

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Millenium Development Goals (MDGs) merupakan suatu komitmen internasional dalam meningkatkan pembangunan di berbagai negara. Komitmen ini menjadi suatu acuan bagi negara-negara berkembang termasuk Indonesia dalam menyusun rencana pembangunan. Terdapat delapan tujuan dari ditetapkannya MDGs (BPK, 2009). Pembangunan dibidang kesehatan termasuk di antara kedelapan tujuan yang ingin dicapai tersebut. Kedelapan tujuan MDGs tersebut, yaitu :

- (i) Memberantas kemiskinan dan kelaparan ekstrem;
- (ii) Mewujudkan pendidikan dasar untuk semua;
- (iii) Mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan;
- (iv) Menurunkan angka kematian anak;
- (v) Meningkatkan kesehatan ibu;
- (vi) Memberantas HIV dan AIDS, malaria serta penyakit lainnya;
- (vii) Memastikan kelestarian lingkungan;
- (viii) Mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan.

Seperti terlihat di atas, tujuan ke (iv) sampai dengan (vi) merupakan tujuan yang langsung berkaitan dengan bidang kesehatan. Menurunkan angka kematian anak harus dicapai melalui peningkatan kesehatan anak. Semakin sehat seorang anak, semakin kecil peluang untuk meninggal dini. Peningkatan kesehatan ibu, di samping berkaitan dengan semakin kecil peluang para ibu meninggal ketika melahirkan, juga semakin besar peluang untuk melahirkan anak-anak yang sehat, yang akan berusia panjang. Memberantas HIV, AIDS, malaria dsb (penyakit-penyakit menular) berkaitan dengan upaya untuk mencegah kematian secara masal.

Penyediaan pelayanan kesehatan, baik oleh pihak swasta maupun pemerintah, merupakan salah satu bagian dari pembangunan dibidang kesehatan.

Karena pelayanan kesehatan ini di Indonesia kini masih jauh dari kebutuhan untuk mencapai tujuan MDGs tadi maka penyediaannya mesti didorong (Saraswati, 2009).

Data BPS tahun 2009, hingga bulan Maret, mencatat bahwa sebanyak 32,5 juta penduduk Indonesia adalah miskin. Semua penduduk miskin ini tidak dapat mengakses pelayanan kesehatan secara memadai. Kemiskinan (rendahnya pendapatan) menyebabkan mereka tidak mampu membiayai seluruh ongkos yang diperlukan untuk memperoleh pelayanan kesehatan sebagaimana yang diperlukan. Para penduduk miskin ini, apabila mereka sakit, seringkali lebih memilih pengobatan alternatif yang murah (dukun) daripada ke tempat-tempat pelayanan kesehatan yang formal; atau berusaha mengobati sendiri dengan membeli obat-obat tradisional ataupun illegal, yang tidak diuji oleh Badan Pengawasan Obat dan Makanan (www.bps.go.id). Menurut data BPS tahun 2008, sebanyak 65,59% penduduk melakukan pengobatan sendiri dan sebanyak 22,26% menggunakan obat tradisional.

Kondisi seperti yang dikemukakan ini membuat pemerintah Indonesia memandang perlu untuk memberi subsidi kesehatan bagi mereka yang miskin. Pada tahun 2009 subsidi itu dianggarkan sekitar Rp 4,5 trilliun. Tahun 2010 direncanakan subsidi ini akan berjumlah sekitar Rp 4,6 trilliun. Alokasi tersebut untuk pembiayaan Jamkesmas bagi 76,4 juta penduduk miskin dan hampir miskin yang masuk kuota pemerintah pusat (Antara, 2010). Sedangkan pembiayaan pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin yang tidak masuk kedalam kuota Jamkesmas pemerintah pusat ditanggung pemerintah daerah melalui program-program Jamkesda.

Komitmen pemerintah untuk memberi subsidi pelayanan kesehatan bagi mereka (masyarakat) yang miskin --yang seringkali disingkat dengan sebutan "maskin"-- diwujudkan melalui berbagai program. Puskesmas dan rumah sakit secara langsung ditunjuk oleh pemerintah sebagai agen utama bagi pemberi pelayanan kesehatan kepada maskin itu.

