

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang Masalah**

Kesehatan merupakan investasi untuk mendukung pembangunan ekonomi serta memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Dalam pengukuran Indeks Pembangunan Manusia (IPM), kesehatan adalah salah satu komponen utama selain pendidikan dan pendapatan. Dalam Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan ditetapkan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi.

Kondisi umum kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor yaitu lingkungan, perilaku, dan pelayanan kesehatan. Sementara itu pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain ketersediaan dan mutu fasilitas pelayanan kesehatan, obat dan perbekalan kesehatan, tenaga kesehatan, pembiayaan dan manajemen kesehatan. Fasilitas pelayanan kesehatan dasar, yaitu Puskesmas yang diperkuat dengan Puskesmas Pembantu dan Puskesmas keliling. Meskipun fasilitas pelayanan kesehatan dasar tersebut terdapat di semua kecamatan, namun pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan masih menjadi kendala. Fasilitas ini belum sepenuhnya dapat dijangkau oleh masyarakat, terutama terkait dengan biaya dan jarak transportasi. Fasilitas pelayanan kesehatan lainnya adalah Rumah Sakit yang terdapat di hampir semua kabupaten/kota, namun sistem rujukan pelayanan kesehatan perorangan belum dapat berjalan dengan optimal.

Ketersediaan mutu, keamanan obat, dan perbekalan kesehatan masih belum optimal serta belum dapat dijangkau dengan mudah oleh masyarakat. Dalam hal tenaga kesehatan, Indonesia mengalami kekurangan pada hampir semua jenis tenaga kesehatan yang diperlukan. Permasalahan besar tentang Sumber daya manusia (SDM) adalah inefisiensi dan inefektivitas SDM dalam menanggulangi masalah kesehatan. Walaupun rasio SDM kesehatan telah meningkat, tetapi masih jauh dari target dan variasinya antar daerah masih tajam. Dengan produksi SDM kesehatan dari institusi pendidikan saat ini, target tersebut sulit untuk dicapai<sup>1</sup>.

Menurut Irwan Soejito, bahwa suatu daerah yang memiliki pendapatan yang besar, maka masyarakat di daerah tersebut akan mendapatkan pelayanan yang besar, maka masyarakat di daerah tersebut akan mendapatkan pelayanan yang baik dari pemerintah daerahnya,<sup>2</sup> hal tersebut benar adanya. Akan tetapi, sumber daya manusia atau aparat pelayanan kurang dapat bekerja dengan baik dalam melayani masyarakat karena mereka tidak mendapatkan prioritas. Untuk memperoleh pelayanan yang baik dan mencapai kesejahteraan masyarakat maka perlu adanya kerjasama antara pemerintah dan instalasi-instalasi tertentu.

Derajat kesehatan masyarakat miskin masih sangatlah rendah di Indonesia. Kondisi ini diakibatkan oleh keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan yang di pengaruhi oleh faktor kemampuan ekonomi. Seperti yang kita ketahui, biaya kesehatan yang meningkat dari waktu ke waktu menjadikan warga miskin semakin jauh dalam pencapaian pelayanan kesehatan. Krisis moneter yang terjadi selama ini telah melumpuhkan kemampuan masyarakat, sehingga meningkatkan jumlah keluarga miskin (gakin)/ keluarga

---

<sup>1</sup> <http://dokumen.com/upaya-peningkatan-kesehatan-masyarakat>, diakses pada 21.00, 21-10-2016

<sup>2</sup> Irwan Soejito, *Hubungan Pusat dan Daerah*, Bina Aksara, Jakarta: 1999, hal 58

pra-sejahtera. Yang lebih menyakitkan lagi adalah krisis tersebut diikuti dengan krisis ekonomi yang berdampak sangat besar terhadap sektor kesehatan di rumah-rumah sakit di Indonesia.

Terpuruknya nilai rupiah membuat kenaikan berbagai harga obat dan alat-alat kesehatan lainnya, sehingga biaya kesehatan pun semakin tinggi, yang pada akhirnya sulit dijangkau oleh masyarakat yang tidak mampu/keluarga miskin (gakin). Sangat rendahnya kemampuan masyarakat tidak mampu/keluarga miskin untuk menjangkau sarana pelayanan kesehatan rujukan akan berdampak meningkatnya angka pesakitan dan kematian terutama pada kelompok resiko tinggi seperti ibu hamil dan bayi. Untuk mengatasi hal tersebut, maka diperlukan upaya penanggulangan yang melibatkan berbagai sektor, baik lintas program maupun lintas sektoral. Kesehatan merupakan hak dasar setiap individu dan semua warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk masyarakat miskin. Untuk itu, diperlukan penyelenggaraan kesehatan yang terkendali dalam segi biaya dan mutu.

Sehubungan dengan penanggulangan masyarakat miskin, pada dasarnya negara Indonesia telah mengeluarkan berbagai kebijakan sejak awal berdirinya negara Republik Indonesia sampai saat krisis yang melanda sekarang ini. Di antaranya, di dalam Undang-undang No 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Mulai tanggal 1 januari 2014, PT Askes Indonesia (persero) berubah nama menjadi BPJS Kesehatan sesuai dengan Undang-undang No.24 tahun 2011 tentang BPJS. BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan) merupakan Badan Usaha

Milik Negara (BUMN) yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia<sup>3</sup>.

BPJS Kesehatan merupakan program pemerintah dalam kesatuan JKN yang diresmikan pada tanggal 31 Desember 2013 ini diberlakukan sejak 1 Januari 2014 di seluruh pemerintah daerah, tidak terkecuali Kabupaten Bantul Daerah Istimewa Yogyakarta. Tercatat pada tanggal 16 Maret 2016 total warga Bantul yang telah menjadi peserta JKN-BPJS sebanyak 691.217 jiwa atau mencapai sekitar 70% dari total penduduk sejumlah 931.000 jiwa. Mayoritas peserta JKN-BPJS berasal dari kalangan Penerima Bantuan Iuran (PBI) sebanyak 478.473 orang. Mereka sebelumnya adalah peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang bermigrasi menjadi peserta BPJS sesuai amanah perundang-undangan<sup>4</sup>. Namun dalam pelaksanaannya masih dikeluhkan oleh masyarakat. Hal ini dikarenakan masyarakat yang masih dibebani biaya untuk pembelian obat, tes darah, dan pemeriksaan penunjang. Dan permasalahan yang dihadapi saat ini adalah mulai dari sistem yang pelik, pengurusan mengenai birokrasinya, pendaftaran, antrean, penanganan pasien BPJS yang buruk hingga penolakan yang dilakukan pihak rumah sakit dengan berbagai alasan.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis menjadi sangat tertarik untuk mengkaji pelayanan kesehatan di salah satu RSUD Muhammadiyah di Kabupaten Bantul Daerah Istimewa Yogyakarta.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan deskripsi latar belakang masalah tersebut, dapat dirumuskan beberapa permasalahan sebagai berikut :

---

<sup>3</sup> [https://id.m.wikipedia.org/wiki/bpjs\\_kesehatan](https://id.m.wikipedia.org/wiki/bpjs_kesehatan), diakses jam 18.00, 04-11-2016

<sup>4</sup> <http://www.harianiogja.com/baca/2016/03/16/bpjs-kesehatan>, Diakses jam 09.00, 23-10-2016

1. Bagaimana Implementasi Peraturan UU NO 24 Tahun 2011 di RSUD Muhammadiyah Bantul tahun 2014 - 2015?
2. Bagaimana kepuasan masyarakat terhadap layanan BPJS kesehatan di RSUD Muhammadiyah Bantul tahun 2014 - 2015 ?

### **C. Tujuan Penelitian**

Sesuai dengan rumusan masalah atau fokus kajian diatas, yang menjadi tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui secara mendalam mengenai :

1. Implementasi Peraturan UU NO 24 Tahun 2011 di RSUD Muhammadiyah Bantul Tahun 2014 – 2015.
2. Mengetahui tingkat kepuasan masyarakat terhadap layanan BPJS Kesehatan yang di berikan oleh RSUD Muhammadiyah Bantul Tahun 2014 – 2015.

### **D. Manfaat Penelitian**

Hasil penelitian diharapkan dapat bermanfaat, baik secara teoritis maupun secara praktis.

#### 1. Secara teoritis

Mengembangkan kajian Ilmu Pemerintahan khususnya tentang Pelayanan publik. Hasil penelitian dapat memberikan kontribusi pemikiran yang berarti bagi birokrasi (prosedur) pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan BPJS RSUD Muhammadiyah Bantul dan sebagai bahan kajian perbandingan mutu dan kualitas pelayanan kesehatan Rumah Sakit di Indonesia.

#### 2. Secara Praktis

- a. Bagi RSUD Muhammadiyah Bantul dapat dijadikan sebagai masukan dan sekaligus sebagai wawasan dalam kaitanya dengan masalah meningkatkan layanan BPJS Kesehatan.

- b. Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi peneliti selanjutnya yang berhubungan dengan Dinas Kesehatan.

## **E. Kerangka Dasar Teori**

### **1. Kebijakan Publik**

#### a. Pengertian Kebijakan Publik

Secara etimologi istilah kebijakan berasal dari kata (policy). Seringkali penggunaannya saling dipertukarkan dengan istilah-istilah lain seperti tujuan program, keputusan, undang-undang, ketentuan-ketentuan, usulan-usulan, dan rancangan-rancangan besar. Menurut PBB kebijakan itu diartikan sebagai pendanaan untuk bertindak, pedoman itu boleh jadi amat sederhana atau kompleks, bersifat umum atau khusus, luas atau sempit, kabur atau jelas, longgar atau terperinci, bersifat kualitatif – kuantitatif, publik atau privat.<sup>5</sup>

Sedangkan Publik didefinisikan sebagai masyarakat, misalnya *public relation* (hubungan masyarakat), *public service* (pelayanan publik), *public opinion* (pendapat masyarakat) dan lain-lain. Arti dari publik itu sendiri adalah sejumlah manusia yang memiliki kesamaan berfikir, perasaan, harapan, sikap dan tindakan yang benar dan baik berdasarkan nilai-nilai norma yang mereka miliki<sup>6</sup>.

