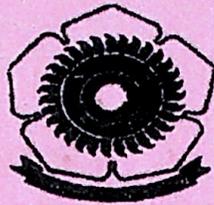


**KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN DALAM TINJAUAN**

**PENGGUNA JAMKESMAS**

**(Studi Mengenal Persepsi Pengguna Jamkesmas di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang)**



**SKRIPSI**

**Diajukan Untuk Memenuhi Syarat Mendapatkan Gelar Sarjana Ilmu Sosial Pada Jurusan Sosiologi  
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik**

**Universitas Sriwijaya**

**OLEH:**

**Resky Permatasari**

**07081002029**

**JURUSAN SOSIOLOGI**

**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK**

**UNIVERSITAS SRIWIJAYA**

**2012**

R 21548  
22012

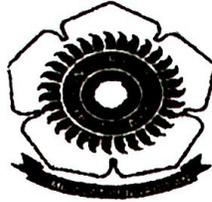
S  
362.106 807  
Res  
K  
C/1 → 130217  
2012

C/1



**KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN DALAM TINJAUAN  
PENGGUNA JAMKESMAS**

**(Studi Mengenai Persepsi Pengguna Jamkesmas di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang)**



**SKRIPSI**

**Diajukan Untuk Memenuhi Syarat Mendapatkan Gelar Sarjana Ilmu Sosial Pada Jurusan Sosiologi  
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik**

**Universitas Sriwijaya**

**OLEH:**

**Resky Permatasari**

**07081002029**

**JURUSAN SOSIOLOGI  
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK  
UNIVERSITAS SRIWIJAYA  
2012**

**KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN DALAM TINJAUAN PENGGUNA JAMKESMAS**  
(Studi Mengenai Persepsi Pengguna Jamkesmas di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang)

**SKRIPSI**

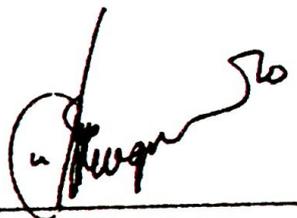
Telah Dipertahankan di Depan Dewan Penguji Skripsi  
Fakultas Ilmu Sosial Ilmu Politik Universitas Sriwijaya dan  
Dinyatakan Berhasil Untuk Memenuhi Sebagian Syarat  
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Ilmu Sosial

Pada Tanggal, 26 Juli 2012

**SUSUNAN DEWAN PENGUJI**

Dra. Dyah Hapsari ENH. M.Si

Ketua



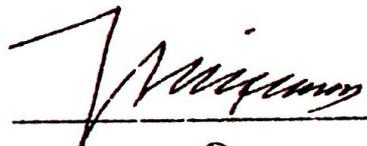
Faisal Nomaini, S.Sos M.Si

Anggota



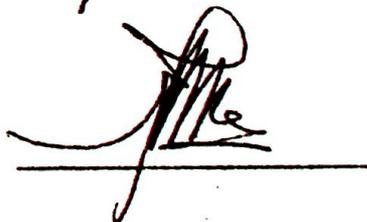
Dr. Zulfikri Suleman, MA

Anggota



Drs. Tri Agus Susanto, M.Si

Anggota



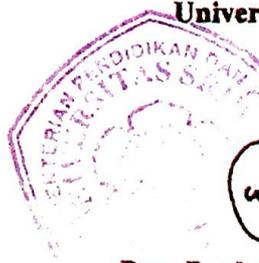
Indralaya, 1 Agustus 2012

Jurusan Sosiologi

Fakultas Ilmu Sosial Ilmu Politik

Universitas Sriwijaya

Dekan,



Dra. Dyah Hapsari ENH. M.Si

NIP. 196010021992032001

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN DALAM TINJAUAN  
PENGGUNA JAMKESMAS  
(Studi Mengenai Persepsi Pengguna Jamkesmas di RSUP Dr. Mohammad  
Hoesin Palembang)**

**SKRIPSI**

**Telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk mengikuti  
Ujian komprehensif dalam memenuhi sebagian persyaratan  
Mencapai derajat Sarjana S-1 Sosisologi  
Pada Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik  
Universitas Sriwijaya**