Program pemberian subsidi pelayanan kesehatan untuk maskin tersebut bermula pada tahun 1998-2001, yaitu melalui Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK). Program ini kemudian dilanjutkan dengan program

Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PDPSE-BK) pada tahun 2001-2002. Selanjutnya pada tahun 2002-2004 program PDPSE-BK ini diubah menjadi Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS BBM-BK). Pada periode ini dilaksanakan pula uji coba Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (JPK Gakin) di tiga provinsi dan 13 kabupaten. Pada akhir tahun 2004, dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (SK Menkes RI) No. 1241/Menkes/SK/XI/2004 Tanggal 12 November 2004, diberlakukan program baru yaitu Program Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (PJKMM). PT. Askes (persero) merupakan lembaga keuangan yang ditunjuk pemerintah sebagai pelaksana penyalur dana program PJKMM. PT. Askes (persero) mengelola sepenuhnya dana penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan bagi miskin, baik untuk pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya serta pelayanan kesehatan rujukan di RS.

Sebagaimana dikemukakan oleh BPK (2009), sejumlah permasalahan telah muncul dalam pengelolaan PJKMM ini. Permasalahan tersebut antara lain: terjadinya perbedaan data jumlah miskin yang dicatat oleh BPS dengan data miskin yang sebenarnya di tiap daerah, minimnya SDM PT. Askes (persero), minimnya biaya operasional dan manajemen di Puskesmas, dll. Adanya permasalahan-permasalahan ini membuat pemerintah kemudian merubah lagi mekanisme penyelenggaraan program pemberian subsidi pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin (BPK, 2009).

Penyelenggaraan PJKMM, sebagaimana yang dikemukakan di atas, dikelola dengan mekanisme asuransi. Dengan kata lain pembayaran klaim dan verifikasi dilakukan oleh PT. Askes. Sehingga program ini kemudian dikenal dengan nama program Askeskin. Program ini berjalan hingga hingga tahun 2007. Pada tahun 2008, setelah pemerintah mengetahui adanya permasalahan-permasalahan di atas, PT Askes (persero) tidak lagi secara penuh mengelola dana penyelenggaraan program ini. Menurut keterangan pemerintah, hal ini untuk mengatasi keterbatasan jumlah sumber daya manusia yang ada pada PT. Askes (persero), terutama untuk memonitor pelaksanaan program (BPK, 2009). Terjadi pemisahan fungsi antara fungsi pengelola dengan fungsi pembayaran. Pemisahan

fungsi ini diimplementasikan dengan menempatkan tenaga verifikator di setiap RS. Program ini selanjutnya disebut dengan Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Sumber dana Jamkesmas berasal dari APBN dan APBD.

Pada tahun 2009, provinsi Bali menerima luncheon dana Jamkesmas sebesar Rp 75,4 miliar. Dana tersebut dialokasikan kepada RS yang ada di kabupaten maupun kota di provinsi Bali (8 kabupaten dan 1 kota). Sampai dengan bulan November 2009, artinya setelah 9 bulan provinsi ini menerima luncheon dana, sebesar Rp 62,9 miliar belum juga dilaporkan dan dipertanggungjawabkan (Rekapitulasi Laporan Klaim Jamkesmas, November 2009). Menurut Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas 2009 penggunaan dana harus dilaporkan oleh tim pengelola Jamkesmas Provinsi kepada Departemen Kesehatan adalah setiap tanggal 20 bulan berjalan. Dengan demikian, jika dibandingkan dengan dana yang diterimanya maka sebesar 83,4% dana tersebut belum dilaporkan dan dipertanggungjawabkan. Angka ini relatif lebih besar di bandingkan dengan daerah lain seperti: Jatim (58,7%), Jateng (61,6%), Jabar (49,1%).

Di kota Denpasar, yang merupakan ibukota Provinsi Bali, terdapat 4 rumah sakit yang ditunjuk sebagai PPK Jamkesmas, yaitu: Rumah Sakit Umum Pemerintah (RSUP) Sanglah, Rumah Sskit Umum Daerah (RSUD) Wangaya, RSU Bhakti Rahayu dan RSU Dharma Yadnya. RSUD Wangaya merupakan rumah sakit milik pemerintah daerah tertua di Bali. RSUD ini berdiri sejak tahun 1921. Pada tahun 2008, melalui Keputusan Walikota Denpasar nomor 96 Tahun 2008, RSUD ini ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dengan kategori penuh. BLUD dengan kategori penuh artinya BLUD memiliki keistimewaan dalam hal fleksibilitas pengelolaan keuangan. Keistimewaan tersebut antara lain dapat menggunakan pendapatan operasional tanpa terlebih dahulu disetorkan ke rekening kas negara, dapat mengelola utang dan piutang, dapat melakukan investasi jangka panjang dan jangka pendek, dapat mengembangkan kebijakan, sistem dan prosedur pengelolaan keuangan, dll. Pelayanan yang diberikan oleh RSUD Wangaya terhadap peserta Jamkesmas adalah Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), Instalasi Rawat Darurat (IRD), dan

Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL). RJTL dan RITL merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit atas dasar rujukan yang diberikan oleh Puskesmas.