Kebijakan publik adalah jalan untuk mencapai tujuan bersama yang dicita-citakan. Jika cita-cita bangsa Indonesia adalah mencapai masyarakat yang adil dan makmur berdasarkan Pancasila dan UUD 1945, maka kebijakan publik adalah seluruh sarana dan prasarana untuk mencapai tujuan tersebut<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> Solichin Abdul Wahab, *Kebijaksanaan*, Jakarta: Bumi Aksara, 2001, hal.2

<sup>6</sup> Inu Kencana Syafie, *Ilmu Administrasi Publik*, Jakarta: Rineka Cipta, 1999, hal,18

<sup>7</sup> Rian Nugroho Dwijowijoto, *Kebijakan Publik, Formulasi, Implementasi, dan Evaluasi*, Jakarta: Gramedia, 2003, hal,51

Menurut Thomas R. Dye, Kebijakan merupakan apapun yang dipilih pemerintah untuk dikerjakan atau tidak dikerjakan<sup>8</sup>. Dapat ditarik kesimpulan kebijakan publik adalah serangkaian alternatif yang dibangun oleh pemerintah dalam rangka memecahkan suatu permasalahan, pedoman pelaksanaan, tindakan-tindakan tertentu dalam rangka menindak lanjuti strategi yang dipilih, menentukan secara teliti tentang bagaimana strategi yang akan dilaksanakan.

Menurut RC. Chandler dan JC. Plano kebijakan publik adalah pemanfaatan yang strategis terhadap sumber daya-sumber daya yang ada untuk memecahkan masalah publik<sup>9</sup>.

Menurut A. Hoogerwef, kebijakan publik sebagai unsur penting dari politik, dapat diartikan sebagai usaha untuk mencapai tujuan-tujuan tertentu menurut waktu tertentu<sup>10</sup>.

Dengan demikian dapat diartikan kebijakan publik adalah pengetahuan tentang sebab-sebab, konsekuensi dan kinerja kebijakan dan program publik, sedangkan pengetahuan-pengetahuan dalam kebijakan publik adalah proses menyediakan informasi dan pengetahuan untuk para eksekutif, anggota legislatif, lembaga peradilan dan masyarakat umum yang berguna bagi proses perumusan kebijakan serta yang dapat meningkatkan kinerja kebijaksanaan.

#### b. Proses Kebijakan

Proses kebijakan merupakan keseluruhan aktivitas atau tindakan-tindakan dari mana kebijakan pemerintah itu dibuat. Memang tidak membuat kebijakan publik yang baik dan benar. Dibawah ini skematik dari kebijakan publik.

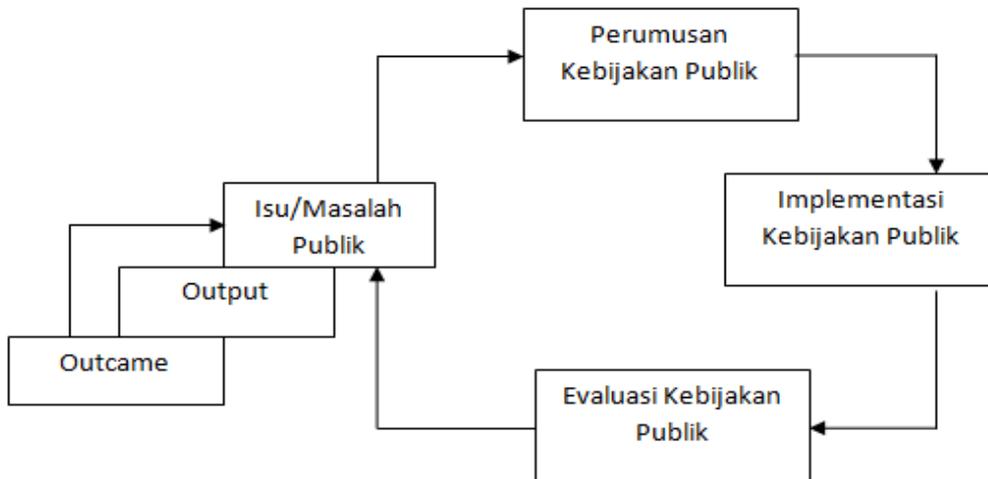
---

<sup>8</sup> Solichin Abdul Wahab, Analisis Kebijakan Dari Formulasi Ke Implementasi Kebijakan Negara, Jakarta: Bumi Aksara, 1997, hal,3

<sup>9</sup> RC. Chandler & JC Plano. *The Public Administration Dictionary*, CA ABC CLIO Inc, Santa Barbara, 1998

<sup>10</sup> A. Hoogerwef. *Politologie*, Alphen aan den rijn, 1979

**Gambar 1.1**  
**Proses Kebijakan Publik**



Sumber : Rian Nugroho D, *Kebijakan Publik, Formulasi, Implementasi, Evaluasi*, hal 73

Dari alur skematik di atas dapat di jelaskan dalam sekuensi sebagai berikut<sup>11</sup>:

1. Terdapat isu atau masalah publik disebut isu apabila masalah bersifat strategis, yakni bersifat mendasar menyangkut banyak orang atau bahkan keselamatan bersama, (biasanya) berjangka panjang, tidak bisa diselesaikan orang-orangan, dan memang harus di selesaikan. Isu ini diangkat sebagai isu politik yang memang harus diselesaikan . isu ini diangkat sebagai agenda politik yang harus diselesaikan.
2. Isu ini kemudian menggerakkan pemerintah untuk merumuskan kebijakan publik dalam rangka menyelesaikan masalah tersebut. Rumusan kebijakan ini akan menjadi hukum bagi seluruh Negara dan warganya termasuk pimpinan Negara.

---

<sup>11</sup> Rian Nugroho D, *Kebijakan Publik Formulasi, Implementasi, dan Evaluasi*. Jakarta, PT. Alex Media Komputindo: 2003, hal 74

3. Setelah dirumuskan kemudian kebijakan publik dilaksanakan baik oleh pemerintah, masyarakat, atau pemerintah bersama-sama dengan masyarakat.
4. Namun didalam proses perumusan, pelaksanaan dan pasca pelaksanaan, diperlukan adanya tindakan evaluasi sebagai sebuah siklus baru bagi penilaian apakah kebijakan tersebut sudah dirumuskan dengan baik dan benar dan diimplementasikan dengan baik dan benar pula.
5. Implementasi kebijakan bermuara pada output yang dapat berupa kebijakan itu sendiri bermanfaat langsung yang dapat dirasakan oleh pemanfaat.
6. Didalam jangka panjang kebijakan tersebut menghasilkan *outcome* dalam bentuk *impact* kebijakan yang diharapkan semakin meningkatkan tujuan yang hendak dicapai dengan kebijakan tersebut.

Sesuai dengan kondisi dan potensi SDM yang ada di kabupaten bantul maka penerapan kebijakan pun tidak tidak akan terlepas dari bagaimana kesadaran masyarakat dalam menerimanya dan peran pemerintah dalam mensosialisasikan kebijakan tersebut sehingga bisa berjalan secara efektif dan efisien.

#### c. Kebijakan kesehatan

Melihat berbagai pengertian mengenai kebijakan publik diatas, definisi tersebut pun dapat diaplikasikan untuk memahami pengertian kebijakan kesehatan. Kebijakan publik bertransformasi menjadi kebijakan kesehatan ketika pedoman yang ditetapkan bertujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Menurut Walt (1994) kebijakan kesehatan melingkupi berbagai upaya dan tindakan pengambilan keputusan yang meliputi aspek teknis medis dan pelayanan kesehatan, serta keterlibatan pelaku/aktor baik pada skala individu maupun organisasi atau institusi dari pemerintah, swasta, LSM dan representasi masyarakat lainnya yang membawa

dampak pada kesehatan. Secara sederhana, kebijakan kesehatan dipahami persis sebagai kebijakan publik yang berlaku untuk bidang kesehatan<sup>12</sup>.

Kebijakan kesehatan memiliki karakteristik tersendiri yang mengakomodasikan keunikan sektor kesehatan antara lain adalah<sup>13</sup>:

- a. Sektor kesehatan amat kompleks karena menyangkut hajat hidup orang banyak dan kepentingan masyarakat luas. Dengan perkataan lain, kesehatan menjadi hak dasar setiap individu yang membutuhkannya secara adil dan setara. Artinya, setiap individu tanpa terkecuali berhak mendapatkan akses dan pelayanan kesehatan yang layak apa pun kondisi dan status finansialnya.
- b. *Consumer ignorance*, keawaman masyarakat membuat posisi dan relasi “masyarakat-tenaga medis” menjadi tidak sejajar dan cenderung berpola paternalistik. Artinya masyarakat atau dalam hal ini pasien, tidak memiliki posisi tawar yang baik, bahkan hampir tanpa daya tawar ataupun daya pilih.
- c. Kesehatan memiliki sifat uncertainty atau ketidakpastian. Kebutuhan akan pelayanan kesehatan sama sekali tidak berkaitan dengan kemampuan ekonomi rakyat. Siapa pun ia baik dari kalangan mempunyai maupun miskin papa ketika jatuh sakit tentu akan membutuhkan pelayanan kesehatan. Ditambah lagi, seseorang tidak akan pernah tahu kapan ia sakit dan berapa biaya yang akan dikeluarkan. Disinilah pemerintah harus berperan menjamin setiap warga negara mendapatkan pelayanan kesehatan ketika membutuhkan, terutama bagi masyarakat miskin.
- d. Karakteristik lain dari sektor kesehatan adalah adanya eksternalitas, yaitu keuntungan yang dinikmati atau kerugian yang diderita oleh sebagian masyarakat

---

<sup>12</sup> Ayuningtyas Dumilah, *KEBIJAKAN KESEHATAN PRINSIP DAN PRAKTIK*, Jakarta, PT Rajagrafindo 2014, hal 9

<sup>13</sup> Ibid hal 10

karena tindakan kelompok masyarakat lainnya. Dalam hal kesehatan, dapat berbentuk eksternalitas positif atau negatif. Sebagai contoh, jika di suatu lingkungan rukun warga sebagian besar masyarakat tidak menerapkan pola hidup sehat sehingga terdapat sarang nyamuk *aedes aegypti*, maka dampaknya kemungkinan tidak hanya mengenai sebagian masyarakat tersebut saja melainkan diderita pula oleh kelompok masyarakat lain yang telah menerapkan perilaku hidup bersih.

