-Linear Association	,464	1	,496		
N of Valid Cases	102				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,18.



Lampiran-1 Kuesioner Survey Kepuasan Responden

PROGRAM STUDI ILMU KEFARMASIAN
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS INDONESIA

**KUESIONER KEPUASAN KELUARGA PASIEN RAWAT INAP
PESERTA JAMKESMAS
TERHADAP PELAYANAN FARMASI DAN PELAYANAN KESEHATAN
DI RSUP FATMAWATI TAHUN 2009**

Kepada Yth
Bapak/Ibu/Sdr(i) Peserta Jamkesmas
di
RSUP Fatmawati, Jakarta

Dalam rangka melaksanakan penelitian untuk mengetahui kepuasan keluarga pasien rawat inap peserta Jamkesmas terhadap pelayanan farmasi dan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RSUP Fatmawati, bersama ini kami mohon kesediaan Bapak/Ibu/Sdr(i) meluangkan waktu sejenak untuk mengisi lembar pertanyaan (kuesioner) dibawah ini.

Hasil penelitian ini selain dimaksudkan untuk evaluasi dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kepada pasien Jamkesmas, juga merupakan salah satu persyaratan berkenaan dengan tugas akhir saya dalam menyelesaikan studi pada Program Pasca Sarjana Ilmu Kefarmasian Universitas Indonesia, peminatan Farmasi Sosial.

Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi dan menghargai hak-hak responden dengan cara menjamin kerahasiaan identitas. Peneliti sangat mengharapkan partisipasi responden dalam penelitian ini.

Atas bantuan dan partisipasi Bapak/Ibu/Sdr(i), saya ucapkan terima kasih.

Jakarta, Februari 2009

Hormat saya/Peneliti,

Lucky Hayati

Mahasiswa Program Pasca Sarjana Fakultas MIPA

Universitas Indonesia

Lampiran-2 Lembar Persetujuan Subjek Penelitian

LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah membaca tentang penjelasan tujuan penelitian Kepuasan Pasien Rawat Inap Peserta Jamkesmas terhadap Pelayanan Kesehatan dan Pelayanan Farmasi di RSUP Fatmawati ini dan setelah mendapat jawaban dari pertanyaan yang saya ajukan mengenai penelitian ini, saya mengerti dan memahami bahwa peneliti dapat menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden dan penelitian ini akan sangat berguna bagi peserta Jamkesmas.

Saya sangat memahami bahwa keikutsertaan saya sebagai responden dalam penelitian ini akan bermanfaat bagi peningkatan mutu pelayanan kesehatan di RSUP Fatmawati, khususnya pelayanan Farmasi.

Dengan menandatangani Surat Persetujuan ini berarti saya telah menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Jakarta, 2009

Responden

()

KUESIONER

Isilah pertanyaan dibawah ini dan berilah tanda silang (X) pada jawaban yang anda pilih

A. Identitas Responden

1. Umur : tahun
2. Jenis Kelamin :
 1. Laki-laki
 2. Perempuan
3. Pekerjaan :
 1. tidak bekerja/ibu rumah tangga
 2. petani
 3. buruh/supir
 4. pedagang
 5. pegawai negeri
 6. pegawai swasta
4. Pendidikan :
 1. Tidak sekolah
 2. SD
 3. SMP dan setaranya
 4. SMU dan setaranya
 5. Sarjana atau pendidikan diatas
5. Penghasilan keluarga per bulan :
 1. dibawah Rp. 500.000 ,-
 2. Rp. 500.000 - 1.000.000,-
 3. Rp. 1.100.000 – Rp. 1.500.000,-
 4. Rp. 1.600.000 – Rp. 2.000.000,-
 5. Diatas Rp. 2.000.000,-
6. Jumlah anggota keluarga pasien :
 1. 3-4 orang
 2. 5-7 orang
 3. 8 orang atau lebih
7. Jumlah hari rawat yang pasien jalani :
 1. 2-3 hari
 2. 4-5 hari
 3. lebih dari 5 hari

8. Pasien di rawat di :

a. Gedung Teratai

1. Lantai 2 selatan
2. Lantai 3 selatan
3. Lantai 4 selatan
4. Lantai 5 selatan
5. Lantai 6 selatan

b. Gedung Prof. Soelarto

1. Lantai 1
2. Lantai 4

Keterangan :

a. Gedung Teratai

Lantai 2 : Perawatan pasca melahirkan

Lantai 3 : Perawatan Khusus anak-anak

Lantai 4 : Perawatan Penyakit Paru dan Bedah

Lantai 5 : Perawatan Penyakit Dalam

Lantai 6 : Perawatan Penyakit Jantung dan Syaraf

b. Gedung Prof. Soelarto

Lantai 1 : Orthopaedi

Lantai 4 : Rehabilitasi