

**ANALISIS TINGKAT KEPUASAN PESERTA ASKES
SOSIAL PT. ASKES TERHADAP PELAYANAN DOKTER
KELUARGA DI KOTA PEKALONGAN TAHUN 2009**



PROPOSAL TESIS

Untuk memenuhi persyaratan
Mencapai derajat Sarjana S2

Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi
Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

Oleh
Ahmad Baequny
NIM. E4A007006

PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2009

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR GAMBAR	v
DAFTAR LAMPIRAN	vi
DAFTAR SINGKATAN	vii
BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	10
C. Pertanyaan Penelitian	11
D. Tujuan Penelitian.....	11
E. Manfaat Penelitian	12
F. Keaslian Penelitian.....	13
G. Ruang Lingkup	16
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	
A. Asuransi Kesehatan	17
B. Perkembangan PT. Askes	21
C. Dokter Keluarga	24
D. Pelayanan Kesehatan	30
E. Harapan Pelanggan	35
F. Kepuasan Pelayanan	37
G. Analisis Importance dan Performance	41
H. Kerangka Teori	42
BAB III : METODOLOGI PENELITIAN	
A. Variabel Penelitian	43
B. Kerangka Konsep Penelitian	43
C. Rancangan Penelitian	44
D. Jadwal Penelitian	55
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1. Perbandingan Mutu Pelayanan RJTP di Puskesmas dan Dokter Keluarga di Propinsi Jawa Timur Tahun 2002	2
Tabel 1.2. Laporan Pelaksanaan Pelayanan RJTP oleh Dokter Keluarga di KC. Pekalongan	6
Tabel 1.3. Jumlah Kunjungan Peserta Askes ke Dokter Keluarga Sampai Dengan Tahun 2008	10
Tabel 1.4. Keaslian Penelitian	13
Tabel 3.1. Jumlah Responden Berdasarkan Angka Kunjungan Dokter Keluarga Di Kota Pekalongan	46

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1. Dinamika Jumlah Peserta Askes Sosial PT.Askes Yang Terdaftar Pada Dokter Keluarga Di Kota Pekalongan Tahun 2008	8
Gambar 2.1. Kerangka Teori	42
Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian	44
Gambar 3.2. Diagram Kartesius	54

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Kuesioner Penelitian

Lampiran 2 : Hasil Uji Validitas Dan Reliabilitas Penelitian

Lampiran 3 : Surat Ijin Penelitian

DAFTAR SINGKATAN

1. SJSN : Sistem Jaminan Sosial Nasional
2. RJTP : Rawat Jalan Tingkat Pertama
3. ASKES : Asuransi Kesehatan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan menurut Undang-Undang Kesehatan No. 23 Tahun 1992 bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal.¹ Untuk mewujudkan tujuan tersebut pemerintah telah mengupayakan dengan berbagai program, salah satunya adalah dengan program Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem jaminan sosial nasional pada dasarnya merupakan program negara yang bertujuan untuk memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.⁸

Untuk mensukseskan program tersebut pemerintah bekerjasama dengan PT. Askes dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Ada beberapa penyelenggara pelayanan kesehatan yang selama ini telah bergabung guna menyukseskan program pemerintah tersebut. Puskesmas adalah unit organisasi yang termasuk dalam mitra PT. Askes dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat termasuk bagi peserta Askes. Untuk pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) bagi peserta Askes sosial pada umumnya dilaksanakan di Puskesmas. Dokter Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan memiliki beban kerja non medis yang tinggi, hal ini mengakibatkan sebagian waktu dokter puskesmas tersita oleh kegiatan di luar gedung Puskesmas sehingga pelayanan pengobatan di Puskesmas

pada umumnya tidak diberikan langsung oleh dokter melainkan oleh tenaga paramedis.² Hal ini merupakan salah satu faktor penyebab tidak puas nya peserta askes dalam memperoleh pelayanan RJTP, yang terlihat dari rendahnya pemanfaatan puskesmas oleh peserta askes hanya sebesar 36,9 % dari peserta yang membutuhkan.²

Untuk mengantisipasi permasalahan diatas, salah satu upaya yang dikembangkan adalah dengan memperluas jaringan RJTP bagi peserta askes melalui pelayanan dokter keluarga selain Puskesmas. Program pelayanan RJTP oleh dokter keluarga sudah mulai dikembangkan sejak tahun 1995 di Jawa Timur melalui proyek bantuan Bank Dunia (HP4)². Dari evaluasi terhadap program ini, ternyata diperoleh manfaat yang besar dari aspek mutu pelayanan maupun pengendalian biaya sehingga layak untuk dikembangkan di daerah lain.

Dari hasil survey yang dilakukan oleh PT. Askes di Jawa Timur pada tahun 2002 diperoleh gambaran bahwa kualitas pelayanan RJTP di Puskesmas jauh dibawah pelayanan RJTP yang dilaksanakan oleh pelayanan dokter keluarga. Hal ini dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 1.1. Perbandingan Mutu Pelayanan RJTP di Puskesmas dan Dokter Keluarga di Propinsi Jawa Timur Tahun 2002

Uraian	Kriteria	Puskesmas (%)	Dokter Keluarga (%)
Waktu tunggu	< 30 menit	9,76	24,39
Kondisi ruang tunggu	Baik	21,95	63,41
Kondisi ruang periksa	Baik	26,83	65,85
Kondisi peralatan diagnostik	Baik	26,83	41,46
Keberadaan dokter	Selalu ada	21,95	100,00
Perilaku dokter	Baik	29,27	85,97
Efektifitas obat	Baik	14,63	60,98
Kesan pemberian obat	Baik	14,63	60,98
Kualitas obat	Baik	9,76	60,98

Sumber : PT. Askes tahun 2003

Dari tabel diatas terlihat bahwa mutu pelayanan rawat jalan tingkat pertama yang ada di Puskesmas masih dibawah dibandingkan pelayanan yang dilakukan oleh dokter keluarga, hal ini dilihat dari waktu tunggu, kondisi ruang tunggu, kondisi ruang periksa, kondisi peralatan diagnostik, keberadaan dokter, perilaku dokter, efektifitas obat, kesan pemberian obat dan kualitas obat menurut pasien.

Perbedaan prinsip antara pelayanan di Puskesmas dengan dokter keluarga adalah pelayanan Puskesmas menggunakan pendekatan komunitas sedang pelayanan dokter keluarga menggunakan pendekatan keluarga sebagai inti. Dengan pendekatan konsep dokter keluarga maka hubungan antara peserta dengan dokternya akan menjadi lebih baik dan pengenalan kesehatan keluarga diharapkan lebih mendalam sehingga diharapkan pelayanan dokter keluarga juga diarahkan pada upaya promotif dan preventif selain upaya kuratif sesuai dengan penyakit yang dideritanya melalui pembayaran di muka (pra bayar).³

Perkembangan sistem pembiayaan dan pelayanan kesehatan telah melangkah lebih jauh dengan diperkenalkannya konsep kapitasi sejak tahun 1990, dimana seluruh biaya pelayanan kesehatan didasarkan pada jumlah kartu pengenal di suatu wilayah dan kemudian daerah yang bersangkutan diberi kewenangan untuk mengelola biaya tersebut⁷. Sejalan dengan perkembangan sistem pembiayaan, PT. Askes juga menerapkan sistem pelayanan kesehatan antara lain sistem rujukan, konsep dokter keluarga dan konsep wilayah. Semua kebijakan itu dimaksudkan sebagai upaya untuk memberikan pelayanan kesehatan yang optimal dengan biaya yang terkendali.

Adanya perubahan mekanisme pembayaran dari bentuk *fee for service* ke bentuk *prospective payment system* antara lain melalui sistem

kapitasi (bayar di muka) masih menyimpan beberapa pertanyaan, antara lain apakah perubahan bentuk pembayaran tersebut dapat mengarah pada efisiensi tanpa mengorbankan kualitas pelayanan dan apakah perubahan tersebut juga menguntungkan pemberi pelayanan kesehatan dalam hal ini dokter keluarga. Hal ini patut diperhatikan karena kepuasan pemberi layanan kesehatan juga dapat berpengaruh terhadap kualitas dalam memberikan pelayanan kesehatan⁴. Dalam penelitian Mega Karyati, dkk tahun 2004 ditemukan bahwa sebanyak 60,5 % dokter keluarga tingkat kepuasannya rendah terhadap pembayaran kapitasi, dan ditemukannya keluhan tentang jumlah peserta yang sedikit dan tidak merata antara dokter keluarga, besaran kapitasi masih kurang, tidak dilibatkan dalam penentuan jumlah kapitasi serta jumlah kunjungan yang tinggi.⁴

Kepuasan konsumen dapat diartikan sebagai suatu sikap konsumen ditinjau dari kesukaan atau ketidaksukaannya terhadap pelayanan yang pernah dirasakan. Kepuasan konsumen merupakan reaksi perilaku sesudah pembelian, hal itu dapat mempengaruhi pengambilan keputusan pembelian ulang yang sifatnya terus menerus terhadap pembelian jasa yang sama dan akan mempengaruhi ucapan konsumen terhadap pihak luar/lain tentang produksi yang dihasilkan (dalam hal ini produk bisa berupa barang ataupun jasa).⁵

Menurut Parasuraman kepuasan pasien dipengaruhi oleh kualitas pelayanan yang meliputi : bukti langsung (*tangibles*), keterhandalan (*reliability*), daya tanggap (*responsiveness*), kenyamanan (*assurance*) dan perhatian (*empaty*).²¹

Untuk menilai mutu pelayanan diperlukan standar dan indikator, antara lain meliputi empat jenis standar yaitu :⁵

1. Standar masukan (*input*) yang antar lain terdiri dari standar ketenagaan, peralatan dan sarana.
2. Standar proses / standar tindakan dimana ditetapkan tata cara atau prosedur pelayanan baik medis maupun non medis.
3. Standar Keluaran (*Out put / performance*) atau lazim disebut standar penampilan berdasarkan serangkaian indikator baik dari segi pemberi pelayanan maupun pemakainya.
4. Standar lingkungan / standar organisasi dan manajemen dimana ditetapkan garis-garis besar kebijakan, pola organisasi dan manajemen yang harus dipatuhi oleh pemberi pelayanan.

Salah satu cara untuk menggambarkan pelayanan jasa kesehatan termasuk pelayanan dokter keluarga adalah dengan memberikan jasa pelayanan kesehatan yang berkualitas, dimana dengan memenuhi atau melebihi harapan pasien tentang mutu pelayanan yang diterimanya. Setelah menerima jasa pelayanan kesehatan pasien akan membandingkan jasa yang dialami dengan jasa yang diharapkan. Jika jasa yang dialami memenuhi atau melebihi harapan maka mereka akan menggunakan kembali penyedia layanan kesehatan tersebut dan cenderung akan menceritakannya kepada orang lain sehingga jumlah pelanggan akan meningkat demikian pula sebaliknya.¹⁹

Di Kota Pekalongan yang merupakan bagian dari wilayah pantura (pantai utara Jawa), pelayanan dokter keluarga sudah dilaksanakan sejak tahun 2005. Tujuan dilaksanakannya pelayanan rawat jalan tingkat pertama oleh dokter keluarga adalah sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan meningkatkan citra di masyarakat. Target pencapaian peserta yang beralih ke pelayanan dokter keluarga adalah 10% setiap tahun, sehingga sampai dengan tahun 2008 target

pencapaian peserta yang dilayani oleh dokter keluarga adalah 30% dari jumlah peserta Askes sosial. Beberapa upaya untuk pencapaian target tersebut telah dilakukan oleh PT. Askes kantor cabang Pekalongan, diantaranya :

1. Melakukan sosialisasi ke instansi pemerintah tentang dokter keluarga
2. Bekerjasama dengan organisasi Korpri untuk sosialisasi program
3. Bekerjasama dengan dinas kesehatan setempat untuk penunjukan/ penetapan dokter yang sesuai kriteria
4. Sosialisasi melalui stasiun radio dan penyebaran leaflet
5. Memperkenalkan program dokter keluarga kepada setiap peserta Askes yang baru.

Upaya tersebut telah dilaksanakan terus menerus namun target peserta Askes yang diharapkan beralih ke pelayanan dokter keluarga belum juga tercapai. Hal ini memang bisa disebabkan oleh banyak hal, namun faktor kepuasan pelanggan dianggap merupakan hal utama yang bisa menjadi penyebabnya kurangnya minat masyarakat (peserta Askes) untuk beralih ke pelayanan dokter keluarga.