Dengan karakteristik kesehatan tersebut, pemerintah wajib berperan membuat kebijakan mengenai sektor kesehatan dengan tujuan meningkatkan derajat kesehatan bagi setiap warga negara.

d. *Universal Health Coverage* (UCH)

*Universal Health Coverage* adalah layanan kesehatan yang bahwa semua orang dapat menggunakan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan layanan kesehatan paliatif yang mereka butuhkan, dengan kualitas yang cukup efektif, sementara juga memastikan bahwa pengguna layanan ini tidak menunjukkan pengguna yang kesulitan keuangan<sup>14</sup>.

Menurut Dr. Margaret Chan, WHO Direction General, *Universal Health Coverage* sebagai konsep tunggal kesehatan masyarakat yang paling kuat yang ditawarkan. Hal ini termasuk menyatukan dan memberikan mereka layanan secara komprehensif dan terpadu berdasarkan perawatan kesehatan primer<sup>15</sup>.

*Universal Health Coverage* merupakan cakupan kesehatan tidak hanya ditentukan oleh biaya langsung pelayanan kesehatan kepada pasien, tetapi mekanisme pembiayaan yang digunakan untuk membayar itu. Hal ini dapat mencakup

---

<sup>14</sup> [http://www.who.int/health\\_financing/universal\\_coverage\\_definition/en/](http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/) diakses pada 13 mei pukul 22.00 WIB

<sup>15</sup> [http://www.who.int/universal\\_health\\_coverage/en/](http://www.who.int/universal_health_coverage/en/) diakses pada 13 mei pukul 22.30 WIB

penggunaan biaya atau pembiayaan publik progresif, misalnya dari pajak khusus untuk pembiayaan kesehatan dan lain-lain<sup>16</sup>.

*Universal Health Coverage* adalah tentang orang-orang yang memiliki akses perawatan kesehatan yang mereka butuhkan tanpa menderita kesulitan keuangan. UHC bertujuan untuk mencapai kesehatan dan pengembangan hasil yang lebih baik, membantu mencegah orang jatuh ke dalam kemiskinan karena sakit, dan memberikan orang kesempatan untuk memimpin, hidup lebih produktif<sup>17</sup>.

*Universal Health Coverage* (UHC) adalah jaminan kesehatan semua penduduk. Hal ini merupakan konsep yang dicanangkan pemerintah agar seluruh penduduk dapat merasakan dan memanfaatkan secara bijak bantuan kesehatan dari pemerintah. Sehingga masyarakat dapat memenuhi kebutuhan kesehatannya dengan baik. *Universal Health Coverage* meliputi<sup>18</sup>:

a. Akses layanan yang diperlukan berkualitas baik.

Terdiri dari pencegahan, promosi, pengobatan, rehabilitasi, dan perawatan paliatif.

b. Perlindungan finansial.

Tidak ada yang menghadapi kesulitan keuangan atau pemiskinan untuk membayar layanan yang dibutuhkan.

c. Keadilan

Yang dimaksud keadilan yaitu semua orang, *Universal*.

Menurut WHO (*World Health Organization*) 2010, terdapat tiga dimensi *Universal Coverage* sebagai berikut<sup>19</sup>:

A. *Populations* (Penduduk) : *Who is Covered* ? (Siapa yang dicakup?)

---

<sup>16</sup> <http://www.actionforglobalhealth/> diakses 13 mei pukul 23.00 WIB

<sup>17</sup> <http://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage/overview#1> diakses pada 13 mei pukul 24.00 WIB

<sup>18</sup> <http://www.healthfirst.org.au/site/index.cfm> Vivian Lin, Director, Health Sector Development WHO (Western Pasific Regional Office), hal 8, Diakses pada 13 mei pukul 00.30 WIB

<sup>19</sup> Universal Health Coverage, 9 Oktober 2013 ([www.oxfam.org](http://www.oxfam.org)) diakses 13 mei 2017 pukul 01.00 WIB

Meliputi jumlah penduduk yang dijamin.

- B. *Services* (pelayanan) : *Which services are coverage ?* (pelayanan mana yang dicakup?)

Meliputi layanan kesehatan yang dijamin, misal apakah hanya rumah sakit atau termasuk juga layanan rawat jalan.

- C. *Direct Cost* (Biaya langsung) : *Proportion of the cost coverage* (proporsi biaya yang dicakup).

Proporsi biaya kesehatan yang dijamin. Pada dimensi ini tergantung pada kemampuan keuangan suatu Negara atau pilihan penduduknya. Tujuannya adalah untuk mengurangi biaya langsung yang dibayarkan pasien.

Dari tiga dimensi *Universal Health Coverage* tersebut ada tiga kunci yaitu<sup>20</sup>:

- A. Luas (*Breadth*) : mengacu pada proporsi penduduk yang tercakup.
- B. Tinggi (*Height*) : mengacu pada proporsi biaya kesehatan yang dibayarkan oleh dana yang terkumpul sebagai lawan melalui pembayaran langsung OOP (*Out Of Pocket*).
- C. Kedalaman (*Depth*) : mengacu pada paket bantuan dari layanan yang meliputi pembiayaan yang dikumpulkan (serta definisi layanan dapat diperluas untuk mencakup penyediaan intervensi kesehatan masyarakat).

Tujuan *Universal Health Coverage* adalah untuk memastikan bahwa semua orang mendapatkan pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan tanpa merasakan kesulitan keuangan ketika mereka membayarnya. Adapun yang dibutuhkan adalah<sup>21</sup>:

- a. Sistem kesehatan yang dijalankan dengan baik, kuat, dan efisien.
- b. Sistem untuk membiayai pelayanan kesehatan.
- c. Akses terhadap obat-obatan dan teknologi penting.

---

<sup>20</sup> Universal Maternal Health Coverage, assessing the readiness of public health facilities to provide maternal Health care in Indonesia, juli, 2014, hal 26 Diakses dari [www-wds.worldbank.org](http://www-wds.worldbank.org) pada 13 Mei 2017 pukul 01.30 WIB

<sup>21</sup> [http://www.who.int/universal\\_health\\_coverage/en/](http://www.who.int/universal_health_coverage/en/) diakses pada 14 mei 2017 pukul 02.00 WIB

d. Kapasitas yang cukup terlatih, memotivasi tenaga kesehatan.

## 2. Implementasi Kebijakan Publik

### a. Pengertian Implementasi Kebijakan

Menurut Mazmanian dan Sabastiar didalam mempelajari masalah implementasi kebijakan berarti berusaha untuk memahami “apa” yang senyatanya terjadi sesudah suatu program diberlakukan atau dirumuskan, yakni peristiwa-peristiwa dan kegiatan-kegiatan yang terjadi setelah proses pengesahan kebijaksanaan Negara, baik itu menyangkut usaha usaha administrasi maupun usaha-usaha untuk memberikan dampak tertentu pada masyarakat ataupun peristiwa-peristiwa<sup>22</sup>.

Sedangkan menurut Amir Santoso, Analisis mengenai Pelaksanaan Kebijakan (*policy Implementation*) mencoba mempelajari sebab-sebab keberhasilan kegagalan kebijakan melalui pembahasan mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan kebijakan seperti masalah kepemimpinan dan interaksi politik antara pelaksanaan kebijakan, sedangkan didalam pelaksanaanya kebijakan itu tidak hanya bersifat akademis administrasi belaka tapi melibatkan masalah masalah politik dengan demikian studi implementasi mencoba menjawab pertanyaan mengapa hal itu terjadi dan tidak berhenti hanya pada pertanyaan apa yang terjadi<sup>23</sup>.

Jadi dari pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa implementasi kebijakan adalah pelaksanaan dari kebijakan Negara yang telah disahkan, agar apa yang terkandung dalam kebijakan tersebut dapat diwujudkan dalam keadaan nyata sesuai dengan rencana yang ada baik yang menyangkut akademis administrasi maupun usaha yang meberikan dampak pada masyarakat.

---

<sup>22</sup> Mazmanian dan sabastiar, dalam solichin, Pengantar Analisa Kebijakan Negara, Jakarta, Rineka Cipta 1990, hal 123

<sup>23</sup> Amir Santoso, *Pengantar Analisis Kebijakan Negara*, Jakarta, Rineka Cipta, 1990, hal 123

Implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya. Tidak lebih dan tidak kurang. Untuk mengimplementasikan kebijakan publik, ada dua pilihan langkah yang ada, langsung mengimplementasikan dalam bentuk program atau melalui formulasi kebijakan turunan dari kebijakan publik tersebut<sup>24</sup>.

Kebijakan publik dalam bentuk Undang-Undang atau Perda adalah jenis kebijakan publik yang memerlukan kebijakan publik penjabar atau yang sering diistilahkan sebagai peraturan pelaksanaan. Kebijakan publik yang langsung bisa operasional antara lain keppres, inpres, kepmen, keputusan kepala daerah, keputusan kepala dinas, dan lain-lain<sup>25</sup>.

## b. Model Implementasi Kebijakan

### 1. Model Van Meter dan Van Horn

Model pertama dalam model yang paling klasik, yakni model yang diperkenalkan oleh duet Donald Van Meter dengan Carly Van Horn model ini mengendalikan bahwa implementasi kebijakan berjalan sesuai secara linier dari kebijakan publik, implementor, dan kinerja kebijakan publik. Beberapa variabel yang dimasukkan sebagai variabel yang mempengaruhi kebijakan publik adalah variabel berikut<sup>26</sup>:

- a. Aktivitas implementasi dan komunikasi antar organisasi
- b. Karakteristik agen pelaksana/implementator
- c. Kondisi ekonomi
- d. Kecendrungan (*disposition*) pelaksana/implementator

### 2. Model Mazmanian dan Sabatier

---

<sup>24</sup> Rian Nugroho, *Revisi ke-IV*, Jakarta, PT Elex Media Komputindo, 2012, hal 674

<sup>25</sup> Ibid 675

<sup>26</sup> Ibid 683

Model Mazmanian dan Sabatier disebut model kerangka analisis implementasi (*A Framework For Implementataion Analysis*). Mereka mengklasifikasikan proses implementasi kebijakan dalam tiga variabel<sup>27</sup>.