**Diajukan Oleh:**

**RESKY PERMATASARI**

**07081002029**

**Dosen Pembimbing I**

**Dra. Dyah Hapsari ENH. M.Si**

**NIP. 196010021992032001**



---

**Dosen Pembimbing II**

**Faisal Nomaini, S. Sos, M. Si**

**NIP. 198411052008121003**



---

## MOTTO DAN PERSEMBAHAN

*Motto : "Mulailah Berbuat Sebelum Tiba Senja"*

*"Orang-orang yang sukses telah belajar membuat diri mereka melakukan hal yang harus dikerjakan ketika hal itu memang harus dikerjakan, entah mereka menyukainya atau tidak"*

*Kupersembahkan Kepada :*

- *Kedua Orang Tua Tercinta*
- *Kakak-kakak ku Tercinta*
- *Teman-teman MSIP Unsri*
- *Almamaterku*

## ABSTRAK

Skripsi ini berjudul “Kualitas Pelayanan Kesehatan Dalam Tinjauan Pengguna Jamkesmas (Studi Mengenai Persepsi Pengguna Jamkesmas di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang). Penelitian ini mengkaji mengenai persepsi pengguna Jamkesmas baik pasien Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) maupun Rawat Inap Tingkat Lanjutan mengenai kualitas pelayanan kesehatan. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif, menggambarkan data deskriptif dari penelitian dengan unit analisisnya pengguna Jamkesmas. Penentuan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan teknik *proportionate stratified random sampling*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas pelayanan kesehatan di RSUP Dr. Mohammad Hoesin baik. Pelayanan yang memadai dengan pelayanan yang terjangkau bagi masyarakat miskin serta pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat menjadi indikator pendukung cukup tingginya tingkat kepuasan pengguna Jamkesmas. Namun ada beberapa indikator yang dikeluhkan oleh pengguna Jamkesmas yang terindikasi akan menjadi faktor penghambat dalam peningkatan pelayanan kesehatan. Hal ini berkesinambungan dengan tidak adanya perbedaan persepsi antara pasien RJTL dengan pasien RITL. Pasien RITL banyak mengeluh pada penyediaan sarana dan prasarana rumah sakit yang belum sesuai dengan kebutuhan mereka.

*Kata kunci : Kualitas, Pelayanan Kesehatan, Jamkesmas*

## KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT karena berkat rahmat dan karuniaNya penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “ Kualitas Pelayanan Kesehatan Dalam Tinjauan Pengguna Jamkesmas (Studi Mengenai Persepsi Pengguna Jamkesmas di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang)”

Dalam penulisan skripsi ini penulis banyak mendapatkan saran, dukungan dan bimbingan dari semua pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Sehubungan dengan hal tersebut, maka penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Dra. Dyah Hapsari, ENH.M.Si selaku Dekan FISIP UNSRI dan sekaligus sebagai pembimbing yang telah banyak memberikan saran, bimbingan dan pengarahan dalam penulisan skripsi.
2. Bapak Faisal Nomaini, S.Sos, M.Si selaku pembimbing II yang telah memberikan saran, bimbingan dan pengarahan dalam penulisan skripsi.
3. Bapak Dr. Zulfikri Suleman, MA selaku Ketua Jurusan Sosiologi yang telah memberikan pengarahan pada judul skripsi.
4. Seluruh dosen yang telah memberikan teladan dan ilmunya selama dalam pendidikan dan staff pendidik FISIP UNSRI.
5. Kedua orang tua dan saudara-saudara saya tercinta yang senantiasa memberikan motivasi, nasihat dan bantuan moril maupun materil dengan kasih sayang dan do'a yang tiada hentinya yang tentunya sangat berarti bagi

penulis. Semoga Allah SWT selalu melimpahkan Rahmat dan kasih sayangNya kepada kalian dan keluarga kita. Amin.

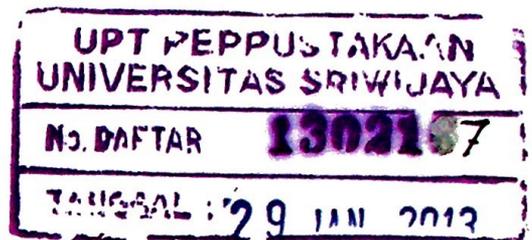
6. Sahabat-sahabat tercinta Sri Marni, Hestika Yulistia, dan Dwi Pramadita yang selalu ada dalam segala cuaca dan telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini. Sukses telah menanti kita semua.
7. Saudara Muhammad Ditto Anugrah motivator ulung, menghadirkan ritme baru dalam memberikan semangat kepada penulis untuk menyelesaikan skripsi ini.
8. Teman-teman Jurusan Sosiologi 2008 yang selalu membuat suasana kelas semakin berwarna.
9. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu-persatu oleh penulis yang telah banyak membantu dalam penyusunan skripsi ini..