Tabel 1.2. Laporan Pelaksanaan Pelayanan RJTP Oleh Dokter Keluarga Di Kantor Cabang Pekalongan

No	Kab / Kota	Tahun 2006 (target 10%)				Tahun 2007 (target 20%)			Tahun 2008 (target 30%)		
		Peserta Askes	Peserta Dokter Keluarga	%	Ket	Peserta Dokter Keluarga	%	Ket	Peserta Dokter Keluarga	%	Ket
1	Kab. Batang	34.740	4918	14,16	TT	5378	15,48	TB	5732	16,50	TB
2	Kab. Pekalongan	35.044	6058	17,29	TT	6805	19,42	TB	7491	21,38	TB
3	Kab. Pemasang	53.020	2799	5,28	TB	3516	6,63	TB	4384	8,27	TB
4	Kab. Tegal	56.042	-	0	TB	390	0,70	TB	663	1,18	TB
5	Kab. Brebes	53.858	-	0	TB	2326	4,32	TB	3558	6,61	TB
6	Kota Pekalongan	25.822	3560	13,79	TT	4356	16,87	TB	4765	18,45	TB
7	Kota tegal	25.904	-	0	TB	2694	10,40	TB	3852	14,87	TB
Jumlah		284.430	17.335	6,09	TB	25.465	8,95	TB	30.445	10,70	TB

Sumber : Askes KC. Pekalongan 2008

Keterangan :

TT : Target Tercapai

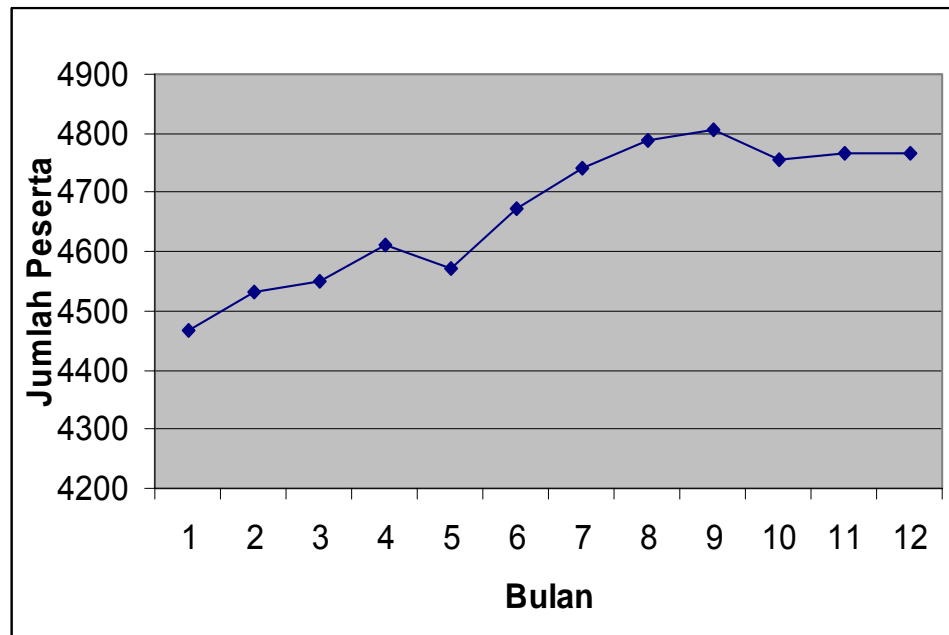
TB : Target Belum Tercapai

Berdasarkan tabel diatas terlihat bahwa Kota Pekalongan telah mencapai target kepesertaan dokter keluarga pada tahun pertama pelaksanaan program, karena memang sejak awal dimulainya program ini Kota Pekalongan dijadikan sebagai *pioneer* atau unit percontohan untuk kota/ kabupaten lain di wilayah kantor cabang Pekalongan. Namun pada tahun berikutnya yaitu tahun 2007 dan 2008, Kota Pekalongan tidak dapat mencapai target kepesertaan bahkan belum ada satupun kabupaten ataupun kota di wilayah Kantor cabang Pakalongan yang telah mencapai target pencapaian peserta. Kota Pekalongan yang merupakan pusat untuk kantor cabang seharusnya dapat memperoleh pencapaian yang bagus setidaknya dapat mencapai target yang ditetapkan sehingga diharapkan dapat diikuti oleh kabupaten / kota lain yang termasuk di wilayah kerjanya.

Menurut Any Agus Kana²⁴ pelanggan yang merasa kepuasannya terpenuhi maka mereka akan loyal dan sulit untuk beralih ke produk/jasa perusahaan lain yang sejenis dan mereka akan cenderung untuk menceritakan pengalamannya kepada orang lain. Apabila hal tersebut terjadi maka pelanggan yang puas akan berfungsi juga sebagai promotor yang baik yang akan membantu perusahaan dalam mendapatkan pelanggan. Berdasarkan hal tersebut maka dimungkinkan bahwa kurang minatnya peserta Askes menggunakan pelayanan dokter keluarga karena tingkat kepuasan yang masih kurang.

Disamping masalah target pencapaian yang belum terpenuhi terdapat juga beberapa peserta yang beralih kembali ke pelayanan di

Puskesmas, hal ini dapat dilihat pada grafik dinamika jumlah kepesertaan dokter keluarga berikut ini.



Gambar 1.1. Dinamika Jumlah Peserta Askes Sosial PT.Askes Yang Terdaftar Pada Dokter Keluarga Di Kota Pekalongan Tahun 2008

Dari grafik diatas terlihat bahwa setiap bulan jumlah peserta selalu fluktuatif. Menurut beberapa survei di luar negeri ¹⁹ disebutkan bahwa pelanggan yang merasa puas umumnya akan menceritakan tentang kepuasannya kepada sekitar 2 – 4 orang sehingga walaupun disini terjadi beberapa kenaikan jumlah peserta namun persentasenya dirasa masih terlalu kecil bila mengacu kepada hasil survei yang ada. Terlebih menurut data diatas juga terjadi penurunan jumlah peserta, artinya ada peserta yang merasa tidak puas dengan pelayanan dokter keluarga sehingga mereka beralih kembali ke pelayanan rawat jalan tingkat pertama yang lain yaitu Puskesmas karena untuk pelayanan rawat jalan tingkat pertama memang hanya ada dua pilihan yaitu di Dokter Keluarga atau Puskesmas.

Berdasarkan informasi dari petugas PT. Askes yang ada di kantor cabang Pekalongan bahwa penyebab dari kepindahan kembali peserta Askes yang dilayani oleh dokter keluarga ke pelayanan Puskesmas karena peserta tersebut mengeluhkan tentang kurang puas dengan pelayanan yang ada di dokter keluarga. Peserta Askes yang pindah tersebut rata-rata menilai bahwa pelayanan yang ada di dokter keluarga kurang lengkap bila dibandingkan dengan pelayanan di Puskesmas, diantaranya yaitu dengan tidak tersedianya laboratorium, klinik gigi, pemeriksaan penglihatan / mata. Ada juga yang mengeluhkan tentang obat yang merasa dibedakan dengan pasien non Askes. Ada juga peserta yang mengeluhkan tentang jam praktek dokter yang hanya melayani pada waktu pagi atau sore hari saja dan pada siang hari tutup.

Hal tersebut juga sejalan dengan hasil *interview* terhadap 10 peserta, dimana terdapat 7 orang yang mengatakan bahwa mereka kurang puas dengan pelayanan dokter keluarga karena pelayanan yang ada di dokter keluarga kurang lengkap, seperti tidak tersedianya pelayanan laboratorium, pelayanan kesehatan gigi, pelayanan kesehatan mata, sehingga apabila pasien membutuhkan pelayanan tersebut mereka harus dirujuk (yang akhirnya mereka harus ke tempat pelayanan rujukan untuk mendapatkan pelayanan sesuai kondisinya). Ada juga peserta (6 orang) yang mengatakan kurang puas karena tidak semua obat merasa dibedakan dengan pasien non Askes. Mereka juga (5 orang) mengeluhkan kurang nyamannya ruang tunggu dan tidak tepatnya jam praktek dokter keluarga sehingga mereka harus menunggu cukup lama untuk mendapatkan pelayanan padahal pasien tidak ramai.

Apabila dilihat dari jumlah kunjungan di pelayanan dokter keluarga, di Kota Pekalongan juga kecenderungannya semakin menurun setiap tahun, hal ini dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 1.3. Jumlah Kunjungan Peserta Askes ke Dokter Keluarga Sampai Dengan Tahun 2008

No	Kab / Kota	2006		2007		2008	
		Jml	%	Jml	%	Jml	%
1	Kab. Batang	443	9,01	484	9,00	615	10,73
2	Kab. Pekalongan	483	8,01	749	11,01	824	11,00
3	Kab. Pemalang	252	9,00	352	10,01	438	9,99
4	Kab. Tegal	0	0	39	10,00	63	9,50
5	Kab. Brebes	0	0	186	8,00	285	8,01
6	<i>Kota Pekalongan</i>	320	8,99	348	7,99	381	8,00
7	Kota tegal	0	0	242	8,98	347	9,01
Jumlah		1500	8,65	2400	9,42	2953	9,70

Sumber : Askes KC. Pekalongan Tahun 2008

Dari tabel diatas terlihat bahwa persentase kunjungan pasien di Kota Pekalongan terjadi penurunan di tahun 2007 walaupun penurunannya hanya 1 persen, dan pada tahun 2008 sedikit mengalami kenaikan namun persentasenya masih dibawah pada tahun 2006. Apabila dibandingkan dengan rata-rata kunjungan dari semua Kabupaten / Kota persentasenya juga masih lebih kecil. Dengan rendahnya angka kunjungan tersebut, hal ini bisa menjadi salah satu isyarat adanya kekurangpuasan peserta dalam pelayanan dokter keluarga sehingga mereka jarang memanfaatkan pelayanan tersebut.

Dari berbagai hal tersebut diatas sehingga penulis merasa tertarik untuk meneliti tentang tingkat kepuasan peserta Askes sosial PT. Askes terhadap pelayanan dokter keluarga di Kota Pekalongan.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas diketahui bahwa tingkat kepuasan pasien dapat berpengaruh terhadap jumlah peserta yang menggunakan pelayanan dokter keluarga. Di Cabang Pekalongan setelah tiga tahun berjalan, secara umum belum mencapai target walaupun berbagai upaya sosialisasi sudah dilakukan. Kota Pekalongan sendiri yang merupakan unit percontohan untuk wilayah Kantor Cabang Pekalongan jumlahnya dirasa belum memenuhi sesuai harapan dimana dari 25.754 peserta Askes, hanya 4765 peserta (18,50%) yang terdaftar sebagai peserta dokter keluarga padahal target Kota Pekalongan setelah berjalan selama 3 tahun adalah 30% yaitu sekitar 7726 peserta.

Dari jumlah peserta yang ada juga ditemukan beberapa peserta yang beralih lagi ke pelayanan Puskesmas sebagai tempat pelayanan tingkat pertama, hal ini dapat terlihat dari fluktuatifnya jumlah peserta setiap bulannya. Angka kunjungan juga mempunyai kecenderungan yang semakin menurun setiap tahunnya, dimana hal-hal tersebut menunjukkan adanya ketidak puasan peserta dalam pelayanan dokter keluarga, sehingga apabila dibiarkan terus menerus akan dapat mengakibatkan semakin menurunnya minat peserta Askes untuk mendapatkan pelayanan dokter keluarga karena rendahnya penilaian peserta terhadap pelayanan yang diberikan.

C. Pertanyaan Penelitian

Dari permasalahan yang ada tersebut maka disusun pertanyaan penelitian sebagai berikut : bagaimanakah tingkat kepuasan peserta Askes sosial PT. Askes terhadap pelayanan dokter keluarga di Kota Pekalongan yang ditinjau dari dimensi kehandalan pelayanan, daya tanggap, jaminan pelayanan, perhatian dan wujud / tampilan pelayanan ?

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui tingkat kepuasan peserta Askes sosial PT. Askes terhadap pelayanan dokter keluarga di Kota Pekalongan

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui tingkat kepuasan peserta Askes sosial PT. Askes terhadap kehandalan pelayanan dokter keluarga
- b. Mengetahui tingkat kepuasan peserta Askes sosial PT. Askes terhadap daya tanggap pelayanan dokter keluarga
- c. Mengetahui tingkat kepuasan peserta Askes sosial PT. Askes terhadap jaminan pelayanan dokter keluarga
- d. Mengetahui tingkat kepuasan peserta Askes sosial PT. Askes terhadap perhatian pelayanan dokter keluarga
- e. Mengetahui tingkat kepuasan peserta Askes sosial PT. Askes terhadap wujud / penampilan pelayanan dokter keluarga
- f. Mengetahui tingkat kepentingan berbagai faktor (kehandalan, daya tanggap, jaminan, perhatian dan wujud / penampilan pelayanan) dalam mempengaruhi kepuasan peserta Askes sosial PT. Askes terhadap pelayanan dokter keluarga

E. Manfaat Penelitian

1. Bagi Institusi (PT. Askes)

Sebagai bahan pertimbangan guna perencanaan pengembangan pelayanan dokter keluarga

2. Bagi MIKM UNDIP Semarang

Sebagai penambah khasanah keilmuan guna penelitian lebih lanjut mengenai asuransi kesehatan

3. Bagi Pelayanan Kesehatan (Dokter Keluarga)

Hasil penelitian dapat dijadikan masukan guna meningkatkan mutu pelayanan pada masyarakat

4. Bagi Peneliti

a. Merupakan media belajar peneliti dalam menerapkan ilmu yang telah diperoleh selama mengikuti perkuliahan

b. Meningkatkan kemampuan dan ketrampilan peneliti dalam melakukan penelitian dan penulisan ilmiah.