Menurut hasil evaluasi kinerja yang dilakukan secara tahunan oleh rumah sakit tahun 2009, ditemukan empat kelemahan terkait organisasi dan SDM di BLUD Wangaya ini (RBA BLUD Wangaya, 2010). Keempat kelemahan yang diungkapkan dalam RBA tersebut adalah: (i) jumlah tenaga kurang memadai khususnya perawat, (ii) tingkat ketrampilan staf masih kurang, (iii) disiplin pegawai masih kurang dan (iv) komitmen staf belum optimal. Kelemahan tersebut telah mempengaruhi kinerja BLUD Wangaya (termasuk mutu pelayanan). Berdasarkan Rencana Bisnis dan Anggaran BLUD Wangaya 2010, peningkatan mutu pelayanan akan menjadi target yang utama. Untuk menempuh target itu maka: peningkatan kompetensi SDM –melalui pendidikan dan latihan—akan dilakukan; selain itu juga sistem pelayanan dengan ukuran standar pelayanan minimum akan diterapkan; dan sarana serta prasarana medis dan non medis akan ditingkatkan ketersediaannya maupun pemeliharannya.

Informasi tentang kurang memadainya pelayanan kesehatan BLUD Wangaya sering diberitakan di media masa, terutama media lokal, seperti: Antara, Radar Bali. Pelayanan yang kurang memadai ini bukan hanya dirasakan oleh pasien peserta (penerima) program Jamkesmas saja, tetapi juga pada pasien non-Jamkesmas. Ketua Fraksi Demokrat DPRD Denpasar, dalam harian Radar Bali tanggal 28 November 2009, menyatakan bahwa sarana, fasilitas dan SDM BLUD Wangaya memang masih kurang. Kemudian juga salah satu anggota Komisi D DPRD Denpasar, sebagaimana dimuat Antara tanggal 12 Januari 2010, menyatakan bahwa BLUD Wangaya belum mampu memberikan pelayanan maksimal. Akibatnya, munculah keluhan-keluhan warga (pasien).

Hasil polling yang dilakukan secara online oleh BLUD Wangaya pun menunjukkan bahwa sebesar 54% responden menganggap pelayanan BLUD Wangaya masih belum sesuai dengan keinginan (www.denpasarkota.go.id). Sementara studi Razak (2007), meskipun dua tahun telah lewat, menyimpulkan bahwa waktu tunggu pasien untuk mendapatkan pelayanan terlalu lama.

Berdasarkan prioritas BLUD Wangaya dan informasi dari berbagai sumber diatas, maka penting untuk diketahui aspek-aspek apa saja yang harus diatasi untuk meningkatkan mutu pelayanan RSUD Wangaya. Menurut konsep SERVQUAL yang dikemukakan oleh Parasuraman, Zeithaml, dan Berry terdapat lima determinan (dimensi) kualitas pelayanan terkait dengan persepsi pelanggan. Kelima dimensi tersebut adalah (Rosjid, 1997) :

- (i) *Tangible*, atau bukti langsung yang bisa dilihat dan dirasakan oleh pelanggan, seperti keadaan gedung dan fasilitas.
- (ii) *Reliability*, kemampuan untuk memberikan pelayanan yang dijanjikan secara handal dan akurat.
- (iii) *Responsiveness*, kemauan dan daya tanggap untuk selalu siap membantu pelanggan dan memberikan pelayanan yang cepat.
- (iv) *Assurance*, jaminan pengetahuan dan kemampuan petugas, keamanan, kesopanan dan dapat dipercaya.
- (v) *Empathy*, perhatian secara pribadi dan memahami kebutuhan pelanggan.