Penyusun menyadari bahwa dalam penulisan skripsi ini masih terdapat banyak kesalahan dan kekurangan sehingga masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penyusun sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun sehingga penulis dapat memperbaikinya.

Atas perhatiannya penulis mengucapkan terima kasih.

Indralaya, Juli 2012

Penulis



## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
Halaman Judul .....	i
Halaman Pengesahan .....	ii
Motto dan Persembahan .....	iii
Abstrak .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Daftar Isi .....	vii
Daftar Tabel ... ..	x
Daftar Gambar .....	xiii
<b>BAB I. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	7
1.3 Tujuan Penelitian .....	8
1.4 Manfaat Penelitian .....	8
1.5 Tinjauan Pustaka .....	9
1.6 Kerangka Pemikiran .....	17
1.7 Hipotesis .....	24
1.8 Metode Penelitian .....	24
1.8.1 Desain Penelitian .....	24
1.8.2 Variabel Penelitian .....	25
1.8.3 Lokasi Penelitian .....	25

1.8.4 Definisi .....	26
1.8.5 Metode Pengumpulan Data .....	27
1.8.6 Teknik Pengumpulan Data .....	30
1.8.7 Teknik Pengolahan Data .....	31
1.8.8 Teknik Analisis Data .....	32
1.8.9 Teknik Pengujian Hipotesis .....	34
<b>BAB II DESKRIPSI WILAYAH PENELITIAN .....</b>	<b>37</b>
2.1 Sejarah Singkat .....	37
2.2 Fasilitas RSUP Dr. Mohammad Hoesin .....	40
2.3 Tenaga Pelaksana .....	41
2.4 Pelayanan RSUP Dr. Mohammad Hoesin .....	41
2.5 Deskripsi Responden .....	44
<b>BAB III HASIL DAN ANALISIS DATA.....</b>	<b>46</b>
3.1 Deskripsi Data .....	46
3.2 Pengujian Prasyarat Analisis .....	75
3.2.1. Pengujian Validitas Instrumen .....	75
3.2.2. Reliabilitas Instrumen .....	77
3.2.3. Normalitas Data .....	79
3.2.4. Pengujian Hipotesis .....	82

3.3 Pembahasan .....	86
<b>BAB IV. PENUTUP .....</b>	<b>97</b>
4.1. Kesimpulan .....	97
4.2. Saran .....	98

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

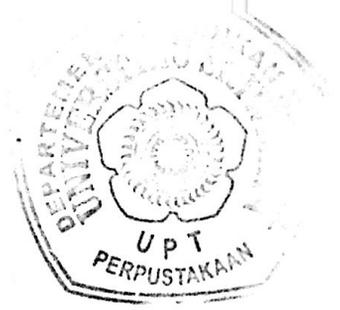
	<b>Halaman</b>
Tabel 1 Data Pengguna Jaminan Kesehatan Masyarakat.....	3
Tabel 2 Jumlah Pasien Jamkesmas yang Berobat di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang .....	5
Tabel 3 Tabel Variabel .....	26
Tabel 4 Jumlah Pasien Jamkesmas yang Berobat di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang .....	27
Tabel 5 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Jenis Kelamin .....	44
Tabel 6 Daftar Frekuensi Responden berdasarkan Umur .....	45
Tabel 7 Distribusi frekuensi mengenai pihak rumah sakit lebih mengutamakan pasien non- Jamkesmas .....	45
Tabel 8 Distribusi frekuensi mengenai kepuasan pengguna mengenai pelayanan yang diberikan rumah sakit .....	46
Tabel 9 Distribusi frekuensi mengenai rasa nyaman yang diberikan oleh petugas rumah sakit .....	48
Tabel 10 Distribusi frekuensi mengenai keterjangkauan pelayanan bagi pengguna Jamkesmas .....	49
Tabel 11 Distribusi frekuensi mengenai penerimaan pelayanan yang diberikan rumah sakit .....	50
Tabel 12 Deskripsi jawaban mengenai dimensi tanpa mempertimbangkan kriteria pasar .....	51
Tabel 13 Distribusi Frekuensi mengenai cara mengakses pelayanan kesehatan .	52
Tabel 14 Distribusi Frekuensi mengenai kesesuaian pelayanan yang dibutuhkan pasien .....	53