Pertama, variabel independen, yaitu mudah tidaknya masalah dikendalikan yang berkenaan dengan masalah teori dan teknis pelaksanaan, keragaman objek, dan perubahan seperti apa yang dikehendaki<sup>28</sup>.

Kedua variabel intervening, yaitu variabel kemampuan kebijakan untuk menstrukturkan proses implementasi dengan indikator kejelasan konsistensi tujuan, dipergunakannya teori kausal, ketetapan alokasi sumber dana, keterpaduan hierarkis diantara lembaga pelaksana, aturan pelaksana dan keterbukaan dari pihak luar dan variabel diluar kebijakan yang mempengaruhi proses implementasi yang berkenaan dengan indikator kondisi sosio-ekonomi dan teknologi, dukungan publik, sikap dan risorsis konstituen, dukungan pejabat yang lebih tinggi, dan komitmen dan kualitas kepemimpinan dari pejabat pelaksana<sup>29</sup>.

Ketiga variabel dipenden, yaitu tahapan dalam proses implementasi dengan lima tahapan pemahaman dari lembaga/badan pelaksana dalam bentuk disusun kebijakan pelaksana, kepatuhan objek, hasil nyata tersebut, dan akhirnya mengarah pada revisi atas kebijakan yang dibuat dan dilaksanakan tersebut ataupun keseluruhan kebijakan yang bersifat mendasar<sup>30</sup>.

### 3. Model Grindle

Model Marilee S. Grindle ditentukan oleh isi kebijakan dan konteks implementasinya. Ide dasarnya adalah setelah kebijakan ditransformasikan, barulah implementasi kebijakan dilakukan. Keberhasilannya ditentukan oleh derajat

---

<sup>27</sup> Ibid 685

<sup>28</sup> Ibid

<sup>29</sup> Ibid

<sup>30</sup> Ibid

implementability dari kebijakan tersebut. Isi kebijakan tersebut mencakup hal-hal berikut<sup>31</sup>:

- a. Kepentingan yang terpengaruhi oleh kebijakan
- b. Jenis manfaat yang akan dihasilkan
- c. Derajat perubahan yang diinginkan
- d. Kedudukan sebuah kebijakan
- e. Siapa pelaksana program
- f. Sumber daya yang dikerahkan

Sementara itu konteks implementasinya adalah<sup>32</sup>:

- a. Kekuasaan, kepentingan, dan strategi actor yang terlibat
- b. Karakteristik lembaga dan penguasa
- c. Kepatuhan dan daya tangkap

Keunikan model grindle terletak pada pemahamannya yang komprehensif akan konteks kebijakan, khususnya yang menyangkut dengan implementator, penerima implementasi, dan arena konflik yang mungkin terjadi di antara para actor implementasi, serta kondisi-kondisi sumberdaya implementasi yang diperlukan.

#### 4. Model George C. Edward III

Ada empat variabel yang berperan penting dalam pencapaian keberhasilan implementasi. Empat variabel tersebut adalah komunikasi, sumberdaya, disposisi, dan struktur birokrasi<sup>33</sup>.

##### 1. Komunikasi

---

<sup>31</sup> Ibid 690

<sup>32</sup> Ibid 691

<sup>33</sup> Dwiyanto Indahhono, *kebijakan publik*, berbasis Dynamic Policy Analisis, Gava media, Yogyakarta, 2009, hal 31

Setiap kebijakan akan dapat dilaksanakan dengan baik jika terjadi komunikasi efektif antara pelaksana program (kebijakan) dengan para kelompok sasaran (target group). Tujuan dan sasaran dari program/kebijakan dapat disosialisasikan secara baik sehingga dapat menghindari adanya distorsi atas kebijakan dan program. Ini menjadi penting karena semakin tinggi pengetahuan kelompok sasaran atas program maka akan mengurangi tingkat penolakan dan kekeliruan dalam mengaplikasikan program dan kebijakan dalam ranah yang sesungguhnya<sup>34</sup>.

## 2. Sumber daya

Setiap kebijakan harus didukung oleh sumber daya yang memadai, baik sumber daya manusia maupun sumber daya finansial. Sumber daya manusia adalah kecukupan baik kualitas maupun kuantitas implementor yang dapat melingkupi seluruh kelompok sasaran. Sumber daya finansial adalah kecukupan modal investasi atas sebuah program/kebijakan. Keduanya harus diperhatikan dalam implementasi program/kebijakan pemerintah. Sebab tanpa kehandalan implementor, kebijakan menjadi kurang enerjik dan berjalan lambat dan seadanya. Sedangkan sumber daya finansial menjamin keberlangsungan program/kebijakan. Tanpa ada dukungan finansial yang memadai, program tidak dapat berjalan efektif dan cepat dalam mencapai tujuan dan sasaran<sup>35</sup>.

## 3. Disposisi

Karakteristik yang menempel erat kepada implementor kebijakan/program. Karakter yang penting dimiliki oleh implementor adalah kejujuran, komitmen dan demokratis. Implementor yang memiliki komitmen tinggi dan jujur akan senantiasa

---

<sup>34</sup> Ibid

<sup>35</sup> Ibid

bertahan diantara hambatan yang ditemui dalam program/kebijakan. Kejujuran mengarahkan implementor untuk tetap berada dalam arah program yang telah digariskan dalam *guideline* program. Komitmen dan kejujurannya membawanya semakin antusias dalam melaksanakan tahap-tahapan program secara konsisten. Sikap yang demokratis akan meningkatkan kesan baik implementor dan kebijakan dihadapan anggota kelompok sasaran. Sikap ini akan menurunkan resistensi dari masyarakat dan menumbuhkan rasa percaya dan kepedulian kelompok sasaran terhadap implementor dan program/kebijakan<sup>36</sup>.

#### 4. Struktur Birokrasi

Struktur birokrasi menjadi penting dalam implementasi kebijakan. Aspek struktur birokrasi ini mencakup dua hal penting, mekanisme dan struktur organisasi pelaksana sendiri. Mekanisme implementasi program biasanya sudah ditetapkan melalui standar operating prosedur (SOP) yang dicantumkan dalam *guideline* program/kebijakan. SOP yang baik mencantumkan kerangka kerja yang jelas, sistematis, tidak berbelit dan mudah dipahami oleh siapapun karena akan menjadi acuan dalam bekerjanya implementor. Sedangkan struktur organisasi pelaksananya sejauh mungkin menghindari hal yang berbelit, panjang dan kompleks. Struktur organisasi pelaksana harus menjamin adanya pengambilan keputusan atas kejadian luar biasa dalam program secara cepat. Dan hal ini hanya dapat lahir jika struktur didesain secara ringkas dan fleksibel menghindari “virus weberian” yang kaku, terlalu hirarkis dan birokratis<sup>37</sup>.

---

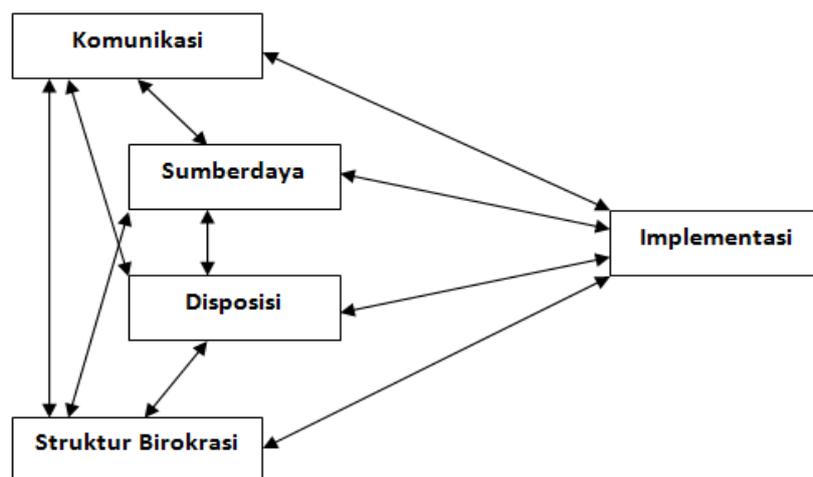
<sup>36</sup> Ibid

<sup>37</sup> Ibid

Keempat variabel diatas dalam model yang dibangun oleh Edward memiliki keterkaitan satu dengan yang lain dalam mencapai tujuan dan sasaran program/kebijakan. Semuanya saling besinergi dalam mencapai tujuan dan satu variabel akan sangat mempengaruhi variabel yang lain. Misalnya saja, implementor yang tidak jujur akan mudah sekali melakukan *mark up* dan korupsi atas dana program/kebijakan dan program tidak dapat optimal dalam mencapai tujuannya. Begitupun ketika watak dari implementor kurang demokratis akan sangat mempengaruhi proses komunikasi dengan kelompok sasaran<sup>38</sup>.

**Gambar 2.1**

**Model Implementasi Kebijakan Edward III**



Sumber : Dwiyanto indahhono, 2009, *kebijakan publik*, berbasis Dynamic Policy Analisis, Hal 33

Model implementasi dari Edward ini dapat digunakan sebagai alat mencitra implementasi kebijakan/program di berbagai tempat dan waktu. Artinya empat variabel yang tersedia dapat digunakan untuk mencitra fenomena implementasi kebijakan publik. Dalam implementasi model Edward ini hanya masalah manajemen publik, dikarenakan dalam teori Edward ini tidak terkandung unsur politis.

### **3. Pelayanan Publik**

Salah satu tugas pokok pemerintah adalah memberikan pelayanan umum kepada masyarakat. Pelayanan kesehatan salah satu bentuk pelayanan publik (pelayanan umum) disamping pelayanan pendidikan dan kesejahteraan lainnya. Aspek pelayanan kepada masyarakat ini merupakan salah satu tugas dan fungsi institusi pemerintahan pusat maupun daerah. Sebagaimana dinyatakan dalam Keputusan Menteri Negara No. 81 Tahun 1993 tentang Pedoman Tata Laksana Pelayanan Umum.