F. Keaslian Penelitian

Penelitian tentang analisis tingkat kepuasan peserta Askes sosial terhadap pelayanan dokter keluarga di Kota Pekalongan, sepengetahuan peneliti dan berdasarkan studi pendahuluan ke PT. Askes cabang Kota pekalongan belum pernah dilakukan namun penelitian yang sejenis sudah pernah dilakukan, diantaranya adalah :

Tabel 1.4. Keaslian Penelitian

	Nama Peneliti			
	Diding Lukmana (2006)	Nur Adnan Aga, dkk (2005)	Fanni Fandani (2004)	Ahmad Baequny (2009)
Judul	Kajian Kepuasan Peserta Wajib PT. Askes Dalam Kinerja Perspektif Pelanggan Pada Program	Perbandingan Tingkat Kepuasan Peserta Askes Wajib Dan Sukarela Terhadap Mutu	Hubungan Antara Persepsi Mutu Pelayanan Dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan Umum Puskesmas	Analisis Tingkat Kesesuaian Antara Harapan Dan Kepuasan Peserta Askes Sosial Dalam Mutu Pelayanan Dokter Keluarga

	Asuransi Kesehatan Sosial Di Kota Semarang	Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama	Karangmalang Kabupaten Sragen	Di Kota Pekalongan
Tujuan	Mendeskripsikan kajian kepuasan peserta wajib di Kota Semarang sebagai kinerja perspektif pelanggan dalam kerangka <i>balanced scorecard</i> pada program asuransi kesehatan sosial PT Askes (Persero) Cabang Semarang	Mengetahui perbedaan pada tingkat kepuasan peserta askes wajib yang dilayani oleh Puskesmas dan peserta Askes sukarela yang dilayani oleh dokter keluarga terhadap mutu pelayanan kesehatan yang diterima	Mengetahui hubungan antara persepsi mutu pelayanan dengan kepuasan pasien rawat jalan umum di Puskesmas Karangmalang Kabupaten Sragen	Mengetahui tingkat kesesuaian antara harapan dan kepuasan peserta Askes dalam mutu pelayanan dokter keluarga di Kota Pekalongan
Cara Penelitian dan Analisa Data	Jenis penelitian kualitatif, unit analisis pada penelitian ini adalah peserta Askes dengan jumlah sampel sebanyak 10 orang, analisa data menggunakan cara analisa <i>kontens</i> dan <i>triangulasi</i>	Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan rancangan <i>cross sectional</i> . Metode pengumpulan data dilakukan secara kuantitatif dan kualitatif, selanjutnya terhadap data yang diperoleh dilakukan analisis secara deskriptif dan diuji dengan menggunakan t test. Subyek penelitian ini	Jenis penelitian ini adalah observasional dengan pendekatan <i>cross sectional</i> . Pengumpulan data dilakukan dengan metode kuantitatif. Unit analisis penelitian ini adalah pasien rawat jalan umum yang berobat di Puskesmas Karangmalang. Pengambilan sampel dilakukan dengan cara sampel acak sederhana. Analisa korelasi dilakukan dengan uji	Jenis penelitian kuantitatif dengan pendekatan <i>cross sectional</i> . Penelitian dilakukan dengan membagikan kuesioner kepada responden yang dipilih secara acak. Analisa data dilakukan dengan menghitung tingkat kesesuaian antara tingkat kepentingan dan pelaksanaan, yang selanjutnya akan dijabarkan dalam diagram

		adalah dokter di Puskesmas sebanyak 9 orang dan 6 orang dokter keluarga. Responden penelitian ini sebanyak 200 yang diambil secara acak	korelasi <i>Pearson Product Moment</i> .	<i>kartesius</i> .
Hasil Penelitian	Menunjukkan bahwa pelayanan yang belum memuaskan peserta adalah : (a) terkait pelayanan di PT Askes yaitu masih adanya petugas yang kurang ramah , (b) terkait rawat jalan rumah sakit yaitu komunikasi yang belum baik antara petugas dan peserta, tentang iur biaya pada penunjang diagnostik, masih ada dokter meresepkan obat diluar DPHO, loket tutup tidak sesuai dengan jam kerja , dan adanya keterlambatan dokter dalam melayani praktek, (c) terkait rawat inap rumah sakit yaitu belum baik komunikasi	Menunjukkan bahwa tingkat kepuasan peserta Askes wajib di Puskesmas lebih tinggi dibanding peserta Askes sukarela yang berobat pada dokter keluarga. Perbedaan ini berkaitan dengan aspek pelayanan dokter, peresepan obat, sistem rujukan, akses pelayanan dan fasilitas lingkungan fisik yang dimiliki Puskesmas dan Dokter keluarga. Rendahnya tingkat kepuasan peserta Askes sukarela terhadap mutu pelayanan kesehatan disebabkan	Pasien mempersepsikan pelayanan Puskesmas yang dinyatakan dengan tingkat kepuasan persentase terbanyak dalam kategori sedang, yang meliputi : mutu pelayanan administrasi sebanyak 79 % , mutu pelayanan perawat sebanyak 89%, kebersihan Puskesmas : 76%, kelengkapan alat dan obat sebanyak 71%. Tingkat kepuasan pasien terhadap mutu pelayanan rawat jalan Puskesmas menyatakan 80% merasa puas dan 20% menyatakan tidak puas.	Tingkat kepuasan peserta Askes sosial PT. Askes pada dimensi <i>reliability</i> adalah 90,50%, <i>responsiveness</i> yaitu 92,21%, <i>assurance</i> yaitu 92,74%, <i>empathy</i> yaitu 93,46% dan <i>tangible</i> yaitu 94,32%. Analisa menggunakan diagram kartesius menunjukkan bahwa mayoritas berada di kuadran B (14 item), itu berarti sebagian besar sudah memuaskan peserta, selanjutnya di kuadran D yang sangat memuaskan pasien ada 8 item dan di kuadran C ada 7 item yang cukup memuaskan pasien tapi

	<p>antara pasien dengan perawat dalam pemakaian obat dan penyajian makanan, dan (d) terkait pelayanan obat di apotek yaitu masih ada obat askes (DPHO) yang diresepkan dokter tidak tersedia di apotek, keberadaan media informasi dirasakan kurang, ruang tunggu yang dianggap terlalu sempit</p>	<p>tuntutan peserta Askes sukarela cukup tinggi terhadap pelayanan dokter keluarga karena menurut peserta Askes sukarela premi yang telah dibayarkan kepada PT. Askes jumlahnya cukup besar sehingga menuntut pelayanan yang lebih baik. Sedangkan kepuasan peserta Askes wajib lebih tinggi karena peserta wajib cenderung beranggapan bahwa pelayanan kesehatan yang diterima dengan premi 2 % dari gaji sudah cukup baik</p>		<p>masih perlu ditingkatkan. Namun ada yang harus diperhatikan yaitu yang berada di kuadran A (7 item), pada kuadran ini perlu diprioritaskan karena harapan pasien pada kuadran ini tinggi namun pelaksanaannya masih dirasa kurang sehingga menimbulkan ketidakpuasan pasien.</p>
--	--	---	--	---

G. Ruang Lingkup

1. Ruang Lingkup Waktu

Penelitian akan dilakukan pada bulan Maret – September 2009

2. Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini akan dilakukan di wilayah Kota Pekalongan

3. Ruang Lingkup Materi

Penelitian ini menggunakan studi kuantitatif, yang dilakukan untuk mengukur tingkat kepuasan peserta Askes sosial dalam pelayanan dokter keluarga yang meliputi dimensi mutu kehandalan pelayanan, daya tanggap, jaminan pelayanan, perhatian dan wujud / tampilan pelayanan di dokter keluarga.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

H. Asuransi Kesehatan

Asuransi menurut kamus *Webster New Universal Unabridged Dictionary* berarti *security, indemnity, guarantee, protection*. Secara umum kamus tersebut menjelaskan arti asuransi sebagai berikut :

“... A system of protection against loss in which a number of individuals agree to pay certain sums for a guarantee that they will be compensated for any specified loss by fire, accident, death, etc.”

Definisi tersebut diatas menunjukkan bahwa asuransi adalah suatu transfer resiko dengan membayar premi/iuran (*certain sums*) dengan jaminan mendapatkan kompensasi berupa benefit atau paket kompensasi jika terjadi kerugian tertentu akibat suatu resiko seperti kecelakaan (termasuk resiko sakit). Dengan transfer resiko terjadi subsidi atau gotong royong dari yang sehat kepada yang sakit.⁷

1. Prinsip Asuransi Kesehatan

Prinsip asuransi kesehatan adalah menghimpun dana dari populasi yang besar dan membagi resiko sakit atau cedera (*risk*

sharing) yang dialami sebagian kecil anggota dengan keseluruhan populasi. Terdapat beberapa prinsip kesehatan yang disampaikan Trisnantoro diantaranya adalah :

- a) Asuransi kesehatan merupakan suatu sistem pembiayaan kesehatan dengan menganut konsep resiko
- b) Dalam sistem asuransi kesehatan resiko yang dimaksud menjadi tanggungan bersama oleh | 17 | lengan membayar premi iuran ke sebuah perusahaan
- c) Asuransi kesehatan sebagai suatu piranti ekonomi dimana seseorang membayar sejumlah uang relatif kecil (*premi*) untuk menanggulangi suatu kemungkinan kerugian keuangan yang besar dan mungkin terjadi jika tanpa dilindungi asuransi
- d) Usaha asuransi harus berlandaskan pada manajemen resiko dengan melalui beberapa tahapan proses : penetapan tujuan, identifikasi resiko, evaluasi resiko, penanganan resiko, melaksanakan usaha dan melakukan evaluasi resiko
- e) Pemahaman mengenai resiko dari persepsi peserta dapat menimbulkan terjadinya proses yang disebut *adverse selection*.

Asuransi pada dasarnya adalah suatu mekanisme untuk mengalihkan resiko (ekonomi) perorangan menjadi resiko kelompok. Manifestasinya adalah peserta diwajibkan untuk membayar iuran/*premi* yang jumlahnya kecil untuk dapat melindungi diri apabila terkena suatu resiko yang mungkin besar. Karena itu dalam prinsip asuransi, menghitung resiko (*risk*) adalah sangat penting.¹⁰

Implementasi prinsip asuransi kesehatan ternyata sangat dinamis, mengikuti perkembangan teknologi kedokteran serta tuntutan masyarakat yang semakin meningkat dan kritis. Program asuransi

kesehatan konvensional mengenal bentuk hubungan tiga pihak (*tripartite relationship*) yang terdiri dari badan penyelenggara asuransi kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan (PPK/*Health provider*, yaitu RS/Dokter/Apotik) dan peserta asuransi kesehatan (konsumen). Dalam bentuk hubungan seperti ini peserta asuransi akan memperoleh pelayanan kesehatan dari PPK, kemudian PPK mengklaim pada badan penyelenggara asuransi kesehatan sesuai dengan perjanjian, sedangkan badan penyelenggara akan menerima pembayaran *premi* dari peserta asuransi kesehatan tersebut. Pada hubungan seperti itu peserta dapat juga membayar terlebih dahulu pada PPK dan kemudian memperoleh penggantian dari badan penyelenggara asuransi sesuai kontrak (*indemnity*).

Dalam perjalanannya model ini juga berkembang menjadi model *bipartite*, dimana badan penyelenggara asuransi kesehatan bekerjasama dan bahkan mendirikan *health provider* sendiri.¹⁰

2. Manfaat Asuransi Kesehatan

Asuransi kesehatan apabila dilaksanakan dengan baik maka akan dapat diperoleh beberapa manfaat, diantaranya : membebaskan peserta dari kesulitan menyediakan dana tunai, biaya kesehatan dapat diawasi, mutu pelayanan dapat diawasi, dan tersedianya dana kesehatan.

PT. Askes sesuai dengan PP No. 69 tahun 1991 adalah penyelenggara program pemeliharaan kesehatan bagi pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran dan perintis kemerdekaan beserta keluarganya yang bersifat wajib. Dalam melaksanakan program ini PT. Askes bekerjasama dengan penyelenggara pelayanan kesehatan

seperti puskesmas, Rumah Sakit Pemerintah, RS TNI/POLRI dan beberapa RS swasta. Dalam memberikan pelayanan kesehatan PT. Askes menerapkan sistem bertingkat, yang dimulai dari rawat jalan tingkat pertama sampai pada pelayanan spesialis melalui rujukan dan pelayanan rawat inap.

3. Asuransi Kesehatan Nasional

Jika penyelenggaraan asuransi sosial dikelola oleh badan untuk seluruh penduduk suatu negara maka sistem ini disebut sebagai asuransi kesehatan nasional (*National health insurance*). Yang artinya pada suatu negara atau propinsi hanya ada satu badan asuransi kesehatan yang mengelola seluruh penduduk. Kepesertaan asuransi ini bersifat wajib karenanya tidak terjadi *bias selection* dan dapat terlaksana asas pemerataan.

Dalam asuransi kesehatan sosial seharusnya tidak diperkenankan adanya perkecualian seseorang tidak ikut dalam program tersebut. Hal ini kan mempengaruhi *risk pooling* menjadi encer, apalagi jika banyak orang yang tidak ikut dalam program. Asuransi kesehatan sosial ini membawa konsekuensi yang kaya membantu yang miskin, yang muda membantu yang tua, yang sehat membantu yang sakit, yang beresiko rendah membantu yang beresiko tinggi. Hal ini sangat berbeda dengan asuransi kesehatan komersial yang berorientasi profit dan tidak memungkinkan terjadinya mekanisme gotong royong diantara berbagai elemen masyarakat.¹⁷

Cakupan asuransi kesehatan di Indonesia dalam berbagai bentuk masih sangat kecil yaitu berkisar 15% dari seluruh penduduk. Hasil study Thabrani dan Pujianto dengan menggunakan data Susenas menunjukkan bahwa hanya 14,05% penduduk yang memiliki

jaminan di tahun 1998. Jumlah inipun sebenarnya boleh dikatakan lebih banyak dari yang sebenarnya jika diperhatikan bahwa pelayanan yang diberikan tidak seluruhnya menanggung resiko berat penduduk. Mereka yang mempunyai jaminan melalui dana sehat misalnya tidak mendapat jaminan yang memadai, bahkan jaminan askes yang diberikan PT. Askes masih mengharuskan pesertanya membayar cukup besar. Sementara pelayanan yang disediakan pemerintah melalui Puskesmas dan Rumah Sakit juga masih membebani masyarakat. Hal ini merupakan tantangan yang besar bagi Indonesia karena negara tetangga kita seperti Filipina dan Muangthai telah mencapai cakupan 60 dan 70 % penduduknya dengan jaminan yang lebih baik.⁸

Asuransi kesehatan nasional baru dapat dilakukan jika infrastruktur pendukung sudah memadai seperti cakupan pekerja formal, infrastruktur pajak, sistem administrasi, jaringan PPK, dan kemampuan keuangan suatu negara sudah baik. Jika infrastruktur tersebut belum memadai, biasanya negara melaksanakan asuransi sosial untuk kelompok tertentu yang secara manajemen dapat dilakukan misalnya dimulai dengan tenaga kerja formal. Kemudian dengan meningkatnya kemampuan manajemen dan membaiknya infrastruktur lain maka cakupan asuransi kesehatan sosial ditingkatkan menjadi cakupan asuransi kesehatan nasional.⁷

I. Perkembangan PT. Askes (Persero)

PT.Askes (Persero) hadir tahun 1968, melalui Keputusan Presiden Nomor 230/1968, menggantikan sistem lama yang berlaku sejak jaman Belanda. Sejalan dengan perubahan status menjadi Perusahaan Umum

pada tahun 1984, dilaksanakan upaya membangun sistem pelayanan dan pembiayaan kesehatan yang terintegrasi yaitu mengubah sistem *reimbursement fee for services system* menjadi *managed health care concept*.⁽³⁶⁾.

