

## **BAB 1 PENDAHULUAN**

### **1.1. LATAR BELAKANG**

Pasal 28 H Undang – Undang Dasar 1945 dan Undang – Undang Nomor 23/1992 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan Negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

Untuk menjamin akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan, sejak tahun 1998 pemerintah Indonesia melaksanakan berbagai upaya pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin, mulai dari program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) hingga program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

Upaya pemerintah Indonesia melaksanakan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin itu bermula dengan pengembangan JPS-BK di tahun 1998-2001, yang diluncurkan untuk mengatasi dampak buruk krisis ekonomi tahun 1997. Setelah beberapa tahun, situasi krisis ternyata belum juga membaik seperti yang diharapkan. Ditambah lagi dengan terjadinya kenaikan harga Bahan Bakar Minyak (BBM), maka pemerintah merasa perlu melanjutkan program JPS – BK dengan program kompensasi BBM sehingga diluncurkanlah Program Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PDPSE – BK), untuk pelayanan rujukan/rumah sakit bagi keluarga miskin (Gakin) yang diberlakukan pada tahun 2001 – 2002 yang diteruskan dengan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS BBM – BK pada tahun 2002 - 2004.

Pada akhir tahun 2004, pemerintah mengeluarkan suatu program kebijakan sebagai salah satu model dari sistem jaminan sosial khususnya dalam bidang kesehatan, yaitu Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (PJKMM). Perbedaan prinsip PJKMM dengan program sebelumnya adalah pengelola

dan mekanisme pengelolaannya. Jika sebelumnya pengelolaan langsung dan Pemberi layanan Kesehatan (PPK) yakni Rumah Sakit dan Puskesmas atau tidak langsung oleh Badan Penyelenggara Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat yang berorientasi non-profit pada program PJKMM ini dikelola seragam dan tersentralisir oleh PT Askes berdasarkan SK Menkes RI No 1241/ Menkes/ dan SK Menkes RI No 56/Menkes/SK/I/2005. Dengan bahasa yang singkat bahwa pada PJKMM ini seluruh dana yang dialokasikan Pemerintah untuk pemeliharaan rakyat miskin dikelola secara tersentralistik oleh PT. Askes (Persero) yang lebih dikenal dengan program Askeskin.

Setelah dilakukan evaluasi dan dalam rangka efisiensi dan efektivitas, maka pada tahun 2008 dilakukan perubahan dalam sistem penyelenggaraan Askeskin. Perubahan pengelolaan tersebut adalah dengan pemisahan fungsi pengelola dengan fungsi pembayaran, yang didukung dengan penempatan tenaga verifikator di setiap rumah sakit. Nama Program Askeskin berubah menjadi Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Kebijakan program jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin (Jamkesmas) dikeluarkan sebagai wujud pemenuhan hak rakyat atas kesehatan sesuai dengan Undang – Undang No.40 tahun 2004 tentang SJSN (sistem Jaminan Sosial Nasional). Dalam Undang – Undang No.40 tahun 2004 tentang SJSN BAB III pasal 2 dan 3 menyebutkan bahwa : (1)Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, (2) Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya Tujuan dari adanya program Jamkesmas tersebut adalah;(i)Untuk meningkatkan cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu (ii)Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan (iii)Pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel di bidang kesehatan. Pelaksanaan kebijakan Jamkesmas tersebut dituangkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 125/Menkes/SK/II/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat.

Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (RSCM) sebagai rumah sakit pemerintah yang berlokasi di Ibukota Negara Republik Indonesia turut berperan serta dalam pelayanan Jamkesmas bagi masyarakat miskin. RSCM sebagai rumah sakit rujukan nasional bagi peserta Jamkesmas memiliki ruang lingkup pelayanan antara lain : pelayanan rawat jalan lanjutan (spesialistik), pelayanan rawat inap kelas III, pelayanan obat – obatan, pelayanan rujukan spesimen dan penunjang diagnostik. Pada tahun 2009 berdasarkan data yang diperoleh dari Rekapitulasi Laporan Klaim Jamkesmas per November 2009 diketahui bahwa dana luncuran yang diberikan kepada RSCM untuk kepentingan program Jamkesmas adalah sebesar Rp68,334 juta (54,83% dari total luncuran untuk Kota DKI Jakarta).