Tata cara pelayanan umum, diselenggarakan secara mudah, lancar, cepat, tidak berbelit-belit dan mudah dipahami serta mudah dilaksanakan. Selanjutnya institusi pemerintahan dalam melaksanakan pelayanan Publik mengandung kejelasan dan kepastian, terutama mengenai hal-hal sebagai berikut:

1. Prosedur/tatacara pelayanan
2. Persyaratan pelayanan umum baik teknis maupun administratif
3. Unit kerja/pejabat yang berwenang dan bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan umum
4. Rincian biaya/tarif pelayanan umum dan tata cara pembayaran
5. Jadwal waktu penyelesaian pelayan umum
6. Hak dan kewajiban baik pemberi maupun penerima pelayanan umum berdasarkan bukti-bukti penerimaan, dan Permohonan/kelengkapan sebagai alat untuk memastikan perosesan pelayanan umum
7. Pejabat yang menerima keluhan masyarakat.

Dalam memberikan pelayanan, institusi pemerintah seharusnya juga berlandaskan pada sendi keamanan, artinya proses serta hasil pelayanan umum yang diberikan mengandung unsur keamanan dan kenyamanan serta kepastian hukum. Dengan demikian, mudah diketahui dan dipahami oleh masyarakat baik diminta maupun tidak diminta. Sendi berikutnya yaitu efisiensi, yang mengandung arti bahwa persyaratan hanya dibatasi pada hal yang berkaitan langsung dengan pencapaian sasaran pelayanan dengan tetap memperhatikan keterpaduan antara persyaratan dan produk pelayanan yang diberikan serta sejauh mungkin instansi pemerintah daerah dapat mencegah terjadinya penyelewengan, disamping pemenuhan pelayanan, kelengkapan persyaratan sebagaimana disebutkan diatas, diterapkan pula prinsip ekonomis, yaitu penggunaan biaya-biaya pelayanan yang ditetapkan harus secara wajar dengan memperhatikan barang/jasa pelayanan, tidak menuntut biaya tinggi diatas batas kewajaran, biaya sesuai dengan kondisi dan kemampuan masyarakat dan untuk membayar secara umum dan sesuai dengan ketentuan peraturan per-Undang-Undangan yang berlaku. Sendi yang tidak kalah pentingnya adalah prinsip keadilan yang merata yaitu bahwa pelayanan instansi pemerintah harus diusahakan seluas mungkin dan dan menjangkau segenap lapisan masyarakat dengan distribusi yang merata dan perilaku yang adil.

#### **4. Kepuasan Pelanggan/Masyarakat**

##### **a. Pengertian**

Engel (1990), kepuasan pelanggan adalah evaluasi terwakili dimana alternatif yang dipilih sekurang-kurangnya memberikan hasil (*outcome*) sama atau melampaui

harapan pelanggan. Sedangkan ketidakpuasan terjadi apabila pelayanan yang diterima sama atau kurang dari yang diharapkan sebelumnya<sup>39</sup>.

Kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja/hasil yang dirasakannya dengan harapannya. Jadi tingkat kepuasan merupakan fungsi dari perbedaan antara kinerja yang dirasakan dengan harapan. Apabila kinerja di bawah harapan, maka pelanggan akan kecewa. Bila kinerja sesuai dengan harapan, pelanggan akan puas. Sedangkan bila kinerja melebihi harapan, pelanggan akan sangat puas.<sup>40</sup>

Sementara Kotler menerangkan kepuasan adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang berasal dari perbandingan antara kesannya terhadap kinerja atau hasil suatu produk dan harapan-harapannya.<sup>41</sup>

Day (dalam Tse dan Walton) menyatakan puas tidaknya pelanggan adalah respon dari pelanggan terhadap evaluasi ketidak sesuaian (dikonfirmasi) yang dirasakan antara harapan sebelumnya (norma kerja lainnya) dan kinerja actual produk yang dirasakan setelah pemakaian.<sup>42</sup>

Untuk dapat memberikan pelayanan yang memuaskan bagi pengguna jasa, penyelenggara pelayanan harus memenuhi asas-asas pelayanan sebagai berikut (Keputusan MENPAN Nomor 63 Tahun 2004):

1. Transparansi: Bersifat terbuka, mudah dan dapat diakses oleh semua pihak yang membutuhkan dan disediakan secara memadai serta mudah dimengerti.

---

<sup>39</sup> Engel, J. F. B. *Consumer Behavior, The Dryden Press, Forth Worth, USA*. 1990

<sup>40</sup> J. Supranto, M.A. *Pengukuran Tingkat Kepuasan pelanggan*, Jakarta: PT Rineka Cipta, 2001. Hal 233-234

<sup>41</sup> Philip Kotler, *American Marketing Management Analisis, planning, Implementation and Control*, Prentice Hall International Edition, USA, 1994. Hal.36

<sup>42</sup> Tse. Wilton, *Marketing Research: An Applied Orientation, Prentice Hall, New Jersey*. 1998

2. Akuntabilitas: Dapat dipertanggung jawabkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Kondisional: Sesuai dengan kondisi dan kemampuan pemberi dan penerima pelayanan dengan tetap berpegang pada prinsip efisiensi dan efektivitas.
4. Partisipatif: Mendorong peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik dengan memperhatikan aspirasi, kebutuhan dan harapan masyarakat.
5. Kesamaan Hak: Tidak diskriminatif dalam arti tidak membedakan suku, ras, agama, golongan, gender dan status ekonomi.
6. Keseimbangan Hak dan Kewajiban: Pemberi dan penerima pelayanan publik harus memenuhi hak dan kewajiban masing-masing pihak.

Secara umum dimensi kepuasan pelayanan dapat dilihat dari beberapa aspek seperti yang telah disebutkan dan dijelaskan pada pembahasan di atas dibedakan menjadi tiga macam:<sup>43</sup>

1. Kepuasan yang hanya mengacu pada penerapan standar dan kode etik profesi. Ukuran kepuasan pemakai jasa pelayanan terbatas hanya pada kesesuaian dengan standar serta kode etik profesi. Suatu pelayanan tersebut sebagai pelayanan yang bermutu apabila penerapan standar kode etik profesi dapat memuaskan. Ukuran-ukuran pelayanan mencakup kepuasan:
  - a. Hubungan penyelenggara pelayanan dengan pelanggan. Dalam hal ini dapat dicontohkan dengan adanya ketanggapan atau responsifitas dari penyelenggara atau badan penyedia jasa.
  - b. Kenyamanan pelayanan. Mengupayakan tersedianya proses pelayanan yang nyaman adalah salah satu kewajiban etik. Dalam hal ini yang bermutu tidak

---

<sup>43</sup> Azwar. Anwar, *Menjaga Mutu Pelayanan*, Jakarta, Pustaka Sinar Harapan, 1996, Hal 31

boleh terlewatkan. Kenyamanan menyangkut fasilitas sikap serta tindakan yang menciptakan suasana nyaman.

- c. Kebebasan menyampaikan pilihan. Memberikan kebebasan terhadap peserta untuk memilih serta menentukan pelayanan tanpa harus melanggar aturan prosedur yang telah menjadi aturan baku operasional.
  - d. Pengetahuan dan kompetensi. Upaya penyelenggaraan wajib didukung oleh pengetahuan dan kompetensi teknik bukan saja merupakan bagian kode etik, tetapi prinsip pokok penerapan standar pelayanan profesi. Secara umum bahwa semakin tinggi pengetahuan dan kompetensi teknis maka makin tinggi pula pelayanan mutu pelayanan tersebut.
  - e. Efektivitas pelayanan. Selain sebagai kode etik dan prinsip pelayanan standar tetapi juga makin efektif maka makin tinggi mutu pelayanan tersebut.
  - f. Keamanan tindakan. Keamanan tindakan adalah juga bagian dari kewajiban etik serta prinsip pokok pelayanan profesi. Untuk dapat terselenggara pelayanan yang baik maka aspek keamanan ini tidak boleh terlewatkan.
2. Kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan pelayanan. Disini ukuran kepuasan pemakai jasa pelayanan, dikaitkan dengan penerapan semua persyaratan pelayanan. Pada umumnya ukuran pelayanan yang bermutu tercakup penilaian yang bersifat luas:
- a. Ketersediaan pelayanan. Dalam hal ini yang menjadi pedoman asumsi masyarakat berupa pandangan tentang ketersediaan. Bahwa suatu pelayanan yang bermutu apabila pelayanan tersebut tersedia di masyarakat.
  - b. Kewajaran pelayanan. Semua halnya dengan ketersediaan, yang mengkaitkan aspek kepuasan dengan mutu. Maka suatu pelayanan bermutu apabila bersifat wajar, dalam arti dapat mengatasi masalah.