Tabel 15 Distribusi Frekuensi mengenai ketersediaan pelayanan kesehatan bagi pengguna Jamkesmas .....	54
Tabel 16 Distribusi Frekuensi mengenai kewajaran yang diberikan dalam pelayanan kesehatan .....	55
Tabel 17 Deskripsi jawaban mengenai dimensi menjamin suatu tingkat dasar .....	56
Tabel 18 Distribusi Frekuensi mengenai ketersediaan sarana dan prasarana di rumah sakit .....	57
Tabel 19 Distribusi Frekuensi mengenai kelengkapan fasilitas yang ada di rumah sakit .....	58
Tabel 20 Distribusi Frekuensi mengenai ketersediaan obat di rumah sakit ..	59
Tabel 21 Distribusi Frekuensi mengenai kualitas obat yang diberikan kepada pasien .....	61
Tabel 22 Distribusi Frekuensi mengenai kondisi ruang periksa yang ada di rumah sakit .....	62
Tabel 23 Distribusi Frekuensi mengenai kebersihan lingkungan di rumah sakit .....	63
Tabel 24 Deskripsi jawaban mengenai dimensi penyediaan fasilitas pemenuhan kebutuhan kehidupan bermasyarakat .....	64
Tabel 25 Distribusi Frekuensi mengenai kesesuaian kemampuan petugas dalam melaksanakan tugas .....	65
Tabel 26 Distribusi Frekuensi mengenai respon dokter terhadap keluhan pasien .....	66
Tabel 27 Distribusi Frekuensi mengenai pemberian informasi yang sebenarnya dalam pelayanan kesehatan .....	67

Tabel 28 Distribusi Frekuensi mengenai kesesuaian tindakan medis dengan penyakit .....	68
Tabel 29 Deskripsi jawaban mengenai dimensi kemampuan perorangan untuk melaksanakan fungsi-fungsinya .....	69
Tabel 30 Distribusi Frekuensi mengenai prosedur administrasi untuk Berobat di RSUP Mohammad Hoesin Palembang .....	70
Tabel 31 Distribusi frekuensi mengenai kesigapan dokter atau petugas jika pasien memerlukan bantuan .....	71
Tabel 32 Distribusi Frekuensi mengenai ketepatan waktu pada saat pemeriksaan pasien .....	72
Tabel 33 Deskripsi jawaban mengenai dimensi membantu masyarakat yang mengalami kesulitan dan keterlantaran .....	73
Tabel 34 Distribusi tingkat pencapaian pelayanan kesehatan pada pengguna Jamkesmas .....	74
Tabel 35 Korelasi Pernyataan Instrumen .....	77
Tabel 36 Tabulasi Skor Pengukuran .....	78
Tabel 37 Tabel Penolong Untuk Pengujian Normalitas Data dengan Chi Kuadrat .....	80

## DAFTAR GAMBAR

	<b>Halaman</b>
Gambar 1 Alur Pelayanan di Rumah Sakit .....	11



## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar belakang

Pembangunan dibidang kesehatan merupakan bagian dari pembangunan nasional, pemerintah sebagai institusi tertinggi yang bertanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan harus pula memenuhi kewajiban dalam penyediaan sarana pelayanan kesehatan. Kesehatan merupakan kebutuhan manusia yang utama dan menjadi prioritas yang mendasar bagi kehidupan. Pelaksanaan pembangunan dibidang kesehatan melibatkan seluruh warga masyarakat Indonesia. Hal tersebut dapat dimengerti karena pembangunan kesehatan mempunyai hubungan yang dinamis dengan sektor lainnya.

Namun pada kenyataannya, tingkat derajat kesehatan Indonesia terutama masyarakat miskin dan kurang mampu masih rendah. Menurut data BPS tahun 2009 derajat kesehatan masyarakat miskin berdasarkan indikator Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia, masih cukup tinggi, yaitu AKB sebesar 26,9 per 1000 kelahiran hidup dan AKI sebesar 24,8 per 100.000 kelahiran hidup serta Umur Harapan Hidup 70,5 tahun<sup>1</sup>.

Derajat kesehatan masyarakat miskin yang masih rendah tersebut diakibatkan karena sulitnya masyarakat miskin maupun kurang mampu mendapatkan akses dalam pelayanan kesehatan. Kesulitan akses pelayanan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor. Salah satu faktornya yaitu tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan yang mahal. Kesakitan

---

<sup>1</sup>Badan Pusat Statistik. 2009. Derajat Kesehatan Masyarakat Miskin. <http://www.bps.go.id>. Diakses pada tanggal 15 Februari 2012.

dan ketidakmampuan merupakan sebab utama ketergantungan seseorang dan status sosial ekonomi<sup>2</sup>.