RSCM memiliki makna strategis, bagi pembangunan kesehatan di Indonesia. Pendirian RSCM dipelopori oleh tokoh pergerakan nasional, yang namanya kemudian diabadikan untuk nama rumah sakit tersebut, yakni Dr.Tjipto Mangunkusumo. Ia seorang nasionalis dan memiliki semangat juang yang tinggi dalam memperjuangkan kesehatan bangsanya saat itu. Pada perkembangannya, RSCM menjadi kepercayaan masyarakat untuk menjadi rumah sakit rujukan nasional.

Rumah sakit sebagai wadah pelayanan kesehatan harus mempunyai fungsi utama menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan dan pemulihan bagi penderita. Sehubungan dengan hal tersebut dapatlah dinyatakan rumah sakit adalah sisi pemberi pelayanan kepada masyarakat dengan segala latar belakang sosial kulturalnya, tanpa pandang bulu sebagai sisi yang mengharapkan akan menerima pelayanan dengan baik. Dalam mendukung pelaksanaan program Jamkesmas, rumah sakit memiliki peranan yang sangat penting. Perannya adalah memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang menjadi pengguna atau peserta Jamkesmas.

Mutu pelayanan rumah sakit memiliki dua komponen (Harun Rosjid, 1997), yaitu (i) pemenuhan terhadap standar mutu yang telah ditetapkan dan (ii) pemenuhan terhadap harapan pelanggan. Pengelola rumah sakit wajib dan bertanggung jawab untuk memenuhi standar mutu yang telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan. Untuk meningkatkan komponen mutu yang kedua yaitu pemenuhan harapan

pelanggan, perlu diketahui apa sebenarnya kebutuhan dan keinginan pelanggan. Pasien merupakan salah satu pelanggan yang paling sering secara langsung merasakan pelayanan rumah sakit, perlu mendapat perhatian dan dicermati apa yang menjadi keinginan dan harapannya.

Parasuraman, Zeithmal dan Berry (1985, 1988, 1991), menciptakan model penilaian kepuasan pelanggan yang komprehensif bagi pelayanan di bidang jasa, yang berfokus utama pada aspek fungsi dari proses pelayanan. Model ini meliputi 5 dimensi penilaian, yaitu : 1)*tangibles*, bukti langsung, misalnya peralatan yang digunakan, gedung, kerapian penampilan petugas, 2)*responsiveness*, daya tanggap, yaitu keinginan para karyawan dalam memberikan pelayanan dengan tanggap, 3)*reliability*, kehandalan, kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera dan memuaskan, 4)*assurance*, jaminan, yang mencakup kemampuan petugas, kesopanan, sifat dapat dipercaya bebas dari bahaya, resiko dan keragu - ragan dan 5)*emphaty*, kemudahan dalam melakukan hubungan, penuh perhatian dan memahami kebutuhan pelanggan. Pada awalnya model ini dikembangkan untuk menilai mutu pelayanan dari organisasi yang bergerak di bidang jasa, misalnya bank, asuransi dan perusahaan telepon.

Beberapa peneliti telah menggunakan model penelitian ini pada beberapa organisasi yang berbeda, mangold (1991), menggunakan model ini untuk menilai kepuasan pasien terhadap mutu pelayanan kesehatan di suatu rumah sakit di amerika, syed saad andaleeb (2000), menggunakan model ini untuk menilai pelayanan kesehatan di rumah sakit pemerintah dan swasta di Bangladesh.

Rumah sakit merupakan organisasi yang bergerak di bidang jasa, yang mempunyai kekhasan tersendiri, dimana terjadi hubungan yang sangat erat antara pasien sebagai konsumen dengan dokter dan perawat sebagai pemberi layanan. Jasa pelayanan yang diterima pasien terjadi pada waktu yang bersamaan pada saat jasa tersebut diproduksi oleh dokter, perawat dan petugas yang lain. Persepsi pasien terhadap mutu pelayanan dipengaruhi beberapa keadaan, antara lain lingkungan, penampilan petugas, peralatan yang dipakai dalam proses pelayanan dan lain – lain.