- c. Kesenambungan pelayanan. Pelayanan yang bermutu apabila berkesinambungan, dalam arti tersedia setia saat. Baik menurut waktu dan ataupun kebutuhan pelayanan.
  - d. Penerimaan pelayanan. Dapat diterima atau tidak tergantung oleh konsumen dan pelayanan. Suatu pelayanan dinilai bermutu apabila pelayanan dapat diterima oleh pemakai jasa pelayanan.
  - e. Ketercapaian pelayanan. Dengan suatu keadaan tertentu yang berbeda dengan tarif wajar, maka disebutkan suatu pelayanan bermutu apabila dapat tercapai oleh pemakai jasa pelayanan.
  - f. Keterjangkauan pelayanan. Pelayanan dengan harga yang tidak sewajarnya akan mengakibatkan opini yang berbeda dengan harapan. Maka akan lebih baik ditempuh dengan cara mengjangkaukan harapan karena keterjangkauan salah satu bagian pelayanan yang bermutu.
  - g. Efisiensi pelayanan. Efisiensi diketahui sangat erat dengan kepuasan dengan demikian peningkatan efisiensi agar selalu diupayakan.
  - h. Mutu pelayanan. Mutu pelayanan yang dimaksud adalah yang menunjuk pada penyelesaian perijinan serta keamanan tindakan perilaku, yang apabila berhasil pasti akan memuaskan pencari pelayanan.
3. Untuk mewujudkan dan mempertahankan kepuasan pelanggan, suatu penyelenggara pelayanan umum harus melakukan beberapa hal. Diantaranya adalah mengidentifikasi pelanggannya, memahami tingkat harapan pelanggan atau kualitas, memahami strategi kualitas pelayanan terhadap pelanggan dan memahami siklus pengukuran dan umpan balik dari kepuasan pelanggan selama itu menjadi dambaan setiap orang yang berurusan dengan badan/instansi yang bertugas

melayani masyarakat, apabila hal itu dapat dipenuhi masyarakat akan puas dan dampak kepuasan masyarakat terlihat pada:<sup>44</sup>

- a. Masyarakat sangat menghargai (respect) kepada korps pegawai yang bertugas di bidang pelayanan umum. Mereka tidak memandang remeh dan mencemooh korps itu dan tidak pula berlaku sembarangan.
- b. Masyarakat terdorong mematuhi aturan dengan penuh kesadaran tanpa prasangka buruk, sehingga lambat laun dapat terbentuk sistem pengendalian diri (self control) yang akan sangat efektif dalam keterlibatan berpemerintahan dan bernegara.
- c. Ada rasa bangga pada masyarakat atas karya korps pegawai di bidang pelayanan umum, meskipun dilain pihak ada yang merasa ruang geraknya dipersempit karena tidak ada lagi “mempermainkan” mereka. Rasa bangga itu akan membawa dampak positif terhadap usaha yang mempertahankan citra korps pegawai yang tangguh, tanggap dan disiplin.
- d. Kelambatan-kelambatan yang “biasa” ditemui, dapat dihindarkan dan ditiadakan. Sebaliknya akan dapat ditumbuhkan percepatan kegiatan dimasyarakat di semua bidang kegiatan baik ekonomi, sosial, maupun budaya. Karena adanya kelancaran dibidang pelayanan umum, gairah usaha dan inisiatif masyarakat akan meningkat, yang akan meningkatkan pula usaha pengembangan ipoleksosbud masyarakat kearah tercapainya adil dan makmur berlandaskan pancasila.

Menurut Brown, mutu adalah hal yang harus dilihat sebagai fenomena yang komprehensif dan multidimensi. Brown mengungkapkan setidaknya terdapat 8 (delapan) dimensi yang membantu pola pikir dalam menetapkan masalah dan

---

<sup>44</sup> H. A. S. Moenir. *Manajemen Pelayanan Umum di Indonesia*, Jakarta: Bumi Aksara, 2000, Hal 45

menganalisa masalah yang ada untuk mengukur sampai sejauh mana standar pelayanan kesehatan tersebut dapat dicapai. Sehingga, dalam menjaga mutu akan bersinggungan dengan suatu atau beberapa segi menurut Brown adalah sebagai berikut<sup>45</sup>:

a. Kompetensi Teknis

Kompetensi teknis sangat berkaitan erat dengan keterampilan, kemampuan dan penamplan petugas, manajemen dan staf pendukung. Kompetensi teknis berhubungan dengan adanya petugas mengikuti standar pelayanan yang telah ditetapkan. Apabila kompetensi ini tidak terpenuhi maka akan terjadinya beberapa hal mulai dari penyimpangan kecil terhadap pelayanan kesehatan sampai kepada kesalahan fatal berupa penurunan pelayanan mutu.

b. Akses Terhadap Pelayanan

Akses yang mudah dapat ditinjau dari hilangnya beberapa kendala pelayanan kesehatan seperti keadaan geografis, sosial ekonomi, budaya, organisasi atau hambatan bahasa. Geografis berkaitan dengan jenis transportasi, jarak dan waktu perjalanan. Akses ekonomi berhubungan erat dengan kemampuan masyarakat membayar pelayanan kesehatan yang diterima. Akses bahasa lebih kepada bahwasannya bahasa yang digunakan tenaga kesehatan dapat dimengerti oleh pasien.

c. Efektifitas

Efektifitas adalah kualitas pelayanan yang menyangkut norma pelayanan kesehatan dan petunjuk klinis sesuai standar yang sudah diisyaratkan oleh prosedur pengobatan.

---

<sup>45</sup> Imbalo Spohan, *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*, Jakarta: EGC. 2006

d. Efisiensi

Efisiensi sangat berkaitan dengan sumber daya pelayanan kesehatan. Keterbatasan sumberdaya sangat mempengaruhi kualitas pelayanan. Petugas akan memberikan pelayanan sebaik mungkin dengan keterbatasan sumberdaya yang dimiliki, pelayanan yang kiranya salah ahurs dikurangi bahkan dihilangkan. Melalui cara-cara seperti ini diharapkan dapat menekan biaya, pelayanan yang kurang yang dirasa beresiko tidak terjadi dalam pelayanan kesehatan pasien.

e. Keamanan

Keamanan berarti menekan resiko cedera, infeksi, dan bahaya lainnya yang berkaitan dengan pelayanan. Keamanan menjadi hal yang sangat penting sehingga keamanan petugas dan pasien harus ditetapkan dengan prosedur yang utama.

f. Hubungan Antar Manusia

Hubungan antar manusia adalah interaksi yang terbangun antara tenaga kesehatan dengan pasien, antara kesehatan dan masyarakat. Hubungan yang baik antara manusia biasanya ditandai dengan sikap saling percaya, saling menghormati, menghargai dan menjaga rahasia.

g. Kenyamanan

Kenyamanan berkaitan dengan erat dengan penampilan fisik dan fasilitas pelayanan pelayanan kesehatan, personel, peralatan, serta kebersihan. Hal-hal tersebut mempengaruhi pasien untuk memilih menggunakan jasa kesehatan dengan harapan aspek kenyamanan tersebut selalu diberikan oleh penyedia jasa.

h. Keberlangsungan pelayanan

Pelayanan yang lengkap menjadi indikator keberhasilan penyedia layanan kesehatan dalam menampung keinginan pasien. Pasien harus mendapatkan pelayanan keberlangsungan yang dibutuhkan tanpa harus melalui prosedur yang berbelit-belit dan pasien harus mempunyai alasan rujukan untuk pelayanan kesehatan lanjutan yang dibutuhkan.

## **F. Definisi Konsepsional**

Definisi konseptual adalah usaha untuk menjelaskan batasan pengertian antara konsep yang satu dengan konsep yang lainnya. Karena sebuah konsep merupakan sebuah unsur pokok dari suatu penelitian. Bila masalah dan teorinya sudah jelas biasanya fakta yang menjadi gejala pokok perhatian telah diketahui pula.

Agar dapat memberikan gambaran yang lebih jelas serta untuk menghindari kesalahan pahaman penafsiran istilah-istilah penting antara konsep satu dengan konsep lainnya sehubungan dengan pokok masalah dalam penelitian ini, maka perlu diberikan definisi-definisi konsep sebagai berikut:

### **1. Implementasi Kebijakan**

Implementasi Kebijakan adalah pelaksanaan dari kebijakan Negara yang telah disahkan, agar apa yang terkandung dalam kebijakan tersebut dapat diwujudkan dalam keadaan nyata sesuai dengan rencana yang ada baik menyangkut akademis administrasi maupun usaha yang memberikan dampak pada masyarakat.

### **2. Pelayanan Publik**

Segala kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh penyelenggaraan pelayanan publik sebagai upaya pemenuhan kebutuhan penerima pelayanan maupun pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan.

### **3. Kepuasan pelanggan/masyarakat**

Kepuasan pelanggan adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang berasal dari perbandingan antara kesannya terhadap kinerja atau hasil suatu produk-produknya. Jadi tingkat kepuasan merupakan fungsi dari perbedaan antara kinerja yang dirasakan dengan harapan. Apabila kinerja dibawah harapan, maka pelanggan kecewa. Bila kinerja sesuai dengan harapan, maka pelanggan akan puas.

#### 4. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah salah satu bentuk pelayanan publik (pelayanan umum). Disamping pelayanan pendidikan dan kesejahteraan lainnya. Aspek pelayanan kepada masyarakat ini merupakan salah satu tugas dan fungsi institusi pemerintah pusat maupun daerah.

### **G. Definisi Operasional**

Menurut Sofian Efendi definisi operasional adalah unsur penelitian yang memberitahukan bagaimana cara mengukur variabel<sup>46</sup>. Di dalam penelitian ini, definisi operasionalnya mengenai Peraturan UU No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial di RSUD Muhammadiyah Bantul peneliti cenderung mengukur dengan menggunakan model implementasi yang dikemukakan oleh George C. Edward III dan Ukuran Kepuasan menurut Brown. Agar dapat melihat bagaimana Implementasi Peraturan UU No 24 Tahun 2011 dan kepuasan pengguna BPJS yang di terapkan di RSUD Muhammadiyah Bantul dapat diukur dari :

#### A. Implementasi Kebijakan/Program :

- a. Komunikasi, sebagai bentuk monitoring dari pihak BPJS Kesehatan terhadap Rumah Sakit.
- b. Sumberdaya, dalam hal ini berupa Sumber Daya yang tersedia di Rumah Sakit.

---

<sup>46</sup> Sofian Effendi dan Masri Singaribun, 1998, *Metode Penelitian Survei*, Gramedia, Jakarta, hal 78

- c. Disposisi, Sebagai Karakteristik Rumah Sakit pelaksana Kebijakan Program BPJS Kesehatan.
- d. Struktur Birokrasi, pelaksana program BPJS Kesehatan di Rumah Sakit.