Dalam Undang-Undang Nomor 23/1992 tentang kesehatan, ditetapkan bahwa setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Kekuasaan dalam pelayanan kesehatan terletak pada pemerintah pusat dan daerah, dan pada golongan sosial atas yang mempunyai wewenang menetapkan pilihan atas alternatif pelayanan kesehatan<sup>3</sup>. Oleh karena itu, pada awal pemerintahan SBY – JK telah diambil kebijakan strategis untuk menggratiskan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Sejak 1 Januari 2005 program ini menjadi Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Maskin (PJPKM) yang populer dengan nama Askeskin<sup>4</sup>.

Program ini bertujuan meningkatkan akses pelayanan kesehatan masyarakat miskin dan tidak mampu. Melalui Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin ini diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu melahirkan, menurunkan angka kematian bayi dan balita serta penurunan angka kelahiran disamping dapat terlayannya kasus-kasus kesehatan masyarakat miskin

---

<sup>2</sup> Lumenta, Benyamin. 1989. *Pelayanan Medis Citra, Konflik dan Harapan Tinjauan Fenomena Sosial*. Yogyakarta: Kanisius. Hal 60

<sup>3</sup> Lumenta, Benyamin. 1989. *Pelayanan Medis Citra, Konflik dan Harapan Tinjauan Fenomena Sosial*. Yogyakarta: Kanisius. Hal 23

<sup>4</sup> Departemen Kesehatan. 2007. *Bupati/ Walikota Diminta Segera Tetapkan Data Peserta Askeskin*. (<http://www.indonesia.go.id/en/ministries/ministers/ministry-of-health/773-kesehatan/2302-bupatiwalikota-diminta-segera-tetapkan-data-peserta-askeskin-.html>) diakses pada tanggal 20 Februari 2012

umumnya (Keputusan Menteri Kesehatan No.125/Menkes/SK/II/2008 Tanggal 6 Februari 2008 Tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat).

Pada awal tahun 2005 sasaran program berjumlah 36,1 juta jiwa penduduk miskin di seluruh Indonesia. Sejalan dengan usulan pemerintah daerah dan bersamaan dengan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM), mulai pertengahan tahun 2005 sampai tahun 2006 sasaran disesuaikan dengan jumlah rumah tangga (RTM) atau sekitar 76,4 juta jiwa. Masyarakat miskin memperoleh pelayanan kesehatan secara berjenjang mulai dari rawat jalan dan rawat inap di Puskesmas, sampai rujukan rawat spesifikasi dan rawat inap di kelas tiga rumah sakit<sup>5</sup>.

Pada tahun 2008 program Askeskin ini diubah namanya menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang tidak mengubah jumlah sasaran. Program ini bertujuan untuk memberi akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat sangat miskin, miskin dan mendekati miskin berjumlah 76,4 juta jiwa<sup>6</sup>.

Tabel 1  
Data Pengguna Jaminan Kesehatan Masyarakat

Tahun	Jumlah penduduk sasaran (Juta)	Anggaran (Rp Triliun)
2005	36,14	2,23
2006	60	2,6
2007	76,4	3,526
2008	76,4	3,6
2009	76,4	3,6
2010	76,4	5,1

Sumber: Departemen Kesehatan RI. Jamkesmas 2005-2010

<sup>5</sup> Departemen Kesehatan. 2007. *Bupati/ Walikota Diminta Segera Tetapkan Data Peserta Askeskin.* (<http://www.indonesia.go.id/en/ministries/ministers/ministry-of-health/773-kesehatan/2302-bupatiwalikota-diminta-segera-tetapkan-data-peserta-askeskin.html>) diakses pada tanggal 20 Februari 2012

<sup>6</sup> Keputusan Menteri Kesehatan No.125/Menkes/SK/II/208 Tanggal 6 Februari 2008 Tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat

Untuk anggaran Jaminan Kesehatan Masyarakat terdapat peningkatan yang cukup signifikan. Pada tahun 2005 anggaran sebesar 2,23 triliun, pada tahun 2006 sebesar 2,6 triliun, pada tahun 2007 sebesar 3,526 triliun, pada tahun 2008 sebesar 3,6 triliun, pada tahun 2009 anggaran tetap sebesar 3,6 triliun, dan pada tahun 2010 anggaran meningkat menjadi 5,1 triliun.