Implikasi dari perubahan sistem adalah berubahnya dari sistem yang bebas menjadi sistem dengan berbagai prosedur, dan inilah yang kemudian oleh peserta Askes sering dianggap sebagai pelayanan yang berbelit-belit, padahal di semua negara prosedur ini juga diberlakukan, perubahan tersebut yaitu sebagai berikut :

- a. Standarisasi obat yang dikenal dengan DPHO (Daftar dan Plafon Harga Obat) pada tahun 1987, ini diperlukan karena mengingat banyaknya obat yang beredar dengan harga yang sangat variatif.
- b. Diberlakukannya konsep Dokter keluarga, rujukan dan wilayah dalam pelayanan kesehatan. Konsep ini telah memberi dampak menurunnya pelayanan spesialis dan rawat inap sehingga aspek pembiayaan juga menurun
- c. Diberlakukannya sistem pembiayaan prospektif (*prospective payment system*), kapitasi pada dokter keluarga/puskesmas, tarif paket harian rawat inap dan rawat jalan lanjutan sampai ke sistem kapitasi total serta DRGs (*Diagnostic Related Groups*) pada tindakan-tindakan khusus.

Tujuan *managed care* adalah untuk menciptakan sistem pelayanan kesehatan yang optimal yang menjamin terselenggaranya pemeliharaan kesehatan yang bermutu dengan biaya yang optimal. Pada dasarnya konsep ini mengintegrasikan konsep pelayanan kesehatan (*delivery of care*) dan konsep pembiayaan kesehatan (*financing of healthcare*) menjadi satu sistem untuk menjamin terselenggaranya pelayanan

kesehatan yang bermutu dengan biaya yang optimal. Dengan demikian badan penyelenggara dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan dengan biaya yang terkendali. ⁽³⁷⁾

Pada tahun 1992 Perusahaan Umum berubah menjadi PT (Persero) Asuransi Kesehatan, sejalan dengan perubahan badan penyelenggara, maka kepesertaan PT. Askes telah diperluas selain PNS/pensiun juga mencakup veteran dan perintis kemerdekaan sebagai peserta wajib. Disamping itu PT. Askes juga membuka peluang memperluas kepesertaan secara sukarela bagi badan usaha seperti BUMN/D, dan swasta termasuk lingkungan pendidikan

1. Tujuan Pokok Perusahaan

Tujuan perusahaan adalah turut melaksanakan dan menunjang kebijaksanaan dan program pemerintah di bidang ekonomi dan pembangunan nasional pada umumnya, serta pembangunan asuransi, khususnya asuransi kesehatan bagi pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan beserta keluarganya dan peserta lainnya serta menjalankan jaminan pemeliharaan kesehatan dengan menerapkan prinsip-prinsip perseroan terbatas.

2. Visi dan Misi Perusahaan

Dalam rencana jangka panjang perusahaan (RJPP) tahun 2004 – 2008, visi dan misi PT Askes (Persero) sebagai berikut: ⁽³⁸⁾

a) Visi

Menjadi perusahaan spesialis asuransi kesehatan dan jaminan pemeliharaan kesehatan dan *market leader* di Indonesia

Yang dimaksud dengan spesialis adalah hanya melakukan usaha dalam bidang asuransi kesehatan dan jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK) dan menyelenggarakan usaha asuransi

kesehatan dan jaminan pemeliharaan secara profesional dan selalu memberikan pelayanan yang bermutu bagi pelanggan.

Sebagai *market leader*, perusahaan dapat menguasai pangsa pasar 20 % dari potensi pasar dalam 5 tahun ke depan dan menjadi pusat pembelajaran di bidang asuransi kesehatan bagi pihak lain (*center of excellence*)

b) Misi

Turut membantu pemerintah di bidang kesehatan, dengan :

- 1) Menyelenggarakan JPK yang bersifat sosial berdasarkan sistem *managed care* untuk kemanfaatan maksimum bagi peserta askes
- 2) Menyelenggarakan askes yang bersifat komersial bagi masyarakat berpenghasilan tetap terutama kelompok menengah ke atas berdasarkan sistem *managed care* dan *indemnity* untuk kemanfaatan *stake holders*

Lebih lanjut misi tersebut dapat diuraikan sebagai berikut, yaitu perusahaan bergerak dibidang kesehatan sesuai dengan penugasan oleh pemerintah dalam Peraturan Pemerintah Nomor 69 tahun 1991, dimana perusahaan pada dasarnya menyelenggarakan dua program yaitu jaminan pemeliharaan kesehatan yang bersifat sosial dan asuransi kesehatan yang bersifat komersial.

J. Dokter Keluarga

1. Pengertian

Sampai saat ini pengertian dokter keluarga masih terus diperbincangkan, karena ada yang berpendapat bahwa dokter

keluarga merupakan sebuah spesialisasi di bidang kedokteran sehingga untuk dapat menjadi dokter keluarga seorang dokter harus menempuh spesialisasi dokter keluarga dengan kurikulum tertentu. Namun ada juga yang berpendapat bahwa dokter keluarga adalah dokter umum yang menyediakan dirinya sebagai dokter keluarga sehingga untuk menjadi dokter keluarga tidak perlu mengambil program spesialisasi namun cukup dengan mengikuti pelatihan dokter keluarga saja.

Di Jawa Tengah sendiri tepatnya di Universitas Sebelas Maret Surakarta telah diselenggarakan program pasca sarjana yang diselenggarakan guna mengembangkan profesi dokter keluarga, disamping menyelenggarakan juga berbagai pelatihan-pelatihan untuk meningkatkan pelayanan dokter keluarga.⁹

Pengertian dokter keluarga menurut Ikatan Dokter Indonesia (IDI) tahun 1982, dokter keluarga adalah dokter yang dapat memberikan pelayanan kesehatan yang berorientasi komunitas dengan titik berat kepada keluarga, ia tidak hanya memandang penderita sebagai individu yang sakit tetapi sebagai bagian dari unit keluarga dan tidak hanya menanti secara pasif, tetapi bila perlu aktif mengunjungi penderita atau keluarganya.¹⁸

Sedangkan menurut PT. Askes pengertian dari pelayanan dokter keluarga adalah pelayanan kedokteran menyeluruh, memusatkan pelayanan kepada keluarga sebagai suatu unit, tanggung jawab dokter terhadap pelayanan kesehatan tidak dibatasi golongan umur atau jenis kelamin pasien, tidak juga oleh organ tubuh atau jenis penyakit tertentu.²

2. Karakteristik Pelayanan Dokter Keluarga

Muktamar Ikatan Dokter Indonesia (IDI) tahun 1982 menetapkan karakteristik dokter keluarga sebagai berikut :

- i. Melayani penderita tidak hanya sebagai perorangan tetapi sebagai anggota keluarga dan bahkan sebagai masyarakat sekitarnya
- ii. Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh, perhatian secara lengkap dan sempurna, jauh melebihi keluhan yang disampaikan
- iii. Mengutamakan pelayanan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan seoptimal mungkin, mencegah penyakit serta mengenal dan mengobati penyakit sedini mungkin
- iv. Mengutamakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan dan berusaha memenuhi kebutuhan tersebut sebaik-baiknya
- v. Menyediakan dirinya sebagai tempat pelayanan kesehatan tingkat pertama dan bertanggung jawab pada pelayanan kesehatan tingkat lanjutan.

3. Peranan Dan Tanggung Jawab Dokter Keluarga

Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, seorang dokter keluarga dituntut untuk menjalankan fungsi dan perannya sebagai berikut :²⁰

i. Pemberi Layanan (*Care Provider*)

Sebagai pemberi layanan, dokter keluarga mempertimbangkan kebutuhan pasien secara total (fisik, mental dan sosial) baik

sebagai individu maupun sebagai bagian yang tak terpisahkan dari keluarga dan komunitasnya.

ii. Pengambil Keputusan (*Decision Maker*)

Dokter keluarga bertindak sebagai mitra bagi pasiennya dalam mengambil keputusan medis dengan memilih dan menggunakan teknologi kedokteran dan kesehatan yang tepat secara rasional, beretika dan sadar biaya. Dengan demikian sumber daya pasien dan komunitas yang dilayaninya dapat dimanfaatkan dengan sebaik-baiknya.

iii. Komunikator (*Communicator*)

Seorang dokter keluarga dituntut mampu berkomunikasi dengan penuh *empathi* karena dengan cara tersebut ia dapat memberdayakan individu maupun kelompok untuk meningkatkan dan melindungi kesehatannya melalui perilaku hidup sehat.

iv. Pemimpin Kelompok (*Community Leader*)

Dokter keluarga merupakan orang yang memperoleh kepercayaan dari masyarakat di wilayah kerjanya sehingga harus mampu menggalang peran serta masyarakat dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan.

v. Manager

Sebagai koordinator dalam pemeliharaan kesehatan bagi pasien dan keluarganya, dokter keluarga seyogyanya dapat bekerjasama secara harmonis dengan setiap individu dan keluarga baik didalam maupun diluar sistem pelayanan kesehatan.

4. Model Pelayanan Dokter Keluarga

Terdapat beberapa model pelayanan dokter keluarga yang dapat diterapkan kepada peserta Askes, diantaranya adalah :

- i. Klinik 24 jam, yaitu beberapa dokter yang bekerja pada satu klinik yang beroperasi dalam 24 jam sehari, setiap hari dan memberikan pelayanan menyeluruh
- ii. Dokter praktek bersama dimana dokter praktek lebih dari satu orang berpraktek pada jam praktek yang bersamaan dalam satu tempat praktek
- iii. Dokter keluarga praktek perorangan, dimana satu orang dokter keluarga praktek dalam satu tempat praktek
- iv. Dokter keluarga yang terkoordinasi dalam suatu organisasi menyerupai *model Independent Practice Association (IPA)* di Amerika Serikat. Dengan sistem ini beberapa dokter berafiliasi dalam satu wadah organisasi dan organisasi ini menjalin ikatan kerjasama dengan PT. Askes
- v. Puskesmas khusus yang memenuhi persyaratan sebagai institusi yang mampu memberikan pelayanan dokter keluarga

Dalam pelaksanaannya disesuaikan dengan kondisi masing-masing daerah. Model yang paling ideal adalah klinik 24 jam, bila karena kondisi setempat hal ini sulit direalisasikan maka dapat dipilih model lain, namun harus diupayakan agar pelayanan konsultasi dokter keluarga dapat dilaksanakan 24 jam.

5. Tujuan Pelayanan Dokter Keluarga

Tujuan dari diselenggarakannya pelayanan dokter keluarga adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan melalui

pelayanan rawat jalan tingkat pertama. Sedangkan tujuan khususnya adalah agar terlaksananya konsep *gate keeper* yang merupakan salah satu prinsip dasar dari penyelenggaraan *managed care*, meningkatkan pengendalian mutu dan biaya pelayanan kesehatan serta untuk meningkatkan loyalitas pelanggan terhadap program pemeliharaan kesehatan yang diselenggarakan oleh PT. Askes.²

1. Pelayanan yang Diberikan Oleh Dokter Keluarga

Pelayanan kesehatan yang diberikan dokter keluarga bersifat komprehensif, meliputi :

- a. Upaya promotif, berupa penyuluhan atau konsultasi
- b. Upaya preventif, berupa kegiatan imunisasi, kunjungan rumah dan konseling
- c. Upaya kuratif, berupa pemeriksaan dan pengobatan penyakit
- d. Upaya rehabilitatif, berupa penanganan kasus rujuk balik

Sedangkan paket pelayanan RJTP oleh dokter keluarga meliputi berbagai jenis pelayanan, antara lain :

- a. Konsultasi medis dan penyuluhan kesehatan
- b. Pemeriksaan, pengobatan dan tindakan medis kecil
- c. Pemeriksaan penunjang diagnostik sederhana (bila tersedia)
- d. Pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui, bayi dan anak balita
- e. Upaya penyembuhan terhadap efek sampingan kontrasepsi
- f. Pemberian obat-obatan pelayanan dasar sesuai indikasi medis
- g. Pemberian surat rujukan ke pemberi pelayanan kesehatan dengan fasilitas lebih tinggi untuk kasus-kasus yang tidak dapat ditanggulangi oleh dokter keluarga.

2. Sistem Pembayaran Dokter Keluarga

Pelayanan RJTP oleh dokter keluarga dibayar dengan sistem kapitasi untuk jasa dokter dan biaya obat. Besaran alokasi dana kapitasi menjadi tanggungan PT. Askes, yaitu sebesar Rp. 2.500,- perjiwa perbulan dengan perincian Rp. 1.500,- untuk kapitasi jasa dokter dan Rp. 1.000,- untuk kapitasi obat.