Umumnya industri rumah sakit memiliki ciri khas (Sartono, 2004) antara lain: *pertama*, bahan baku dari industri jasa kesehatan adalah manusia. Dalam industri rumah sakit, sebaiknya tujuan utamanya adalah melayani kebutuhan manusia, bukan semata – mata menghasilkan produk dengan proses dan biaya yang seefisien mungkin.

*Kedua*, dalam industri jasa rumah sakit yang disebut pasien tidak selalu mereka yang menerima pelayanan. Pasien adalah mereka yang diobati di rumah sakit, namun yang menentukan di rumah sakit mana mereka dirawat kadang – kadang bukan mereka sendiri, bisa perusahaan tempat mereka bekerja, para dokter yang praktek di sekitar rumah sakit, dan bisa juga asuransi atau bahkan pemerintah (seperti program Jamkesmas). Selain itu, jenis tindakan medis yang akan dilakukan dan pengobatan yang diberikan juga tidak tergantung pada pasiennya tetapi tergantung dari dokter yang merawatnya.

*Ketiga*, kenyataan menunjukkan pentingnya peran para profesional, termasuk dokter, perawat, ahli farmasi, fisioterapi, ahli gizi dan lain – lain, dalam jumlah yang banyak di suatu rumah sakit. Proporsi antara tenaga professional dengan pekerja biasa di rumah sakit, lebih banyak dibandingkan dengan organisasi lainnya.

*Keempat*, ditinjau dari misi rumah sakit yang mempunyai karakteristik yang berbeda dengan perusahaan, dimana disatu pihak memberikan pelayanan kepada masyarakat dengan sebaik – baiknya, dan di lain pihak harus mampu menjaga kelangsungan hidup rumah sakit secara mandiri. Artinya rumah sakit dituntut lebih professional, efektif dan dapat meningkatkan produktivitasnya melalui peningkatan sumber daya manusia, serta pemanfaatan dana dan sarana secara lebih efisien, tanpa harus meninggalkan fungsi sosialnya.

Disamping itu, di dalam industri jasa rumah sakit pasien sangat awam dalam memahami tindakan medis yang diterimanya, sehingga pasien tidak mampu menilai secara pasti mutu pelayanan medis yang diterimanya, sudah standarkah atau sudah sesuaikah. Adalah kewajiban rumah sakit untuk memberikan penjelasan segala bentuk tindakan pelayanan dalam rangka penyembuhan penyakit pasiennya.

Beberapa hal diatas memberi peluang akan terjadinya gap pelayanan yang menyebabkan pelayanan menjadi kurang memuaskan akibat perbedaan – perbedaan antara satu dengan yang lain yang terkait dalam sistem pelayanan kesehatan di rumah sakit. Oleh karena itu untuk mewujudkan pelayanan yang berkualitas, idealnya antara pihak rumah sakit dengan pasien sebagai konsumen harus memiliki kesamaan persepsi mengenai kualitas pelayanan.

Menurut Azrul Azwar (dalam sartono, 2004) idealnya kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit harus dikaitkan dengan kebutuhan pasien, sebagai hakikat dasar diselenggarakannya pelayanan kesehatan. Jelaslah bahwa berkualitas tidaknya suatu rumah sakit, turut ditentukan oleh persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan, termasuk di dalamnya ketersediaan sarana dan prasarana rumah sakit yang digunakan dalam menunjang pelaksanaan pelayanan. Hal tersebut menunjukkan bahwa ukuran kualitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan rumah sakit harus selalu dikaitkan dengan persepsi pasien sebagai pemakai jasa.

Peranan RSCM sebagai salah satu rumah sakit yang ditunjuk oleh pemerintah dalam program jamkesmas adalah memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin pemegang kartu jamkesmas. Pada tahun 2009 jumlah pasien Jamkesmas yang berobat ke RSCM adalah sebanyak 74,903 pasien (jumlah yang banyak jika dibandingkan dengan RS Harapan Kita, dengan jumlah pasien 3,464).