Rumah sakit sebagai wadah pelayanan kesehatan harus mempunyai fungsi utama menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan dan pemulihan bagi penderita. Sehubungan dengan itu masyarakat dengan segala latar belakang sosial budayanya, tanpa pandang bulu sebagai sisi yang mengharapkan akan menerima pelayanan dengan baik. Dalam mendukung pelaksanaan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin atau sekarang lebih dikenal dengan Jamkesmas, rumah sakit memiliki peranan yang sangat penting. Perannya adalah memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang menjadi pengguna atau peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang merupakan sebuah organisasi yang bergerak dibidang jasa perawatan medis dan merupakan salah satu rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang menjadi pengguna atau peserta Jamkesmas. Pelayanan kesehatan yang diberikan RSUP Dr. Mohammad Hoesin kepada pengguna atau peserta Jamkesmas antara lain pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dan pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) yang mencakup tindakan pelayanan obat, penunjang diagnostik, pelayanan darah serta pelayanan lainnya. RSUP Dr. Mohammad Hoesin memiliki tenaga pelaksana yang terdiri dari dokter, perawat dan petugas

non kesehatan sebanyak 1.739 orang yang bertugas memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang membutuhkan.

Tabel 2  
Jumlah Pasien Jamkesmas yang Berobat di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang

No	Bulan	Jumlah Pasien Rawat Inap (/pasien)	Jumlah Pasien Rawat Jalan (/pasien)
1	Januari	383	1746
2	Februari	356	1574
3	Maret	642	1811
4	April	757	1707
5	Mei	671	1526
6	Juni	671	1374
7	Juli	709	1472
8	Agustus	668	1316
9	September	619	1331
10	Oktober	714	1457
11	November	661	1363
12	Desember	748	1316
<b>Jumlah</b>		<b>7585</b>	<b>17993</b>

*Sumber RSUP Dr. Mohammad Hoesin. 2011*

Dari data diatas dapat dilihat bahwa jumlah pasien yang berobat di RSUP Dr. Mohammad Hoesin setiap bulannya berbeda-beda. Banyaknya jumlah tenaga pelaksana di RSUP Dr. Mohammad Hoesin dengan jumlah pasien yang berobat dapat mempengaruhi mutu dari sebuah pelayanan kesehatan.

Berdasarkan pengamatan yang penulis lakukan, penulis menemukan ada beberapa permasalahan terutama menyangkut dalam pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pihak RSUP Dr. Mohammad Hoesin kepada pasiennya. Hal ini terungkap karena penulis seringkali mendengar keluhan dari beberapa pasien yang menggunakan Jamkesmas bahwa belum memuaskannya pelayanan kesehatan yang diberikan baik dari kualitas perlengkapan maupun kualitas pelayanan lainnya seperti pelayanan medik, pelayanan obat-obatan dan pelayanan

administrasi. Seperti yang diungkapkan ibu dari pasien Sudarman (21), warga Desa Lubuk Pedaro, Kecamatan Merapi Selatan, Kabupaten Lahat, Sumatera Selatan, terlantar di teras Instalasi Rawat Darurat (IRD) RS Muhammad Hoesin (RSMH) Palembang, setelah divonis dokter menderita tumor ginjal<sup>7</sup>:

“Dokter selalu beralasan kalau kamar untuk nginap sedang penuh. Kami sampai sekarang belum mendapat panggilan untuk menetap di sebuah kamar, jangankan perawatan, Darman malah harus rela tidur di luar selama 21 hari di teras IRD RSMH Palembang. Kalau perutnya sakit, kami beli obat di apotik yang ada di dalam ruang IRD. Harganya Rp25 ribu. Kami melakukan itu sejak tiba di sini”.

Perlakuan terhadap pengguna Jamkesmas terkesan dibedakan dengan pasien umum. Perihal ini dialami salah satu pasien pengguna layanan Jamkesmas yang berasal dari Kabupaten Banyuasin bernama Melti (25) penderita dengan gejala pusing dikepala hingga muntah-muntah<sup>8</sup>.