Untuk mencukupi kebutuhan biaya dan pengendalian biaya pelayanan kesehatan maka diberlakukan urun biaya yang besarnya bervariasi setiap daerah. Urun biaya maksimum adalah Rp. 4.000,- per kunjungan untuk biaya obat dan Rp. 2.500,- per kunjungan untuk jasa dokter. Beberapa faktor yang menjadi pertimbangan dalam penghitungan urun biaya antara lain :²

- a. Rata-rata tarif umum dokter praktek daerah setempat
- b. *Discount* dari tarif setempat sebesar 30% - 50%, dengan pertimbangan :
 - i. Kapitasi merupakan pendapatan yang pasti untuk dokter dan dibayar dimuka
 - ii. Tidak ada *reward* tambahan bagi dokter
 - iii. Mempunyai nilai tambah dalam hal promosi karena kunjungan yang lebih banyak
 - iv. Obat khusus dengan harga lebih murah

K. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.¹⁸

Menurut Azwar terdapat beberapa syarat pelayanan kesehatan yang baik, antara lain yaitu¹⁸ :

a. Tersedia dan berkesinambungan

Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat adalah pada setiap saat dibutuhkan

b. Dapat diterima dan wajar

Pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat

c. Mudah dicapai

Pelayanan kesehatan yang baik mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat

d. Mudah dijangkau

Dari sudut biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat

e. Bermutu

Menunjukkan tingkat kesempurnaan dalam pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dan dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan serta tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar yang telah ditetapkan

Mutu atau kualitas pelayanan kesehatan didalam sistem kesehatan nasional diartikan sebagai upaya pelayanan kesehatan yang bersifat

terpadu, menyeluruh, merata dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Menurut Berry, Zeithaml dan Parasuraman atau biasa dikenal dengan *teori SERVQUAL* pada dasarnya terdapat lima dimensi yang digunakan konsumen dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan, yaitu dapat diraba (*tangibles*), keandalan (*reliability*), ketanggapan (*responsiveness*), jaminan (*assurance*) dan *empathy*.^{19) 39}

Mutu pelayanan agak sulit diukur karena umumnya bersifat subyektif dan menyangkut kepuasan seseorang, dimana hal ini tergantung pada persepsi, label, sosial ekonomi, norma, pendidikan dan kepribadian.²¹ Gambaran pasien mengenai mutu pelayanan, antara lain :

- a. Dokter terlatih baik
- b. Perhatian pribadi dokter terhadap pasien
- c. Privacy dalam diskusi penyakit
- d. Biaya klinik terbuka
- e. Waktu tunggu dokter yang singkat
- f. Informasi dari dokter
- g. Ruang periksa yang baik
- h. Staf yang menyenangkan
- i. Ruang tunggu yang nyaman

Kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pasien walaupun merupakan nilai subyektif, namun tetap ada dasar obyektif yang dilandasi oleh pengalaman masa lalu, pendidikan, situasi psikis waktu pelayanan dan pengaruh lingkungan. Khususnya mengenai penilaian *performance* pemberi jasa pelayanan kesehatan terdapat dua elemen yang perlu diperhatikan yaitu teknis medis dan hubungan interpersonal. Hal ini meliputi penjelasan dan pemberian informasi kepada pasien tentang penyakitnya serta memutuskan bersama pasien tindakan yang

akan dilakukan atas dirinya. Hubungan interpersonal ini berhubungan dengan pemberian informasi, empati, kejujuran, ketulusan hati, kepekaan dan kepercayaan dengan memperhatikan privacy pasien.²¹⁾

Mutu pelayanan kesehatan bagi seorang pasien tidak lepas dari rasa puas bagi seseorang terhadap pelayanan yang diterima, dimana mutu yang baik dikaitkan dengan kesembuhan dari penyakit, peningkatan derajat kesehatan, kecepatan pelayanan, lingkungan pelayanan yang menyenangkan, keramahan petugas, kemudahan prosedur, kelengkapan alat, obat-obatan dan biaya yang terjangkau.¹⁹⁾

Konsumen pelayanan kesehatan akan membandingkan pelayanan kesehatan yang diterima dengan harapan terhadap pelayanan yang diberikan sehingga membentuk kepuasan mutu pelayanan. Hasil dari membandingkan tersebut dapat berupa :²⁷⁾

1. Jika harapan itu terlampaui, maka pelayanan tersebut dirasakan sebagai kualitas pelayanan yang luar biasa
2. Jika harapan sama dengan pelayanan yang dirasakan, maka kualitas memuaskan
3. Jika harapan tidak sesuai atau tidak terpenuhi maka kualitas pelayanan tersebut dianggap tidak dapat diterima atau mengecewakan pasien.

Suatu pelayanan kesehatan dikatakan bermutu apabila mampu menimbulkan kepuasan bagi pasien yang dilayaninya. Kualitas pelayanan menjadi kunci dalam mencapai kepuasan pelayanan yang diberikan. Kualitas pelayanan merupakan *driver* dari kepuasan pelanggan yang bersifat multidimensi. Untuk mengetahui dimensi manakah yang penting dalam mempengaruhi kepuasan pelanggan maka konsep *SERVQUAL* yang telah dikembangkan oleh Parasuraman, Berry dan Zeithaml dapat

dijadikan suatu acuan. Konsep tersebut memformulasikan 5 dimensi yaitu *tangible*, andal (*reliability*), ketanggapan (*responsiveness*), jaminan (*assurance*) dan *empathy*.⁵⁾³⁹

1. Dimensi *Tangible* (wujud/tampilan), adalah dimensi mutu pelayanan yang berupa wujud/tampilan melalui fisik, perlengkapan, penampilan karyawan, dan peralatan komunikasi. Service tidak dapat dilihat, tidak dapat dicium dan tak dapat diraba maka aspek *tangible* menjadi penting sebagai ukuran terhadap pelayanan. Pelanggan akan menggunakan indera penglihatan untuk menilai kualitas pelayanan
2. Dimensi *Reliability* (keandalan), adalah dimensi mutu pelayanan yang berupa kemampuan untuk memberikan pelayanan sesuai janji yang ditawarkan, sehingga dapat memberikan pelayanan yang optimal dan akurat. Dalam pelayanan jasa dapat meliputi : kecepatan pelayanan, ketepatan pelayanan dan kelancaran pelayanan. Dimensi ini sering dipersepsikan dimensi paling penting bagi pelanggan industri jasa.
3. Dimensi *Responsiveness* (ketanggapan), adalah dimensi mutu pelayanan yang berupa kemauan pihak pemberi pelayanan untuk memberikan informasi dan membantu merespon kebutuhan atau keinginan konsumen dengan segera. Dimensi ini dinamis dimana harapan pelanggan terhadap kecepatan pelayanan cenderung naik dari waktu ke waktu. Kepuasan terhadap dimensi ini adalah berdasarkan persepsi bukan aktual, karena persepsi mengandung aspek psikologis maka faktor komunikasi dan situasi fisik di sekeliling pelanggan yang menerima pelayanan merupakan hal yang penting dalam mempengaruhi penilaian pelanggan.
4. Dimensi *Assurance* (jaminan), adalah dimensi mutu pelayanan yang berupa adanya jaminan yang mencakup pengetahuan dan ketrampilan

petugas, kesopanan dan keramahan petugas, kemampuan petugas dalam berkomunikasi, sifat dapat dipercaya dan adanya jaminan keamanan.

5. Dimensi *Empathy* adalah dimensi mutu pelayanan yang berupa pemberian perhatian yang sungguh-sungguh dari pemberi pelayanan kepada konsumen secara individual.

Lima dimensi mutu tersebut akan sangat berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan, dimana pelanggan akan mempersepsikan pelayanan yang telah diterima sebagai pelayanan yang bermutu dan sesuai dengan harapannya.

L. Harapan Pelanggan

Harapan pelanggan didefinisikan sebagai keinginan pelanggan. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi harapan pelanggan, antara lain yaitu :²⁸⁾

1. *Word of Mouth* (rekomendasi / saran dari orang lain), yaitu pengaruh yang timbul karena apa yang didengar oleh konsumen dari konsumen lain dan mereka cenderung mempercayainya, sehingga pengaruh ini bersifat potensial. *Word of Mouth* ini merupakan pernyataan yang disampaikan oleh orang lain selain organisasi kepada pelanggan. *Word of Mouth* ini biasanya cepat diterima oleh pelanggan karena yang menyampaikannya adalah mereka yang dapat dipercayainya, seperti : pakar, teman, keluarga dan publikasi media massa. Disamping itu *word of mouth* juga cepat diterima sebagai referensi karena pelanggan jasa biasanya sulit mengevaluasi jasa yang belum dirasakannya sendiri.

2. *Personal Need*, dalam hal ini pengharapan konsumen dipengaruhi oleh kebutuhan pribadi yang biasanya tergantung pada karakteristik dan keadaan pribadi sehingga memiliki pengaruh yang kuat.
3. *Past Experience*, merupakan pengalaman masa lampau meliputi hal-hal yang telah dipelajari atau diketahui pelanggan yang juga berpengaruh terhadap harapan konsumen.
4. *Eksternal Communication*, juga berpengaruh pada pengharapan konsumen dan komunikasi yang dimaksud bisa lewat iklan, selebaran, leaflet dan sebagainya.

Harapan pelanggan adalah kunci pokok bagi setiap pelaku usaha yang terlibat dalam kepuasan pelanggan. Tanpa mengenal harapan pelanggan dengan baik, sangatlah sulit bagi perusahaan untuk mampu memberikan kepuasan yang optimal kepada para pelanggannya. Pelanggan dengan harapan yang tinggi akan jauh lebih sulit dipuaskan begitu juga sebaliknya, pelanggan dengan harapan yang rendah maka akan dengan mudah dipuaskan.¹⁹⁾

Pada dasarnya ada dua tingkat harapan pelanggan,¹⁹⁾ yang pertama adalah *desired expectation*. Harapan ini mencerminkan apa yang harus dilakukan perusahaan atau produk kepada pelanggannya. Ini merupakan kombinasi dari apa yang perusahaan dapat lakukan dan harus dilakukan kepada pelanggannya.

Yang kedua adalah *adequate expectation*, merupakan harapan pelanggan yang lebih rendah dari *desired expectation*. Pada harapan yang kedua ini pelanggan masih mengharapkan sesuatu dari perusahaan / produk namun masih ada toleransi dalam pencapaiannya. Misalnya saja pelanggan mengharapkan waktu tunggu yang singkat, namun karena adanya keterbatasan tenaga dan alat yang ada maka pelanggan

mempunyai *adequate expectation* yaitu waktu tunggu tidak melebihi 30 menit.

Dengan demikian harapan pelanggan sebenarnya mempunyai zona yang terbentuk antara *desired* dan *adequate expectation*. Pelanggan akan sangat puas apabila *desired expectationnya* terpenuhi, dan kepuasan masih akan terpenuhi walaupun tidak maksimal apabila *adequate expectation* sudah terpenuhi.

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi *desired expectation*, diantaranya yaitu : 1) pengalaman masa lalu terhadap produk/jasa yang pernah digunakan, 2) komunikasi / janji perusahaan yang diterima oleh pelanggan baik melalui media cetak / elektronik ataupun melalui informasi dari mulut ke mulut, dan 3) adalah faktor *personal needs*. Faktor *personal needs* ini adalah harapan yang terbentuk karena faktor internal pelanggan, dan dalam pemenuhannya sangat dipengaruhi oleh sifat dasar pelanggan yang bersangkutan, contohnya : ada pelanggan yang sifatnya mudah marah, tidak sabar, cepat emosi. Pada pelanggan yang demikian apabila harus menunggu lama maka ia akan cepat marah dan merasa tidak puas dengan pelayanan yang akan diterimanya.

M. Kepuasan Pelayanan

Menurut J. Paul Peter, Jerry C. Olson²⁴, kepuasan atau ketidakpuasan merupakan perbandingan antara harapan kinerja sebelum membeli dan persepsi kinerja yang diterima konsumen setelah membeli. Jika harapan kinerja sebelum membeli lebih besar dari kinerja yang diterima setelah membeli maka dikatakan konsumen mengalami ketidakpuasan. Sebaliknya jika harapan kinerja sebelum membeli lebih

kecil dari persepsi kinerja yang diterima setelah membeli maka konsumen mengalami kepuasan.

Mamahami kebutuhan dan keinginan konsumen dalam hal ini pasien adalah hal penting yang mempengaruhi kepuasan pasien. Pasien yang puas merupakan aset yang sangat berharga karena apabila pasien puas maka mereka akan terus melakukan pemakaian terhadap jasa sesuai pilihannya, tetapi bila tidak puas mereka akan menceritakan dua kali lebih buruk tentang pengalaman yang telah dialaminya.

Ada beberapa metode yang dapat dipergunakan setiap perusahaan untuk mengukur dan mamantau kepuasan pelanggannya, diantaranya adalah :²²

1. Sistem keluhan dan saran

Memberikan kesempatan bagi pelanggan untuk menyampaikan saran, keluhan dan pendapat mereka mengenai produk/jasa. Metode ini bersifat pasif sehingga agak sulit mendapatkan gambaran lengkap mengenai kepuasan / ketidakpuasan pelanggan. Tidak semua pelanggan yang tidak puas lantas akan menyampaikan keluhannya, bisa saja lantas mereka langsung beralih kepada produk / penyedia jasa lain dan tidak akan membeli lagi produk / jasa perusahaan tersebut. Upaya mendapatkan saran dari pelanggan juga sulit diwujudkan terlebih bila perusahaan tidak memberikan timbal balik yang memadai kepada mereka yang telah bersusah payah berpikir menyumbangkan ide untuk perusahaan.

2. Survei kepuasan pelanggan

Untuk mengetahui kepuasan pelanggan dapat dilakukan dengan metode survei, baik melalui pos, telepon maupun wawancara pribadi. Melalui survei perusahaan akan memperoleh tanggapan dan umpan

balik secara langsung dari pelanggan sekaligus memberikan tanda positif bahwa perusahaan menaruh perhatian kepada palanggannya.

3. *Ghost shopping*

Metode ini dilakukan dengan cara mempekerjakan beberapa orang (*gost shopes*) untuk berperan sebagai pelanggan/pembeli potensial produk perusahaan dan pesaing. Selanjutnya *gost shopes* tersebut menyampaikan temuan-temuan mengenai kekuatan dan kelemahan produk perusahaan dan pesaing berdasarkan pengalaman mereka dalam membeli produk tersebut.

4. *Lost customer analysis*

Perusahaan berusaha menghubungi pelanggannya yang telah berhenti membeli atau yang telah beralih pemasok. Yang diharapkan adalah akan diperoleh informasi penyebab terjadinya hal tersebut. Informasi ini akan sangat bermanfaat bagi perusahaan untuk meningkatkan kepuasan dan loyalitas pelanggan.