**B. Ukuran Kepuasan :**

- a. Kompetensi teknis, terkait dengan keterampilan, kemampuan dan penampilan petugas pelayanan Rumah Sakit terhadap pengguna layanan BPJS Kesehatan.
- b. Akses pelayanan Rumah Sakit terhadap pengguna layanan BPJS Kesehatan seperti geografis, sosial, ekonomi, dan budaya.
- c. Efektivitas yang menyangkut norma pelayanan Rumah Sakit terhadap pengguna layanan BPJS Kesehatan dan petunjuk klinis yang sesuai standar yang ada.
- d. Efisiensi terkait pemberian pelayanan Rumah Sakit terhadap pengguna layanan BPJS Kesehatan.
- e. Keamanan yang diberikan oleh pihak Rumah Sakit terhadap pengguna layanan BPJS Kesehatan.
- f. Hubungan antar petugas Rumah Sakit dengan pengguna layanan BPJS Kesehatan
- g. Kenyamanan yang di berikan oleh petugas Rumah Sakit terhadap pengguna layanan BPJS Kesehatan.
- h. Keberlangsungan pelayanan yang di berikan oleh pihak Rmah Sakit terhadap pengguna layanan BPJS Kesehatan.

## **H. Metode Penelitian**

Pengertian metode menurut Winarno Surachmad merupakan cara utama yang digunakan untuk mencapai suatu tujuan. Dengan mempergunakan teknik data dan alat-alat tertentu. Cara utama itu diperoleh setelah penyidik memperhitungkan atau fitinjaw penyelidik serta suatu penyelidik.

### **1. Jenis Penelitian**

Jenis penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif. Penelitian Kualitatif adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian secara holistik dan dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa, pada suatu konteks khusus yaitu alamiah dengan memanfaatkan berbagai metode alamiah<sup>47</sup>. Penulis berusaha menggambarkan secara jelas dan mendetail tentang obyek/kajian penelitian berdasarkan data-data yang terkumpul di lapangan seperti situasi yang dialami, pandangan sifat yang nampak atau tentang suatu proses sedang berlangsung, pengaruh yang sedang bekerja, kelakuan yang sedang muncul, kecendrungan-kecendrungan yang menampak, pertentangan yang sedang meruncing dan lain sebagainya. Data yang terkumpul nanti akan di perkuat dengan studi literatur, sehingga dapat ditarik suatu kesimpulan yang benar sebagai jawaban akhir atas pokok permasalahan.

Selain menggunakan metode kualitatif, dalam penelitian ini juga menggunakan metode kuantitatif yang dimana lebih menekankan pada angka yang dapat menghasilkan data yang didapatkan dari hasil penyebaran kuesioner kepada responden. Penggunaan metode tersebut bertujuan untuk mendapatkan informasi lebih akurat dari responden terkait dengan kepuasan masyarakat terhadap kinerja pelayanan publik pemerintahan kabupaten bantul.

## **2. Lokasi Penelitian**

Adapaun lokasi penelitian ini adalah di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul, Kecamatan Bantul, Kabupaten Bantul, Provinsi Yogyakarta. RSUD PKU Muhammadiyah Bantul ini merupakan salah satu rumah sakit swasta yang menerima pengguna kartu BPJS Kesehatan, dan juga ketika BPJS Berlaku, Pasien di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul

---

<sup>47</sup> L.J. Moleong, *Metodologi Penelitian Kualitatif Edisi Revisi*, Bandung: PT. Remaja Rosdakarya 2012, hal. 6

ini meningkat dari sebelumnya rata-rata 1.900 pasien menjadi 2.445 pasien perbulan<sup>48</sup>. Jadi itu bisa menggambarkan layanan BPJS di RSUD Muhammadiyah Bantul terbilang baik. Dari alasan tersebut peneliti ingin melakukan penelitian di RSUD Muhammadiyah Bantul.

### 3. Unit Analisa

Unit analisa adalah satuan tertentu yang diperuntukan sebagai subyek penelitian.<sup>49</sup> Sesuai dengan obyek penelitian ini berkaitan dengan variabel-variabel yang akan diteliti, yaitu kepuasan pelanggan/masyarakat. Unit analisa dalam penelitian ini yaitu pihak-pihak yang terkait dan relevan dengan pembahasan yang tepat untuk dijadikan sumber data. Pihak yang terkait dengan pembahasan penelitian antara lain :

1. RSUD Muhammadiyah Bantul.
2. BPJS Kesehatan Bantul
3. Masyarakat Kecamatan Bantul

### 4. Jenis Data

Sumber data yang di gunakan untuk memperoleh data-data berhubungan dengan penelitian adalah 2 macam, yaitu:

1. Data Primer

Yaitu data autentik atau data langsung dari tangan pertama yang menyangkut pendapat dari responden tentang variabel penelitian, yang bisa diperoleh dari jawaban-jawaban hasil interview atau observasi.

**Tabel 1.1**  
**Sumber Data Premier**

<b>Data</b>	<b>Sumber data</b>
-------------	--------------------

<sup>48</sup> <http://m.antarayogya.com/berita>, Diakses pada 18.00, 04-11-2016

<sup>49</sup> Suharsimi Arikunto, *Prosedur Penelitian Sebuah Pendekatan Praktek*, Jakarta: Bina Aksara, 2006, hal 143

Karakteristik RSUD Muhammadiyah Bantul dalam pelaksanaan Kebijakan Program BPJS Kesehatan	Wawancara pihak RSUD Muhammadiyah Bantul
Bentuk monitoring dari pihak BPJS Kesehatan terhadap RSUD Muhammadiyah Bantul	Wawancara pihak RSUD Muhammadiyah Bantul
Sumber Daya yang tersedia di RSUD Muhammadiyah Bantul	Wawancara pihak RSUD Muhammadiyah Bantul
Kendala dari implementasi BPJS Kesehatan di RSUD Muhammadiyah Bantul	Wawancara pihak RSUD Muhammadiyah Bantul
Harapan dari adanya BPJS Kesehatan di RSUD Muhammadiyah Bantul	Wawancara pihak RSUD Muhammadiyah Bantul
Struktur Birokrasi pelaksana program BPJS Kesehatan di RSUD Muhammadiyah Bantul	Wawancara pihak RSUD Muhammadiyah Bantul

## 2. Data Sekunder

Yaitu data yang dikutip dari sumber lain, sehingga tidak bersifat autentik, karena sudah diperoleh dari tangan kedua, ketiga dan seterusnya. Melihat dari uraian itu, maka yang akan dijadikan data sekunder dari penelitian ini adalah arsip-arsip, buku, atau dokumentasi-dokumentasi yang berhubungan dengan variabel penelitian.

**Tabel 2.1**  
**Sumber Data Sekunder**

Data	Sumber Data
------	-------------

Data jumlah pasien RSUD Muhammadiyah Bantul yang menggunakan kartu BPJS Kesehatan	Dokumen dari RSUD Muhammadiyah Bantul
Prosedur ketentuan dalam kepesertaan BPJS Kesehatan di RSUD Muhammadiyah Bantul	Dokumen dari RSUD Muhammadiyah Bantul
Data ketenagakerja RSUD Muhammadiyah Bantul	Dokumen dari RSUD Muhammadiyah Bantul
Tujuan dari program BPJS Kesehatan Bantul	Dokumen dari kantor BPJS Bantul
Pembiayaan untuk menjalankan Program BPJS Kesehatan Bantul	Dokumen dari kantor BPJS Bantul

## 5. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan salah satu elemen dalam penelitian guna memudahkan proses pengumpulan informasi. Teknik yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah :

### 1. Wawancara

Wawancara adalah teknik pengumpulan data dengan cara melakukan wawancara atau bertanya langsung kepada responden guna mendapatkan informasi yang diperlukan secara langsung dengan responden ditempat penelitian. Menurut M. Natsir bahwa interview adalah memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab sambil bertatap muka antara penanya dan responden<sup>50</sup>.

Dalam penelitian yang berjudul Implementasi Peraturan UU No 24 Tahun 2011 Terhadap Kepuasan Layanan BPJS Kesehatan Tahun 2014-2015, studi kasus di RSUD

<sup>50</sup> Moh.Natsir, *Metode Penelitian*, Jakarta: Ghalia Indonesia, 2009, hal 250

PKU Muhammadiyah Bantul. dalam hal ini peneliti mengadakan wawancara dengan :

- a. Pegawai RSUD Muhammadiyah Bantul berjumlah 1 orang
- b. Masyarakat di Kecamatan Bantul berjumlah 1 orang

## 2. Dokumentasi

Dokumentasi adalah mengumpulkan data terkait dengan permasalahan pada penelitian untuk dipelajari yaitu berupa dokumen, buku, jurnal, media massa, dan sumber lainnya yang bersifat relevan. Dokumentasi pada penelitian ini berasal dari data-data yang telah ada untuk dianalisis yang diperoleh dari RSUD Muhammadiyah Bantul.

## 3. Kuisioner

Yaitu penyelidikan mengenai suatu masalah yang banyak menyangkut kepentingan umum dengan menyediakan formulir daftar pertanyaan yang diajukan secara tertulis kepada sejumlah subyek, mendapatkan jawaban (tanggapan, responden) tertulis seperlunya.

Dalam penelitian yang berjudul Implementasi Peraturan UU No 24 Tahun 2011 Terhadap Kepuasan Layanan BPJS Kesehatan Tahun 2014-2015, studi kasus di RSUD Muhammadiyah Bantul. dalam hal ini peneliti menyebarkan 100 angket kepada pasien yang mendapatkan jaminan BPJS.

## **6. Teknik Pengambilan Sampel**

### a. Populasi

Populasi adalah sekumpulan elemen unsur yang menjadi objek penelitian. Populasi bisa berbentuk lembaga, individu, kelompok. Sehingga objek-objek ini biasa

menjadi objek penelitian<sup>51</sup>. Dalam penelitian ini populasinya adalah pengguna kartu BPJS Kesehatan di RSUD Muhammadiyah Bantul yang berjumlah 57,483<sup>52</sup>.

Hal ini berangkat dari asumsi bahwa populasi ini merupakan gambaran terbaik untuk pengambilan bukti dan merupakan elemen yang tepat untuk meneliti kepuasan pelayanan BPJS Kesehatan karena mereka secara langsung terlibat dalam program BPJS sehingga dapat memilih pernyataan dengan akurat dan menggambarkan kondisi yang sebenarnya.