“Saya berharap pelayanan di Rumah Sakit Umum Palembang ini lebih baik dibandingkan di Rumah Sakit Umum Banyuasin yang obatnya sering kosong, tapi ternyata malah tambah berbelit-belit, ditambah lagi hanya untuk mendapatkan hasil EEG pun menunggu hingga berminggu-minggu. Namun ada pasien yang periksanya bareng dengan saya dua hari sudah dapat hasilnya”

Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang selalu berupaya memenuhi harapan pasien sehingga pasien akan selalu merasa berhutang budi dan sangat berterima kasih<sup>9</sup>. Secara sosiologis pelayanan

---

<sup>7</sup> Pranata Dedy. 2011. *Pasien Miskin Terlantar 21 Hari di Teras Rumah Sakit*. (<http://news.okezone.com/read/2011/11/02/340/523598/pasien-miskin-terlantar-21-hari-di-teras-rumah-sakit>) diakses pada tanggal 8 Februari 2012

<sup>8</sup> Buana Sumsel. 2011. *Rumah Sakit Umum Palembang Anak Tirikan Pengguna Jamkesmas*. (<http://buanasumsel.com/drumah-sakit-umum-palembang-anak-tirikan-jamkesmas/>) diakses pada tanggal 12 Februari 2012

<sup>9</sup> Yunindyawati. 2004. *Modul Mata Kuliah Sosiologi Kesehatan*. Jurusan Sosiologi Fakultas Ilmu Sosial Ilmu Politik Universitas Sriwijaya. Hal 5

kesehatan haruslah memberikan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta kondisi sosial masyarakat telah menimbulkan perbedaan atau adanya diskriminasi terhadap pengguna Jamkesmas.

Dari uraian di atas dapat diketahui bahwa RSUP Dr. Mohammad Hoesin selaku lembaga yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan terindikasi kurang memberikan pelayanan kesehatan yang memuaskan kepada pasien Jamkesmas. Dalam upaya memahami suatu gejala sosial dalam masyarakat maka studi-studi sosiologi dilakukan dengan menggunakan pendekatan etik menganalisa perilaku atau gejala sosial dari pandangan orang luar serta membandingkan dengan budaya lain. Dengan demikian makna pendekatan etik bersifat objektif, dapat diukur dengan ukuran dan indikator tertentu.

Oleh karena itu, penulis tertarik untuk melihat bagaimana tingkat kepuasan pengguna Jamkesmas yang melakukan Rawat jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) mengenai pelayanan kesehatan di rumah sakit. Judul penelitian ini “Kualitas Pelayanan Kesehatan Dalam Tinjauan Pengguna Jamkesmas (Studi Mengenai Persepsi Pengguna Jamkesmas di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang)”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka yang menjadi permasalahan dalam penelitian ini adalah

1. Bagaimana persepsi pengguna Jamkesmas mengenai kualitas pelayanan kesehatan di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang?
2. Adakah perbedaan persepsi antara pasien Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dengan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) mengenai kualitas pelayanan kesehatan di RSUP Dr. Mohammad Hosein Palembang?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

Adapun tujuan dalam penelitian ini adalah:

- a. Untuk mengetahui persepsi pengguna Jamkesmas mengenai kualitas pelayanan kesehatan di RSUP Dr. Mohammad Hosein Palembang.
- b. Untuk mengetahui adakah perbedaan persepsi antara pasien Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dengan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) mengenai kualitas pelayanan kesehatan di RSUP Dr. Mohammad Hosein Palembang.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan atau tambahan informasi dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan dalam kajian Sosiologi Kesehatan. Penelitian ini juga dapat dijadikan sebagai bahan referensi dalam penyusunan makalah, karya tulis, bahkan penelitian selanjutnya.

## **1.4.2 Manfaat Praktis**

Penelitian ini dapat dipergunakan dan dimanfaatkan oleh badan pemerintahan dan swasta untuk memberikan sumbangan pemikiran, pertimbangan, serta masukan tentang tingkat kepuasan pengguna jaminan kesehatan masyarakat mengenai pelayanan kesehatan.

## **1.5 Tinjauan Pustaka**

### **1.5.1 Jaminan Kesehatan Masyarakat**

Jamkesmas merupakan singkatan dari Jaminan Kesehatan Masyarakat dan merupakan bagian dari pengentasan kemiskinan yang bertujuan agar akses dan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dapat ditingkatkan sehingga tidak ada lagi masyarakat miskin yang kesulitan memperoleh pelayanan kesehatan karena alasan biaya<sup>10</sup>.

#### **Tujuan Umum**

Meningkatkan akses dan mutu kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.