Karena banyaknya pasien Jamkesmas yang berobat ke RSCM ada kemungkinan tidak semua pasien tersebut mendapatkan pelayanan yang memuaskan dari RSCM. Pasien Jamkesmas yang melakukan rawat inap di RSCM adalah pasien yang berasal dari seluruh Indonesia. Sehingga mereka memiliki latar belakang yang beragam dan memiliki persepsi yang berbeda antara satu dengan yang lain tentang pelayanan RSCM yang diterima.

## **1.2. PERUMUSAN MASALAH**

Masalah yang akan dijawab melalui penelitian ini adalah:

- 1) Bagaimana persepsi pasien rawat inap pengguna Jamkesmas terhadap kualitas pelayanan RSCM ?

- 2) Dari ke lima aspek penilaian (*tangibles, responsiveness, reliability, assurance, empathy*), aspek manakah yang gap nya paling besar, dan apa yang harus dilakukan oleh RSCM untuk menutupi gap tersebut?

### **1.3. TUJUAN PENELITIAN**

Berdasarkan latar belakang dan permasalahan tersebut di atas maka tujuan dari penelitian ini dimaksudkan untuk:

- 1) Untuk mengkaji persepsi pasien rawat inap pengguna Jamkesmas terhadap kualitas pelayanan RSCM
- 2) Untuk mengkaji dari ke lima aspek penilaian (*tangibles, responsiveness, reliability, assurance, empathy*), elemen mana yang gap nya paling besar dan apa yang dilakukan oleh RSCM untuk menutupi gap tersebut.

### **1.4. METODE PENELITIAN**

#### **1.4.1. DESAIN PENELITIAN**

Sesuai dengan permasalahan dan tujuan penelitian yang diajukan, penelitian ini termasuk penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Penelitian ini dimaksudkan untuk mengetahui persepsi pasien rawat inap pengguna Jamkesmas terhadap kualitas pelayanan RSCM dengan metode yang dikembangkan oleh parasuraman.

#### **1.4.2. LOKASI DAN WAKTU PENELITIAN**

Penelitian dilakukan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo Jakarta, April – Mei 2010.

#### **1.4.3. POPULASI DAN SAMPLE**

##### **a. Populasi**

Populasi diambil dari rata – rata tiap bulan jumlah pasien Jamkesmas rawat inap yang berobat di RSCM.

b. Sample

Diambil menggunakan metode *systematic Random Sampling* yakni metode pengambilan sampel dimana hanya sampel pertama saja yang dipilih secara acak, sedangkan unsur-unsur selanjutnya dipilih secara sistematis menurut suatu pola tertentu (Singarimbun, 1997). Adapun jumlah sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 100 pasien jamkesmas rawat inap.

### **1.5. MANFAAT PENELITIAN**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi RSCM dalam memberikan pelayanan yang memuaskan kepada pasien rawat inap pengguna Jamkesmas.

### **1.6. SISTEMATIKA PENULISAN**

Tesis ini akan tersusun dalam 5 bab. Bab pertama akan menguraikan mengenai latar belakang, perumusan masalah, tujuan penelitian, hipotesis, ruang lingkup dan metodologi penelitian, manfaat penelitian serta sistematika penulisan.

Bab kedua akan menguraikan landasan teori dan pengalaman empirik yang berhubungan dengan kualitas pelayanan rumah sakit dan penelitian – penelitian terdahulu mengenai kualitas pelayanan rumah sakit dan tingkat kepuasan pasien.

Bab ketiga akan menguraikan kebijakan pemerintah yang berhubungan dengan kebijakan pemerintah dalam bidang kesehatan untuk masyarakat miskin

Bab keempat akan menguraikan persepsi pasien Jamkesmas rawat inap terhadap kualitas pelayanan RSCM

Bab kelima adalah penutup yang akan berisi kesimpulan dari hasil pembahasan pada bab – bab sebelumnya serta saran – saran yang dianggap penting dalam rangka pengambilan kebijakan – kebijakan dalam hal peningkatan kualitas pelayanan rawat inap di rumah sakit, khususnya untuk pemegang kartu Jamkesmas.