Kelima dimensi tersebut merupakan variabel mutu pelayanan untuk mengukur tingkat kepuasan pelanggan (pasien). Pengukuran dilakukan dengan cara membandingkan ekspektasi dan persepsi pasien atas kelima dimensi tersebut. Dengan demikian dapat diketahui dimensi-dimensi mana saja yang menimbulkan kepuasan maupun ketidakpuasan pasien dalam pelayanan. Informasi yang didapat juga digunakan untuk menentukan dimensi mana yang perlu dikoreksi untuk meningkatkan kualitas pelayanan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka permasalahan yang hendak dikaji adalah :

1. Bagaimanakah kualitas pelayanan kesehatan BLUD Wangaya menurut pasien Jamkesmas?
2. Aspek-aspek apa saja yang menyebabkan pasien merasa kualitas pelayanan BLUD Wangaya tidak memuaskan?

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah diatas maka penelitian ini bertujuan untuk:

1. Mengetahui persepsi pasien terhadap masing-masing determinan kualitas pelayanan (kelima dimensi SERVQUAL).
2. Mengetahui dimensi apa yang perlu segera diperbaiki oleh RSUD Wangaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi pasien Jamkesmas.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat yang diharapkan dapat diperoleh dari penelitian ini adalah :

1. Mengetahui dimensi-dimensi mana saja yang masih kurang dalam pemberian pelayanan kesehatan oleh RSUD Wangaya.
2. Menentukan langkah perbaikan yang diperlukan berdasarkan informasi gap yang diperoleh.

1.5 Metode Penelitian

Untuk menilai persepsi pelayanan, penelitian ini menggunakan pendekatan SERVQUAL dari Parasuraman. Data akan dihimpun terutama melalui kuisisioner, disamping wawancara dan data sekunder. Lokasi dan waktu penelitian dilakukan pada RSUD Wangaya, Kota Denpasar, Maret-Juni 2010.

1.5.1 Populasi

Menurut Mantra dan Kasto (dalam Singarimbun dan Effendi, 1995: 155) populasi adalah jumlah keseluruhan dari unit analisis yang ciri – cirinya akan diduga. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien Jamkesmas yang berobat di BLUD Wangaya. Pasien tersebut mencakup pasien rawat darurat, pasien rawat jalan dan pasien rawat inap.

Populasi pasien peserta Jamkesmas dalam penelitian ini didasarkan pada rata-rata jumlah pasien Jamkesmas yang dirawat pada bulan Januari sampai Maret 2010, yaitu 308 orang. Jumlah tersebut terdiri dari pasien

yang dirawat pada instalasi rawat darurat (77 pasien), instalasi rawat inap (30 pasien), dan instalasi rawat jalan (201 pasien).

1.5.2 Sampel

Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *random sampling*. Pengambilan sampel penelitian didasarkan pada jumlah populasi sebanyak 308 pasien dan dengan memperhatikan beberapa kriteria berikut :

- Semua pasien telah mendapatkan pelayanan kesehatan
- Pasien mampu berkomunikasi dengan baik
- Pasien dengan usia dibawah 15 tahun diwakili oleh orang tua atau salah satu keluarganya.

Penentuan jumlah sampel dilakukan dengan menggunakan rumus Slovin (Amirin, 2010) :

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)} \quad (1.5.1)$$

Dimana :

n = besar sampel

N = besar populasi

D = tingkat kepercayaan/ketepatan yang diinginkan

Berdasarkan rumus 1.5.1 maka jumlah sampel yang diambil adalah :

$$n = \frac{308}{1 + 308 (0,10^2)}$$

$$n = \frac{308}{31,8}$$

$$n = 75,49$$

Jadi jumlah sampel yang diperlukan minimal 76 orang pasien Jamkesmas.

Sampel tersebut terdiri dari :

- Pasien rawat darurat = $\frac{77}{308} \times 76 = 19$ orang
- Pasien rawat inap tingkat lanjutan = $\frac{30}{308} \times 76 = 7,4 = 7$ orang

- Pasien rawat jalan tingkat lanjutan = $\frac{201}{308} \times 76 = 49,59 = 50$ orang

1.5.3 Pengumpulan Data

- Data primer, diperoleh dengan melakukan wawancara langsung dengan responden, dengan menggunakan kuisisioner. Kuisisioner akan diberikan kepada pasien Jamkesmas setelah pasien tersebut mendapatkan pelayanan kesehatan dari RSUD Wangaya.
- Data sekunder, diperoleh dari data-data yang dimiliki oleh RSUD Wangaya.