Kepuasan pelanggan ditentukan oleh persepsi pelanggan atas *performance* produk / jasa dalam memenuhi harapan pelanggan. Pelanggan akan merasa puas apabila harapannya terpenuhi dan akan sangat puas jika harapan pelanggan terlampaui.⁵⁾

Terpenuhinya kebutuhan pasien akan memberikan gambaran kepuasan pasien, oleh karena itu tingkat kepuasan pasien sangat tergantung pada pandangan pasien terhadap mutu pelayanan yang diberikan. Kebutuhan pasien dapat meliputi harga, keamanan, ketepatan dan kecepatan pelayanan.²⁸⁾

Apabila dalam identifikasi faktor yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan lebih banyak untuk pengenalan

kebutuhan konsumen, maka kepuasan pasien / pelanggan lebih cenderung untuk mengevaluasi hasil pemanfaatan yang lalu dan pengalaman tersebut akan dijadikan sebagai dasar untuk pemanfaatan berikutnya. Terdapat beberapa faktor yang berpengaruh terhadap persepsi pelanggan terhadap suatu jasa, antara lain : ²⁸⁾

1. Harga, harga yang rendah menimbulkan persepsi produk tidak berkualitas. Harga yang terlalu rendah menimbulkan persepsi pembeli tidak percaya kepada penjual, sebaliknya harga yang tinggi menimbulkan persepsi bahwa produk tersebut berkualitas.
2. Citra, citra yang buruk menimbulkan persepsi produk tidak berkualitas sehingga pelanggan mudah marah untuk kesalahan kecil sekalipun. Citra yang baik akan menimbulkan persepsi bahwa produk berkualitas, sehingga pelanggan akan mudah memaafkan suatu kesalahan meskipun tidak untuk kesalahan selanjutnya.
3. Tahap pelayanan, kepuasan pelanggan ditentukan oleh berbagai pelayanan yang didapatkan selama menggunakan beberapa tahapan pelayanan tersebut. Ketidakpuasan yang diperoleh pada tahap awal pelayanan akan menimbulkan persepsi berupa kualitas pelayanan yang buruk untuk tahap pelayanan selanjutnya, sehingga pelanggan merasa tidak puas dengan pelayanan yang ada.
4. Momen pelayanan, kinerja pelayanan ditentukan oleh : pelayanan, proses pelayanan dan lingkungan fisik dimana pelayanan diberikan.

Kesinambungan pelayanan akan berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan / pasien, dan pasien yang merasa terpuaskan akan melakukan pemanfaatan ulang terhadap pelayanan kesehatan yang pernah diterimanya.

N. Analisis Importance dan Performance

Importance atau tingkat kepentingan pelanggan diukur dalam kaitannya dengan apa yang seharusnya dikerjakan oleh perusahaan agar menghasilkan produk atau jasa yang berkualitas tinggi. Namun dalam prakteknya mengukur kepentingan pelanggan bukanlah pekerjaan yang mudah. Apabila kita menanyakan kepada pelanggan mengenai tingkat kepentingan, maka akan timbul pertanyaan apa tujuan perusahaan melakukan hal tersebut. Perusahaan pada umumnya mempunyai tujuan yang berbeda untuk setiap tindakan yang dilakukan.⁵

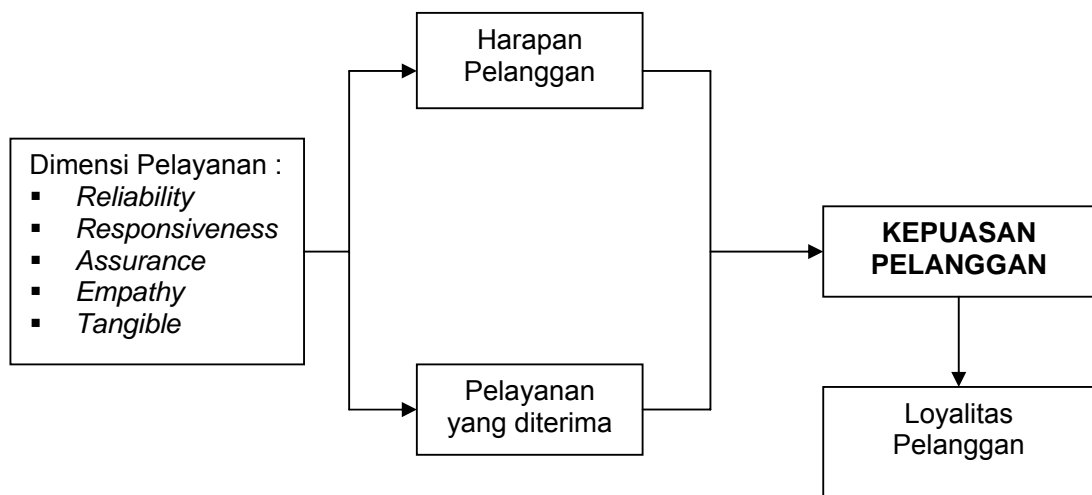
Berdasarkan hasil penilaian terhadap tingkat kepentingan dan hasil penilaian kinerja / penampilan maka akan dihasilkan suatu perhitungan mengenai tingkat kesesuaian antara tingkat kepentingan dengan tingkat pelaksanaan oleh perusahaan atau tempat layanan jasa. Tingkat kesesuaian inilah yang akan menentukan urutan prioritas peningkatan faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pelanggan.

Hasil penghitungan pada tingkat kesesuaian tersebut akan lebih bagus lagi apabila ditampilkan kedalam diagram Kartesius. Diagram Kartesius adalah merupakan suatu bangun yang dibagi atas empat bagian yang dibatasi oleh dua buah garis yang berpotongan tegak lurus pada titik-titik (X dan Y), dimana X merupakan rata-rata dari rata-rata tingkat pelaksanaan atau kepuasan pelanggan dan Y adalah rata-rata dari rata-rata skor tingkat kepentingan seluruh faktor yang mempengaruhi kepuasan pelanggan. Dari diagram Kartesius ini akan dapat diperoleh suatu kesimpulan, diantaranya yaitu :

1. Kuadran A, menunjukkan faktor atau atribut yang dianggap yang dianggap sangat penting namun manajemen belum melaksanakan sesuai keinginan pelanggan sehingga menimbulkan ketidakpuasan
2. Kuadran B, menunjukkan unsur jasa pokok yang telah berhasil dilaksanakan sehingga harus dipertahankan karena dianggap sangat penting dan sangat memuaskan
3. Kuadran C, menunjukkan beberapa faktor yang dianggap kurang penting oleh pelanggan dan pelaksanaannya oleh pemberi layanan dijalankan secara cukup atau biasa saja.
4. Kuadran D, menunjukkan faktor yang kurang penting namun pelaksanaannya berlebihan. Dianggap kurang penting tetapi sangat memuaskan.

O. Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan pustaka diatas, maka dapat disusun kerangka teori berdasarkan teori yang dikembangkan oleh Parasuraman, Berry dan Zeithaml sebagai berikut :



Gambar 2.1. Kerangka Teori

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

P. Variabel Penelitian

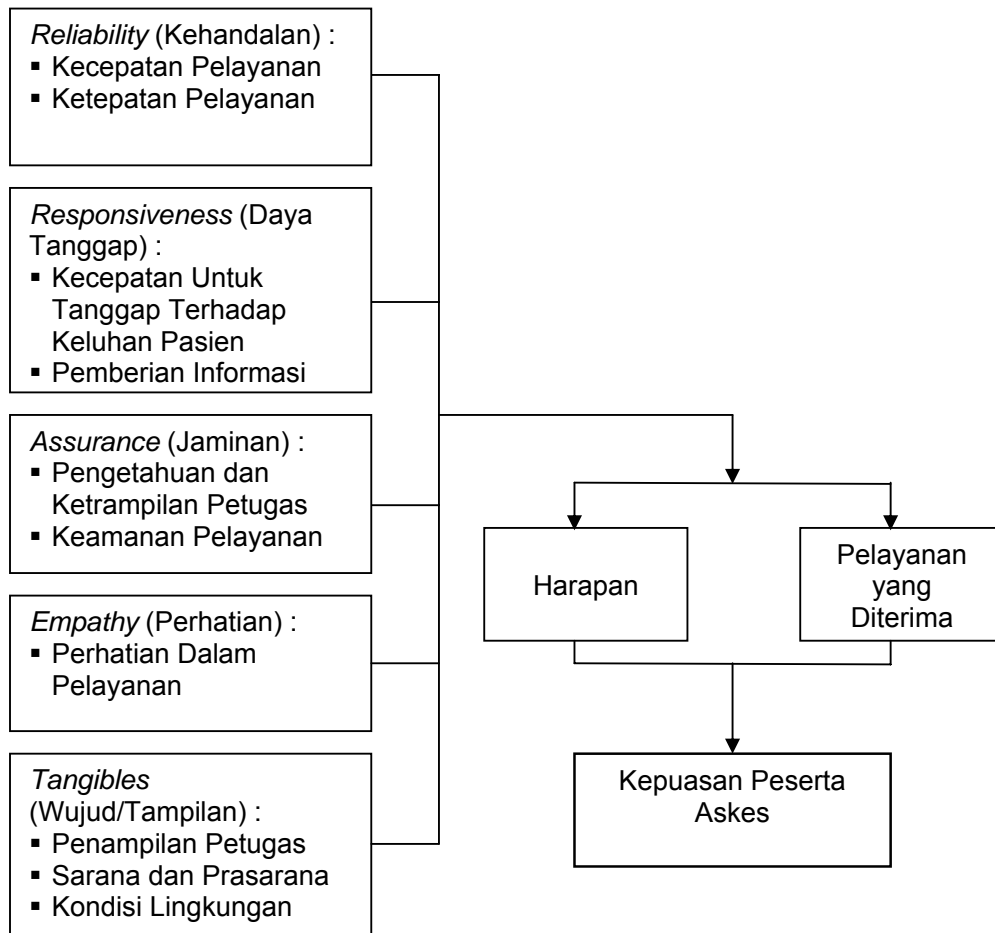
Variabel dalam penelitian ini adalah :

1. *Reliability* (Kehandalan) pelayanan
2. *Responsiveness* (Daya Tanggap) pelayanan
3. *Assurance* (Jaminan) pelayanan
4. *Emphaty* (Perhatian) pelayanan
5. *Tangibles* (Wujud/Tampilan) pelayanan
6. Kepuasan peserta Askes terhadap pelayanan oleh dokter keluarga

Q. Kerangka Konsep Penelitian

Berdasarkan kerangka teori yang ada maka dapat disusun kerangka konsep dalam penelitian ini adalah :

Dimensi Pelayanan Dokter Keluarga



Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

R. Rancangan Penelitian

1. Jenis Penelitian

Penelitian yang akan dilakukan adalah jenis penelitian deskriptif analitik dengan menggunakan rancangan *cross sectional*.

2. Metode Pengumpulan Data

Karena penelitian yang akan dilakukan termasuk jenis penelitian kuantitatif sehingga alat yang akan digunakan untuk mengumpulkan data berupa kuesioner yang selanjutnya akan diberikan kepada responden untuk diisi.

3. Populasi Penelitian

Populasi penelitian ini adalah seluruh peserta Askes sosial PT. Askes di Kota Pekalongan yang sudah terdaftar sebagai penerima pelayanan dokter keluarga dan sudah mendapatkan pelayanan dokter keluarga, dimana rata-rata kunjungan setiap bulan sampai dengan Desember 2008 yaitu sebesar 381 peserta.

4. Prosedur Sampel dan Teknis Pelaksanaan Penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah peserta Askes sosial PT. Askes yang terpilih dari sebagian populasi, yaitu peserta Askes sosial yang telah mendapatkan pelayanan dokter keluarga di wilayah Kota Pekalongan. Penentuan sampel penelitian dilakukan dengan menggunakan *proportional sampling*, sedangkan untuk pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan tehnik *sampling insidental*, yaitu tehnik penentuan sampel berdasarkan kebetulan sehingga siapa saja yang secara kebetulan / *insidental* bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel apabila dipandang orang yang ditemui tersebut cocok sebagai sumber data yang dibutuhkan.¹³⁾³³⁾³⁴

Besarnya sampel dihitung berdasarkan sampel *minimal size*, dengan penghitungan menggunakan rumus menurut Rao yaitu sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + N.moe}$$

Keterangan :

n = jumlah sampel

N = jumlah populasi

Moe = *margin of error*, dengan kesalahan maksimum yang ditolerir adalah 0,01

Dengan menggunakan rumus tersebut maka diperoleh hasil penghitungan sebagai berikut :

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{381}{1 + (381 \times 0,01)} \\
 &= 381 : 4,81 \\
 &= 79,21
 \end{aligned}$$

Dari hasil tersebut maka sampel yang akan diambil dalam penelitian ini dibulatkan menjadi 80 orang.

Responden penelitian akan diambilkan dari peserta Askes sosial yang datang untuk memanfaatkan pelayanan dokter keluarga yang ada di wilayah Kota Pekalongan. Sampai saat ini terdapat 6 dokter keluarga yang telah ditunjuk PT. Askes untuk melaksanakan pelayanan dokter keluarga sehingga dalam penelitian ini akan diambilkan responden dengan berdasarkan pada perbandingan sesuai dengan jumlah peserta dan persentase kunjungan setiap bulannya. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 3.1. Jumlah Responden Berdasarkan Angka Kunjungan Dokter Keluarga Di Kota Pekalongan

No	Inisial Nama Dokter Keluarga	Jumlah Peserta	Jumlah Kunjungan	Jumlah Responden
1	Dr. E	660	53	11
2	Dr. S	527	42	9
3	Dr. T	719	58	12
4	Dr. B	336	27	6
5	Dr. N	1701	136	28
6	Dr. J	811	65	14
	Jumlah	4754	381	80

Dari tabel tersebut maka terlihat bahwa jumlah responden akan diambilkan berdasarkan persentase jumlah kunjungan pasien. Jumlah terbanyak adalah peserta askes sosial yang datang ke dokter N yaitu

sebanyak 28 responden, sedangkan yang paling sedikit adalah yang datang di dokter B yaitu ada 6 responden.

Pemilihan responden dengan metode pengambilan sampel secara *insidental* sehingga seluruh peserta mendapatkan kesempatan yang sama untuk dijadikan responden dalam penelitian ini. Responden akan dipilih berdasarkan peserta yang masuk dalam kriteria / persyaratan yang telah ditentukan, apabila responden tersebut tidak memenuhi kriteria yang ada maka tidak dapat menjadi responden penelitian.