#### b. Teknik Sampling

Sampel adalah sebagiann dari populasi yang diambil secara representatif atau mewakili populasi yang bersangkutan atau bagian kecil yang diamati<sup>53</sup>.

Adapun teknik pengambilan sampel yang dilakukan pada penelitian ini adalah teknik sampel random sederhana (*simple random sampling*), *simple random sampling* merupakan teknik pengambilan sampel yang memberikan kesempatan yang sama kepada setiap anggota yang ada dalam suatu populasi untuk dijadikan sampel<sup>54</sup>.

Sedangkan dalam menentukan ukuran sampel penelitian menggunakan teknik Solvin yaitu sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + N \cdot e^2}$$

keterangan :

n : Sampel

N : Jumlah Populasi

---

<sup>51</sup> M. Burhan Bungin, *Metode Penelitian Kuantitatif*, Jakarta: kencana Prenada Media Grup, 2008, hal 99

<sup>52</sup> <http://m.antaryogya.com/berita>, diakses pada 18.00, 04-11-2016

<sup>53</sup> Iskandar, *metodologi penelitian dan sosial*, Jakarta, Referensi Gaung Persada Press Group, hal 70

<sup>54</sup> Syofian Siregar, *statistika deskriptif untuk penelitian*, Jakarta, PT Raja Grafindo Persada, 2011, hal 144

E : perkiraan tingkat kesalahan<sup>55</sup>.

Presisi yang ditetapkan dalam penelitian ini adalah 10%. Berdasarkan Rumus tersebut, jumlah sampel yang diperoleh untuk penelitian ini dari populasi sebesar 57,483 orang adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{57.483}{1+57.483(10\%)^2} = 99,89$$

Maka jumlah sampel dibulatkan menjadi 100 orang.

## 7. Teknik Analisa Data

Teknik analisis data yang digunakan adalah kualitatif yaitu suatu analisis terhadap data tidak dinyatakan dalam bentuk angka-angka tetapi dalam uraian-uraian yang disusun secara sistematis dari apa yang dinyatakan oleh narasumber atau responden secara lisan maupun tertulis dan juga perilakunya yang nyata diteliti dan dipelajari sebagai bagian yang utuh. Prosedur Analisa datanya adalah sebagai berikut<sup>56</sup>:

### a. Pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan dengan cara pengumpulan dokumen-dokumen yang berkaitan dengan penelitian.

### b. Reduksi data

Reduksi data diartikan sebagai proses pemilihan dan penyederhanaan data-data kasar yang muncul dari catatan-catatan tertulis. Reduksi data yang dilakukan dengan cara membuat ringkasan dan mengkode data yang diperoleh dari pengumpulan dokumen-dokumen yang berkaitan dengan penelitian.

### c. Penyajian data

---

<sup>55</sup> Ibid hal, 149

<sup>56</sup> Agus Salim, *adopt matthew B. Miles dan A. Michael Huberman*, 2006, hal 22

Penyajian data dilakukan dengan menggambarkan keadaan sesuai dengan data yang direduksi dan disajikan dalam laporan yang sistematis dan mudah dipahami.

d. Menarik kesimpulan

Pada tahap ini peneliti menarik kesimpulan terhadap data yang sudah direduksi dalam laporan dengan cara membandingkan, menghubungkan, dan memilih data yang mengarah pada pemecahan masalah, dan mampu menjawab permasalahan serta tujuan yang ingin dicapai.

## 8. Uji Validitas

Uji Validitas merupakan suatu alat pengukur untuk mengukur apa yang diukur guna menunjukkan tingkat keshahihan suatu instrumen. Suatu instrumen yang valid akan memiliki validitas yang tinggi, sebaliknya instrumen yang kurang valid berarti validitasnya rendah<sup>57</sup>.

Uji validitas dimaksudkan untuk mengukur sah atau vaalid-tidaknya suatu kuisisioner. Suatu kuisisioner dikatakan valid jika pernyataan pada kuisisioner mampu untuk mengungkapkan suatu yang diukur oleh kuisisioner tersebut. Uji validitas berguna untuk mengetahui apakah ada pernyataan-pernyataan pada kuisisioner yang harus dibuang atau diganti karena dianggap tidak relevan. Item instrumen dianggap valid jika  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel, dan dianggap memenuhi syarat kofisien dengan  $n = 100$  taraf kesalahan 5% diperoleh 0,197 dan taraf kesalahan 1% = 0,256<sup>58</sup>.

## 9. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Bila suatu alat pengukur dipakai dua kali untuk mengukur gejala yang sama dan hasil pengukuran yang diambil relatif konsisten, maka

---

<sup>57</sup> Suharsimi Arikunto, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, Jakarta, Rineka Cipta, 2002, hal 141.

<sup>58</sup> Sugiyono, *Metode Penelitian Kuantitatif, dan R&D*, Bandung, Alfabeta, 2009, hal 333.

alat pengukur tersebut reliable. Dengan kata lain reliabilitas menunjukkan konsistensi suatu alat pengukur didalam mengukur suatu gejala yang sama<sup>59</sup>.

Makin kecil kesalahan pengukuran, makin reliabel alat pengukur. Sebaliknya makin besar kesalahan makin tidak reliabel alat pengukur tersebut. Jika hasil dari cronbach alpha > 0,6 maka data tersebut mempunyai realibilitas kurang baik, sedangkan cronbach alpha > 0,7 dapat diterima, dan cronbach alpha > 0,8 adalah baik<sup>60</sup>.

#### 10. Instrumen penelitian :

**Tabel 3.1**  
**Instrumen Penelitian**  
Kompetensi Teknis

No	Pertanyaan	Nilai yang diterima				
		SS	S	R	TS	STS
1	Petugas Rumah Sakit selalu siap membantu pasien.					
2	Penampilan petugas Rumah Sakit rapi.					
3	Petugas Rumah Sakit terampil dalam memberikan pelayanan.					

<sup>59</sup> Ibid, hal 141.

<sup>60</sup> Dwi Priyatnoa, *5 Jam Belajar Olah Data Dengan SPSS 17*, Yogyakarta, CV Andi Offset, 2009, hal 127

### Akses Terhadap Pelayanan

No	Pertanyaan	Nilai yang diterima				
		SS	S	R	TS	STS
1	Proses administrasi di Rumah Sakit mudah					
2	Petugas tidak membedakan suku, agama, dan status pasien dalam memberikan pelayanan					
3	Biaya pelayanan di Rumah Sakit benar-benar gratis					

### Efektivitas

No	Pertanyaan	Nilai yang diterima				
		SS	S	R	TS	STS
1	Jumlah petugas Rumah Sakit sudah cukup dalam memberikan pelayanan.					
2	Petugas Rumah Sakit teliti dalam memberikan pelayanan.					

### Efisiensi

No	Pertanyaan	Nilai yang diterima				
		SS	S	R	TS	STS
1	Petugas Rumah Sakit tepat waktu dalam memberikan pelayanan.					
2	Petugas Rumah Sakit datang ke Rumah Sakit sesuai jam kerjanya.					
3	Prosedur pelayanan Rumah Sakit berbelit belit					

### Keamanan

No	Pertanyaan	Nilai yang diterima				
		SS	S	R	TS	STS
1	Obat-obatan yang diberikan petugas Rumah Sakit sesuai dengan resep dokter					
2	Alat yang digunakan petugas Rumah Sakit dalam melayani pasien layak digunakan					

### Hubungan Antar Manusia

No	Pertanyaan	Nilai yang diterima				
		SS	S	R	TS	STS
1	Petugas Rumah Sakit memberikan perhatian terhadap keadaan pasien					
2	Petugas Rumah Sakit ramah dan sabar dalam memberikan pelayanan					
3	Petugas Rumah Sakit menerima dan mendengarkan keluhan pasien dengan baik					

### Kenyamanan

No	Pertanyaan	Nilai yang diterima				
		SS	S	R	TS	STS
1	Kondisi lingkungan Rumah Sakit bersih.					
2	Fasilitas fisik seperti gedung dan ruang tunggu layak untuk digunakan.					
3	Data dan rahasia pasien tersimpan dengan baik.					

### Keberlangsungan Pelayanan

No	Pertanyaan	Nilai yang diterima				
		SS	S	R	TS	STS
1	Rekam medis pasien di Rumah Sakit tercatat dengan baik.					
2	Petugas Rumah Sakit memberikan penjelasan yang lengkap dalam memberikan pelayanan.					
3	Petugas Rumah Sakit memberikan rujukan sesuai dengan kebutuhan pasien.					

#### 11. Intepretasi Data

Untuk memberikan inteprestasi atas nilai rata-rata yang diperoleh digunakan pedoman intepretasi sebagaimana dikemukakan oleh Arikunto adalah sebagai berikut:

1. Puas, jika nilai yang diperoleh berada pada interval 75%-100%.
2. Cukup Puas, jika nilai yang diperoleh berada pada interval 55%-75%.
3. Kurang puas, jika nilai yang diperoleh berada pada interval 40%-55%.
4. Tidak Puas, jika nilai yang diperoleh berada pada interval 0%-40%.<sup>61</sup>

Untuk menentukan presentase digunakan perhitungan sederhana dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- e. Menentukan Nilai Harapan (NH), nilai ini dapat diketahui dengan mengalikan jumlah item pertanyaan dengan skor tertinggi.

---

<sup>61</sup> Suharsimi Arikunto dan Cepi Safruddin Abdun Jabar, Evaluasi Program Pendidikan Pedoman Teoritis Praktik Bagi Mahasiswa dan Praktisi Pendidikan, Jakarta: PT Bumi Aksara, 2009), cet.ke-3, hal. 35.

f. Menghitung nilai skor (NS), nilai ini merupakan rata-rata sebenarnya yang diperoleh dari hasil penelitian.

g. Menentukan kategori yaitu dengan menggunakan rumus:

$$P = \frac{NS}{NH} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Angka presentase

NS = Nilai Skor

NH = Nilai Harapan

100% = Nilai Konstanta.<sup>62</sup>

---

<sup>62</sup> Suharsimi Arikunto, *Manajemen Penelitian*, Jakarta: Rhineka Cipta, 2015, hal 144