1.5.4 Instrumen Penelitian

Penelitian ini menggunakan instrumen (kuisisioner) seperti yang digunakan oleh Parasuraman dkk, yang telah diterjemahkan dan disesuaikan. Kuisisioner terdiri dari dua bagian yaitu pernyataan ekspektasi dan pernyataan persepsi. Masing-masing bagian terdiri dari 26 pernyataan. Kuisisioner meliputi kelima dimensi dari metode SERVQUAL, untuk masing-masing aspek baik pertanyaan ekspektasi maupun persepsi adalah sebagai berikut :

- *Tangible*, pertanyaan nomor 1-5
- *Reliability*, pertanyaan nomor 6-13
- *Responsiveness*, pertanyaan nomor 14-18
- *Assurance*, pertanyaan nomor 19-22
- *Empathy*, pertanyaan nomor 23-26

Kuisisioner menggunakan skala Likert, dengan pemberian skor 1 sampai dengan 5 untuk masing-masing pernyataan. Skor tersebut digunakan untuk mengukur sampai sejauh mana kualitas pelayanan RSUD Wangaya dapat memuaskan pasiennya.

1.5.5 Analisis Data

Setelah didapatkan hasil kuisisioner maka selanjutnya data dianalisis dengan membandingkan skor antara pertanyaan ekspektasi dengan

pertanyaan persepsi. Perbandingan tersebut akan menunjukkan *gap score*, yang menunjukkan perbedaan yang terjadi antara ekspektasi dan persepsi pasien. Menurut Parasuraman et, al. (19:1988) perbedaan antara *Perception (P)* dan *Expectation* dapat digambarkan sebagai berikut :

$$Q = P - E \quad (1.5.2)$$

Dimana :

Q = kualitas pelayanan yang diterima

P = nilai persepsi

E = nilai ekspektasi

Masing-masing nilai persepsi dan nilai ekspektasi berasal dari pernyataan-pernyataan yang diajukan kepada pasien.

Berdasarkan rumus 1.5.2, maka interpretasi hasil perhitungan adalah :

Hasil Q = negatif, artinya kualitas tidak memuaskan

Hasil Q = 0 (sama), artinya kualitas memuaskan

Hasil Q = positif, artinya kualitas sangat memuaskan

Perhitungan *gap score* dilakukan terhadap masing-masing jawaban responden. Selanjutnya dilakukan analisis statistik untuk mengetahui apakah kualitas pelayanan tidak memuaskan, memuaskan atau bahkan sangat memuaskan.

1.6 Lingkup Penelitian

Penelitian ini merupakan studi kasus yang dilakukan pada BLUD Wangaya, kota Denpasar. Sesuai dengan latar belakang, maka yang menjadi obyek penelitian adalah persepsi pasien peserta Jamkesmas pada BLUD Wangaya. Pembatasan pada pasien peserta Jamkesmas adalah karena program ini merupakan program kesehatan bagi maskin yang sedang dilaksanakan pemerintah.

1.7 Sistematika Penulisan

Tesis ini akan tersusun dalam lima bab. Hal-hal yang akan diuraikan dalam masing-masing bab tersebut adalah sebagai berikut :

Universitas Indonesia

Bab I : Pendahuluan

Bab pertama menguraikan mengenai latar belakang, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, metode penelitian, lingkup penelitian dan sistematika penyajian.

Bab II : Penilaian Kualitas Jasa (Pelayanan) : Tinjauan Literatur

Bab kedua berisi teori-teori yang berkaitan dengan obyek yang diteliti.

Bab III: Kebijakan Pemerintah Indonesia dalam Meningkatkan Akses Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin

Bab ketiga berisi tentang berbagai kebijakan pemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap maskin. Dalam bab ini juga akan dipaparkan perihal perkembangan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RSUD Wangaya.

Bab IV: Persepsi Pasien Jamkesmas Terhadap Pelayanan BLUD Wangaya

Bab keempat akan menguraikan analisa dan evaluasi data. Analisa tersebut mencakup pemberian skor berdasarkan kuisioner. Analisa juga dilakukan untuk mengetahui perbedaan (gap) antara persepsi dan ekspektasi pasien.

Bab V : Penutup

Bab kelima berisi kesimpulan dari hasil pembahasan pada bab-bab sebelumnya serta saran-saran yang diperlukan dalam upaya mengatasi gap yang terjadi. Dalam bab ini juga disebutkan mengenai keterbatasan studi.