Kriteria inklusi untuk penentuan sampel penelitian adalah :

1. Peserta Askes yang datang ke pelayanan dokter keluarga untuk mendapatkan pelayanan pengobatan
2. Peserta Askes yang telah mendapatkan pelayanan di dokter keluarga maksimal 1 minggu setelah mendapatkan pelayanan
3. Bertempat tinggal di wilayah Kota Pekalongan
4. Alamat tempat tinggal dituliskan dengan jelas dan dapat dijangkau oleh peneliti
5. Pasien berusia diatas 17 tahun
6. Bersedia menjadi responden penelitian

Sedangkan kriteria ekslusinya antara lain :

- a. Sudah menjadi responden dalam uji validitas dan reliabilitas
- b. Responden yang tidak bersedia diwawancarai
- c. Alamat tempat tinggal tidak ditemukan oleh peneliti

Terhadap responden yang terpilih selanjutnya akan dilakukan penelitian dengan cara dua kali wawancara untuk pengisian kuesioner. Wawancara yang pertama dilakukan di tempat pelayanan dokter keluarga sebelum pasien mendapatkan pelayanan untuk mendapatkan

data tentang harapan pasien terhadap pelayanan dokter keluarga. Wawancara kedua dengan cara mendatangi rumah responden yang telah mendapatkan pelayanan guna memperoleh data tentang penilaian responden terhadap pelayanan yang telah diterima di dokter keluarga. Hal tersebut dilakukan untuk menghindari adanya bias terhadap hasil yang didapatkan, sehingga diharapkan responden benar-benar mengisi kuesioner sesuai dengan kondisi sebenarnya.

5. Definisi Operasional Variabel Penelitian

1. Pelayanan Dokter Keluarga

Pelayanan dokter keluarga didefinisikan sebagai suatu upaya yang diselenggarakan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat yang diselenggarakan oleh dokter yang telah ditunjuk oleh PT. Askes untuk melakukan praktek dokter keluarga.

2. Tingkat Kepuasan

Tingkat kepuasan didefinisikan sebagai tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan antara sesuatu yang menjadi harapannya dengan sesuatu yang telah ia terima setelah mendapatkan pelayanan di dokter keluarga.

3. *Reliability* / Keandalan Pelayanan

Reliability adalah kemampuan seseorang atau sistem didalam melaksanakan dan memelihara fungsi rutinnya sesuai keadaan dan dapat dipercaya ⁴⁰⁾⁴¹⁾.

Dalam penelitian ini *Reliability* / Keandalan pelayanan didefinisikan sebagai kemampuan petugas dokter keluarga didalam

memberikan pelayanan yang optimal dan akurat sesuai dengan janji, yang meliputi kecepatan dan ketepatan petugas didalam memberikan pelayanan.

Dengan kriteria pengukuran setiap pertanyaan :

- 1) Sangat tidak penting / sangat tidak setuju : skor 1
- 2) Tidak penting / tidak setuju : skor 2
- 3) Cukup penting / ragu-ragu : skor 3
- 4) Penting / setuju : skor 4
- 5) Sangat penting / sangat setuju : skor 5

4. *Responsiveness* / Daya Tanggap Pelayanan

Responsiveness adalah menjelaskan hubungan didalam sistem mengenai sifat cekatan / kecepatan dalam merespon pelanggan dan komunikasi yang terjadi didalam sistem tersebut⁴⁰⁾⁴¹⁾.

Dalam penelitian ini *Responsiveness* / Daya Tanggap Pelayanan didefinisikan sebagai kemampuan petugas dokter keluarga untuk memberikan pelayanan dan membantu merespon kebutuhan atau keinginan konsumen dengan segera, yang meliputi kecepatan petugas dalam merespon keluhan pasien dan kemampuan didalam memberikan informasi yang dibutuhkan oleh pasien.

Dengan kriteria pengukuran setiap pertanyaan :

- 1) Sangat tidak penting / sangat tidak setuju : skor 1
- 2) Tidak penting / tidak setuju : skor 2
- 3) Cukup penting / ragu-ragu : skor 3
- 4) Penting / setuju : skor 4
- 5) Sangat penting / sangat setuju : skor 5

5. *Assurance* / Jaminan Pelayanan

Assurance adalah Jaminan / kepastian dalam pelayanan sesuai standar⁴⁰⁾⁴¹

Dalam penelitian ini *Assurance* / Jaminan Pelayanan didefinisikan sebagai adanya jaminan pelayanan dokter keluarga yang akan diterima oleh pasien, meliputi kesesuaian pengetahuan dan ketrampilan petugas dalam melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar dan adanya jaminan biaya dalam pelayanan.

Dengan kriteria pengukuran setiap pertanyaan:

- 1) Sangat tidak penting / sangat tidak setuju : skor 1
- 2) Tidak penting / tidak setuju : skor 2
- 3) Cukup penting / ragu-ragu : skor 3
- 4) Penting / setuju : skor 4
- 5) Sangat penting / sangat setuju : skor 5

6. *Empathy* / Perhatian Pelayanan

Empathy adalah kemampuan seseorang didalam berbagi perasaan dan mengerti emosi orang lain dan ikut merasakannya⁴⁰⁾⁴¹

Dalam penelitian ini *Empathy* didefinisikan sebagai perhatian dan pengertian petugas terhadap keluhan pasien serta kesabaran yang ditunjukkan petugas selama memberikan pelayanan.

Dengan kriteria pengukuran setiap pertanyaan:

- 1) Sangat tidak penting / sangat tidak setuju : skor 1
- 2) Tidak penting / tidak setuju : skor 2
- 3) Cukup penting / ragu-ragu : skor 3

- 4) Penting / setuju : skor 4
- 5) Sangat penting / sangat setuju : skor 5

7. *Tangibles* / Penampilan Pelayanan

Tangibles adalah Sesuatu yang dapat diraba, dirasa dan berwujud / nyata / pasti⁴⁰⁾⁴¹

Dalam penelitian ini *Tangibles* / Penampilan pelayanan didefinisikan sebagai kenyataan yang dialami dan dirasakan oleh pasien terhadap kebersihan, kerapihan dan kenyamanan ruangan di tempat pelayanan dokter keluarga serta tersedianya alat periksa yang siap pakai dan lengkap sesuai kebutuhan tiap pasien. Penampilan pelayanan juga akan menilai kebersihan dan kerapihan petugas selama pelayanan berlangsung, serta kondisi lingkungan sekitar tempat pelayanan.

Dengan kriteria pengukuran setiap pertanyaan :

- 1) Sangat tidak penting / sangat tidak setuju : skor 1
- 2) Tidak penting / Tidak setuju : skor 2
- 3) Cukup penting / ragu-ragu : skor 3
- 4) Penting / setuju : skor 4
- 5) Sangat penting / sangat setuju : skor 5

8. Karakteristik Peserta Askes Sosial

Karakteristik Peserta Askes sosial yaitu suatu ciri yang ada atau dimiliki oleh seorang peserta Askes sosial yang membedakan dengan orang lainnya. Karakteristik ini meliputi :

- 1) Umur adalah usia yang telah dicapai peserta Askes dalam hidupnya yang dihitung sejak lahir sampai sekarang dan dituliskan menggunakan satuan tahun.

Klasifikasi :

- a) *Adolescent* / Remaja tua (Usia 17 sampai 20 tahun)
 - b) Dewasa muda (usia : 21 – 40 tahun)
 - c) Dewasa pertengahan (usia : 41 – 65 tahun)
 - d) Dewasa tua (usia : diatas 65 tahun)
- 2) Pendidikan adalah pendidikan formal terakhir yang telah dialami oleh responden

Klasifikasi :

- a) Dasar (SD, SMP)
 - b) Menengah (SMA)
 - c) Tinggi (Akademi, Perguruan Tinggi)
- 3) Golongan (kepangkatan dalam PNS) adalah golongan ruang penggajian PNS terakhir yang dicapai responden saat pengumpulan data ataupun golongan terakhir yang telah dicapai sebelum masa purna tugas bagi peserta pensiunan.

Dan bagi TNI/Polri maupun Pensiunan TNI/Polri, maka sistem penggolongan akan dilakukan berdasarkan kepangkatan terakhir yang telah dicapai dan selanjutnya akan dikonfersikan kedalam golongan sesuai standar dari PT. Askes.

Klasifikasi :

- a) Golongan I
- b) Golongan II
- c) Golongan III
- d) Golongan IV

6. Instrumen Penelitian dan Cara Pengukuran Penelitian

Instrumen penelitian ini berupa lembar kuesioner yang berisi pertanyaan-pertanyaan yang harus diisi oleh responden. Kuesioner disusun dengan menggunakan skala *Ordinal*. Sebelum diedarkan kepada responden maka kuesioner yang tersusun akan dilakukan uji coba dulu kepada responden yang sepadan guna uji validitas dan reliabilitas. Uji coba akan dilakukan kepada peserta Askes yang telah mendapatkan pelayanan dokter keluarga di Kota Pekalongan sebanyak 20 orang.

Responden yang akan dijadikan sampel untuk uji validitas dan reliabilitas akan diambilkan dari peserta Askes yang telah mendapatkan pelayanan dokter keluarga di Kota Pekalongan. Terhadap responden yang sudah diambil untuk uji validitas dan reliabilitas maka responden tersebut tidak dapat menjadi sampel penelitian.

7. Tehnik Pengolahan dan Analisa Data

Terhadap data yang terkumpul akan dilakukan koding, editing, tabulasi dan penetapan score. Selanjutnya untuk mengetahui tingkat kepuasan data akan dianalisa menggunakan *Importance-Performance Analysis (IPA)* atau analisis tingkat kepentingan dan kepuasan pelanggan.

Adapun rumus yang digunakan adalah :⁵⁾

$$Tki = \frac{Xi}{Yi} \times 100 \%$$

Keterangan :

Tki : Tingkat kesesuaian responden

Xi : Skor penilaian terhadap pelayanan yang telah diterima

Yi : Skor penilaian kepentingan / harapan pelanggan

Selanjutnya data akan ditampilkan dalam diagram Kartesius untuk mengetahui seberapa penting faktor tersebut dalam mempengaruhi kepuasan pelanggan. Diagram Kartesius akan digambarkan seperti pada gambar berikut ini :

Kepentingan

Y	Prioritas Utama A	Pertahankan Prestasi B
	C Prioritas Rendah	D Berlebihan
		X Pelaksanaan

Gambar 3.2. Diagram Kartesius

Keterangan :

5. Kuadran A, menunjukkan faktor atau atribut yang dianggap sangat penting namun manajemen belum melaksanakan sesuai keinginan pelanggan sehingga menimbulkan ketidakpuasan.
6. Kuadran B, menunjukkan unsur jasa pokok yang telah berhasil dilaksanakan sehingga harus dipertahankan karena dianggap sangat penting dan sangat memuaskan.

7. Kuadran C, menunjukkan beberapa faktor yang dianggap kurang penting oleh pelanggan dan pelaksanaannya oleh pemberi layanan dijalankan secara cukup atau biasa saja.
8. Kuadran D, menunjukkan faktor yang kurang penting namun pelaksanaannya berlebihan. Dianggap kurang penting tetapi sangat memuaskan.

S. Jadwal Penelitian

Penelitian akan dilaksanakan sesuai dengan jadwal sebagai berikut :

1. Penyusunan proposal : Januari – Maret 2009
2. Seminar proposal : April 2009
3. Revisi / perbaikan proposal : Mei – Juni 2009
4. Pengurusan ijin penelitian : Juli 2009
5. Pelaksanaan penelitian : Juli – September 2009
6. Penyusunan hasil penelitian : September - Oktober 2009
7. Seminar hasil penelitian : Oktober 2009
8. Revisi / perbaikan hasil : Oktober 2009
9. Persiapan ujian tesis : Oktober 2009
10. Ujian tesis : November 2009

DAFTAR PUSTAKA

1. *Undang-Undang Nomor : 23 tahun 1992, Tentang Kesehatan*, Penerbit Ariloka, Surabaya : 2000
2. PT.Askes Indonesia. *Pedoman Pelayanan Rawat Jalan Tk.I Oleh Dokter Keluarga Bagi Peserta Askes Sosial*. 2003
3. Chotimah,N. Kusnanto,H. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepuasan Kerja Dan Motivasi Dokter keluarga PT. Askes Dalam Memberikan Pelayanan Kesehatan Kepada Peserta Wajib PT. Askes Di Kota Malang, Madiun dan Kediri Propinsi Jawa Timur*. Journal Manajemen Pelayanan Kesehatan. Vol.03. No.04. 2000
4. Karyati,M. Mukti, AG. Nusyirwan,MS. *Tingkat Kepuasan Dokter Keluarga Terhadap Sistem Pembayaran Kapitasi PT. Askes Di Kota Medan*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. Vol.07. No.02. 2004
5. Supranto,J. *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan Untuk Meningkatkan Pangsa Pasar*. Penerbit Rineke Cipta. Jakarta. 1997
6. Aga,NA. Hendrartini,J. Margo, V. *Perbandingan Tingkat Kepuasan Peserta Askes Wajib dan Sukarela Terhadap Mutu pelayanan Kesehatan Tingkat I*. Journal Manajemen Pelayanan Kesehatan. Vol 08. No. 04. 2005
7. Thabrany,H. *Introduksi Asuransi Kesehatan*. Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan IDI. Jakarta. 1999
8. Thabrany,H. *Asuransi Kesehatan Di Indonesia*. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan UI. Jakarta. 2001
9. Kusnanto, H. *Dokter Keluarga : Penjaga Gawang Pelayanan Kesehatan*. JMPK UGM. Yogyakarta. 2000
10. Sulastomo. *Managemen Kesehatan*. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta. 2003
11. Petrie, A. *Catatan Kuliah Statistika Kedokteran*. EGC. Jakarta. 1996
12. Machfoedz, I. et.all. *Tehnik Membuat Alat Ukur Penelitian Bidang Kesehatan, Keperawatan Dan Kebidanan*. Fitramaya. Yogyakarta.2005
13. Azwar.A. *Metodologi Penelitian Kedokteran Dan Kesehatan Masyarakat*. Binarupa Aksara. Jakarta. 2003
14. Brockopp,DY. *Dasar-Dasar Riset Keperawatan*. EGC. Jakarta. 2000

15. Danim,S. *Riset keperawatan*. EGC. Jakarta. 2003
16. Fandani.F. *Hubungan Antara Persepsi Mutu Pelayanan Dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan Umum Puskesmas Karangmalang Kabupaten Sragen Tahun 2003*. Tesis. Program Magister IKM Pasca Sarjana Undip. Semarang. 2004
17. Mukti, AG. *Reformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan Di Indonesia Dan Prospek Kedepan*. Magister Kebijakan Pembiayaan Dan Managemen Asuransi / Jaminan Kesehatan. FK UGM. Yogyakarta. 2007
18. Mukti, AG. *Strategi Terkini Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Konsep Dan Implementasi*. Pusat Pengembangan Sistem Pembiayaan Dan Managemen Asuransi Jaminan Kesehatan. FK UGM. Yogyakarta. 2007
19. Irawan. H. *10 Prinsip Kepuasan Pelanggan*. PT. Elex Media Komputindo. Jakarta. 2008
20. Depkes RI. *Kebijakan Pengembangan Pelayanan Dokter Keluarga Sebagai Pelayanan Yang Bermutu Dan Efisien*. Dit. Bina Pelayanan Medik Dasar Depkes RI. 2006
21. Wijono, Djoko. *Managemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Airlangga University Press. Surabaya. 1999
22. Fandi T. *Strategi Pemasaran*. Andi Offset. Yogyakarta. 1997
23. Lukmana. D. *Kajian Kepuasan Peserta Wajib PT. Askes Dalam Kinerja Perspektif Pelanggan Pada Program Asuransi Kesehatan Sosial Di Kota Semarang Tahun 2006 (Studi Kualitatif)*. Tesis. Program Magister IKM Pasca Sarjana Undip. Semarang. 2006
24. Usmara. A. *Strategi Baru Managemen Pemasaran*. Amara Books. Yogyakarta. 2003
25. Irawan., Swantha.B. *Managemen Pemasaran Modern*. Liberty. Yogyakarta. 1997
26. Aritonang, LR. *Riset Pemasaran : Teori Dan Praktek*. Ghalia Indonesia. Bogor. 2007
27. Gifari, A.B. *Managemen Umum Rumah Sakit, Managemen Perumahsakitan*. Irsjan. Jakarta. 1984
28. Umar, Husein. *Riset Pemasaran Dan Perilaku Konsumen*. Jakarta Business Research Center. Jakarta. 2000
29. Muninjaya,AAG. *Survey Kepuasan Pengguna Jasa Pelayanan Kesehatan Perjan Rumah Sakit Sanglah Denpasar*. Journal Managemen Pelayanan Kesehatan. Vol 07. No.03. 2004

30. Hendrartini, Y. *Determinan Kinerja Dokter keluarga Yang Dibayar Kapitasi*. Journal Managemen Pelayanan Kesehatan. Vol 11. No.02. 2008
31. Wintera, IGM. *Determinan Kepuasan Dokter Puskesmas Terhadap Sistem Pembayaran Kapitasi Peserta Wajib PT. Askes Di Kabupaten Donggala Propinsi Sulawesi Tengah*. Journal Managemen Pelayanan Kesehatan. Vol 08. No.02. 2005
32. Siringoringo,H,. Ekawati,D. *Pengukuran Tingkat Kepuasan Tertanggung PT. Asuransi Jasa Indonesia*. Jurnal Ekonomi Dan Bisnis No.1. Jilid 8. 2003
33. Sugiyono. *Metode Penelitian Administrasi*. Alfabeta. Bandung. 2005
34. Sugiyono. *Statistik Untuk Penelitian*. Alfabeta. Bandung. 2005
35. Rangkuti, F. *Riset Pemasaran*. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta. 2005
36. PT. Askes (Persero), *Himpunan Perundang-undangan Berkaitan Dengan PT Askes*, PT Askes, Jakarta. 1992
37. Charles Nurmand and Axel Weber, *Social Health Insurance*, International Labour Office, Geneva. 1994
38. PT. Askes (Persero), 2002, *Strategy Map PT Askes (Persero)*, PT Askes, Jakarta
39. Zeithaml,VA. Parasuraman,A. Berry,LL. *Delivering Quality service Balancing Customer Perceptions And Expectations*. The Free press. Newyork. 1990
40. Peter, S. *The Contemporary Dyctionary*. Modern English Press. Jakarta. 1990
41. [http ://www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com)
42. Tukimin. *Analisis Tingkat Kepuasan Pasien Dalam Implementasi Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP) Di Ruang Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Gunung Jati Cirebon*. Tesis. Program Magister IKM Pasca Sarjana Undip. Semarang. 2005
43. Mansjoer,A,et all. *Kapita Seleкта Kedokteran*. Media Aesculapius. Jakarta. 2000
44. Hendriyani,C. *Analisis Harapan Dan Kepuasan Pasien Terhadap Mutu Pelayanan Persalinan Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang*. Tesis. Program Magister IKM Pasca Sarjana Undip. Semarang. 2006

KUESIONER PENELITIAN

(Setelah Dilakukan Uji Validitas Dan Realibilitas)

(Untuk Peserta Askes yang datang ke pelayanan dokter keluarga)

Petunjuk Pengisian :

1. Berilah jawaban yang anda anggap paling sesuai menurut pendapat anda
2. Isilah dengan sejujur-jujurnya karena penilaian anda dijamin kerahasiaannya dan tidak akan mempengaruhi terhadap pelayanan yang akan diterima selanjutnya
3. Bacalah pertanyaan dengan seksama sebelum anda memberikan jawaban

I. Data Responden

Isilah titik-titik dibawah ini dan berilah tanda silang pada jawaban yang sesuai

- a. Nomor Responden : (Diisi oleh peneliti)
- b. U s i a :
- c. Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. perempuan
- d. Alamat :
.....
.....
- e. Pendidikan : 1. SD
2. SLTP
3. SLTA
4. Akademi
5. Perguruan Tinggi
- f. Pekerjaan : 1. PNS
2. TNI
3. POLRI
4. Pensiunan
5. Veteran / Perintis Kemerdekaan
- g. Pangkat terakhir : (bagi TNI/POLRI)
- h. Golongan terakhir : 1. I
2. II
3. III
4. IV

II. Pengukuran Tingkat Kepentingan / Harapan Peserta Askes Dalam Mutu Pelayanan Dokter Keluarga

Petunjuk :

Skor 1 apabila peserta menilai sangat tidak penting (STP)

Skor 2 apabila peserta menilai tidak penting (TP)

Skor 3 apabila peserta menilai cukup penting (CP)

Skor 4 apabila peserta menilai penting (P)

Skor 5 apabila peserta menilai sangat penting (SP)

Berilah tanda centang (√) pada kolom sesuai jawaban saudara berdasarkan harapan yang saudara kehendaki.

No	Pertanyaan	Harapan				
		STP	TP	CP	P	SP
A	<i>Reliability / Keandalan Pelayanan</i>					
1	Prosedur penerimaan pasien di bagian administrasi mudah dilakukan					
2	Pendaftaran pasien dapat dilakukan dengan cepat					
3	Waktu menunggu giliran untuk diperiksa tidak lama					
4	Waktu pelayanan dijalankan dengan tepat sesuai dengan waktu yang tertera di papan praktek					
5	Dokter mampu mendiagnosa penyakit dengan tepat					
6	Terjadi perbaikan kondisi (kesembuhan) setelah pasien minum obat					
B	<i>Responsiveness / Daya Tanggap Pelayanan</i>	STP	TP	CP	P	SP
1	Dokter segera tanggap terhadap keluhan yang disampaikan pasien					
2	Dokter merespon setiap keluhan pasien					
3	Dokter menyampaikan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan					

4	Dokter memberikan informasi yang cukup jelas tentang penyakit yang diderita pasien					
C	Assurance / Jaminan Pelayanan	STP	TP	CP	P	SP
1	Petugas administrasi memasukkan data pasien dengan benar					
2	Dokter telah berada di tempat praktek sewaktu pasien datang					
3	Pelayanan pemeriksaan dilakukan oleh dokter (sesuai dengan nama dokter yang tertera di papan)					
4	Pemeriksaan oleh dokter dilakukan dengan teliti					
5	Dokter mampu melakukan pemeriksaan kepada pasien dengan baik					
6	Jaminan keamanan selama pelayanan					
7	Pelayanan tidak membeda-bedakan antara pasien Askes dan non Askes					
D	Empaty / Perhatian pelayanan	STP	TP	CP	P	SP
1	Petugas mau mendengarkan keluhan pasien					
2	Petugas dengan sabar melayani pasien					
3	Dokter memberikan perhatian terhadap semua pasien					
4	Dokter menanyakan keluhan yang diderita pasien					
5	Dokter sabar dalam menangani keluhan pasien dan keluarganya					

E	Tangibles / Penampilan pelayanan	STP	TP	CP	P	SP
1	Prosedur penerimaan pasien dilakukan dengan ramah					
2	Ruang penerimaan pasien bersih					
3	Ruang tunggu bersih					
4	Ruang periksa bersih					
5	Kondisi lingkungan sekitar bersih					
6	Alat untuk periksa bersih					
7	Alat untuk periksa telah siap sebelum digunakan					
8	Alat untuk periksa tersedia lengkap sesuai kebutuhan pasien					
9	Ruang tunggu rapi					
10	Ruang periksa rapi					
11	Kondisi ruang tunggu nyaman					
12	Kondisi ruang periksa nyaman					
13	Penampilan petugas pelayanan rapi					
14	Penampilan dokter rapi					

*Terima kasih atas partisipasi Bapak / Ibu
sekalian*

III. Pengukuran Tingkat Kepuasan Peserta Askes Sosial Terhadap Pelayanan Yang Telah Diterima Di Pelayanan Dokter Keluarga

Petunjuk :

Skor 1 apabila peserta menilai sangat tidak setuju (STS)

Skor 2 apabila peserta menilai tidak setuju (TS)

Skor 3 apabila peserta menilai Ragu-ragu (R)

Skor 4 apabila peserta menilai setuju (S)

Skor 5 apabila peserta menilai sangat setuju (SS)

Berilah tanda centang (√) pada kolom sesuai jawaban saudara berdasarkan pengalaman yang telah saudara alami.

No	Pertanyaan	Pelayanan Yang Telah Diterima				
		STS	TS	R	S	SS
A	Reliability / Keandalan Pelayanan					
1	Prosedur penerimaan pasien di bagian administrasi mudah dilakukan					
2	Pendaftaran pasien dapat dilakukan dengan cepat					
3	Waktu menunggu giliran untuk diperiksa tidak lama					
4	Waktu pelayanan dijalankan dengan tepat sesuai dengan waktu yang tertera di papan praktek					
5	Dokter mampu mendiagnosa penyakit dengan tepat					
6	Terjadi perbaikan kondisi (kesembuhan) setelah pasien minum obat					
B	Responsiveness / Daya Tanggap Pelayanan	STS	TS	R	S	SS
1	Dokter segera tanggap terhadap keluhan yang disampaikan pasien					
2	Dokter merespon setiap keluhan pasien					
3	Dokter menyampaikan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan					

4	Dokter memberikan informasi yang cukup jelas tentang penyakit yang diderita pasien					
C	Assurance / Jaminan Pelayanan	STS	TS	R	S	SS
1	Petugas administrasi memasukkan data pasien dengan benar					
2	Dokter telah berada di tempat praktek sewaktu pasien datang					
3	Pelayanan pemeriksaan dilakukan oleh dokter (sesuai dengan nama dokter yang tertera di papan)					
4	Pemeriksaan oleh dokter dilakukan dengan teliti					
5	Dokter mampu melakukan pemeriksaan kepada pasien dengan baik					
6	Jaminan keamanan selama pelayanan					
7	Pelayanan tidak membeda-bedakan antara pasien Askes dan non Askes					
D	Empaty / Perhatian pelayanan	STS	TS	R	S	SS
1	Petugas mau mendengarkan keluhan pasien					
2	Petugas dengan sabar melayani pasien					
3	Dokter memberikan perhatian terhadap semua pasien					
4	Dokter menanyakan keluhan yang diderita pasien					
5	Dokter sabar dalam menangani keluhan pasien dan keluarganya					

E	Tangibles / Penampilan pelayanan	STS	TS	R	S	SS
1	Prosedur penerimaan pasien dilakukan dengan ramah					
2	Ruang penerimaan pasien bersih					
3	Ruang tunggu bersih					
4	Ruang periksa bersih					
5	Kondisi lingkungan sekitar bersih					
6	Alat untuk periksa bersih					
7	Alat untuk periksa telah siap sebelum digunakan					
8	Alat untuk periksa tersedia lengkap sesuai kebutuhan pasien					
9	Ruang tunggu rapi					
10	Ruang periksa rapi					
11	Kondisi ruang tunggu nyaman					
12	Kondisi ruang periksa nyaman					
13	Penampilan petugas pelayanan rapi					
14	Penampilan dokter rapi					

*Terima kasih atas partisipasi Bapak / Ibu
sekalian*

Pekalongan, Agustus 2009

Kepada
Yth. Bapak /Ibu Responden
Di tempat

Dengan hormat,

Bersama ini kami sampaikan bahwa dalam rangka untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang ada di Pelayanan Tingkat I di Dokter Keluarga, maka kami bermaksud melakukan penelitian tentang “Analisis Tingkat Kepuasan Peserta Askes Social PT. Askes Terhadap Pelayanan Dokter Keluarga Di Kota Pekalongan Tahun 2009”.

Untuk itu kami mohon kesediaan Bapak/Ibu sekalian untuk menjadi responden dalam penelitian ini dan dapat mengisi kuesioner yang kami berikan sesuai dengan kondisi yang sebenarnya. Kami akan menjamin kerahasiaan terhadap apapun yang telah Bapak/Ibu berikan dan tidak akan mengurangi kualitas pelayanan yang akan Bapak/Ibu terima.

Demikian atas partisipasi dan kerjasamanya kami haturkan banyak terima kasih.

Hormat Kami,
Peneliti

Ahmad Baequny, SKep, Ns

KESANGGUPAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Setelah mendapatkan penjelasan mengenai manfaat penelitian yang berjudul : “Analisis Tingkat Kepuasan Peserta Askes Social PT. Askes Terhadap Pelayanan Dokter Keluarga Di Kota Pekalongan Tahun 2009”, maka kami menyatakan tidak keberatan untuk menjadi responden dalam penelitian tersebut.

Yang menyatakan
Responden

.....