#### **Tujuan khusus**

- a. Meningkatkan cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan Rumah Sakit.
- b. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.

---

<sup>10</sup> Departemen Kesehatan. 2007. *Bupati/ Walikota Diminta Segera Tetapkan Data Peserta Askeskin*. (<http://www.indonesia.go.id/en/ministries/ministers/ministry-of-health/773-kesehatan/2302-bupatiwalikota-diminta-segera-tetapkan-data-peserta-askeskin-.html>) diakses pada tanggal 20 Februari 2012

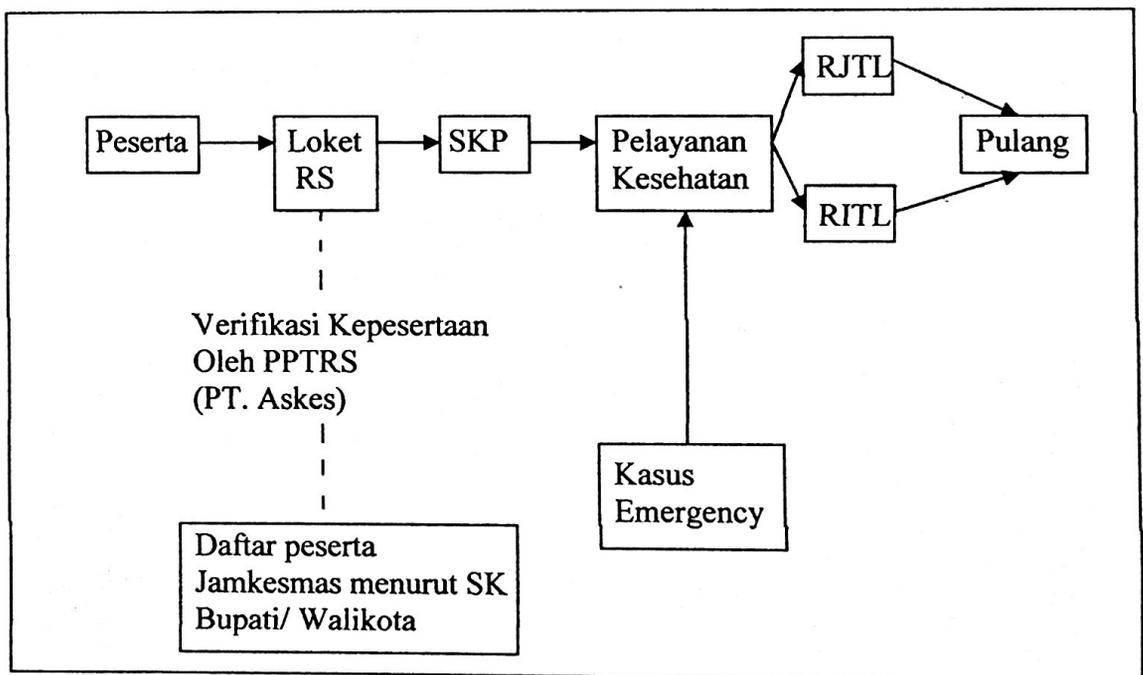
c. Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi peserta, sebagai berikut:

1. Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan dasar berkunjung ke Puskesmas dan jaringannya.
2. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, peserta harus menunjukkan Kartu Jamkesmas.
3. Apabila peserta Jamkesmas memerlukan pelayanan kesehatan rujukan, maka yang bersangkutan dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan disertai surat rujukan dan kartu peserta yang ditunjukkan sejak awal sebelum mendapat pelayanan kesehatan, kecuali pada kasus emergency.
4. Untuk memperoleh pelayanan rawat jalan di rumah sakit peserta harus memperlihatkan kartu peserta dan surat rujukan dari puskesmas di loket Pusat Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit (PPATRS). Kelengkapan berkas peserta diverifikasi kebenarannya oleh petugas PT. Askes (Persero) Bila berkas sudah lengkap, petugas PT. Askes (Persero) mengeluarkan Surat Keabsahan Peserta (SKP), dan peserta selanjutnya memperoleh pelayanan kesehatan.
5. Untuk memperoleh pelayanan rawat inap di rumah sakit peserta harus menunjukkan kartu peserta dan surat rujukan dari Puskesmas di loket Pusat Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit (PPATRS). Kelengkapan berkas peserta verifikasi kebenarannya oleh petugas PT. Askes (Persero) mengeluarkan Surat Keabsahan Peserta (SKP), dan peserta selanjutnya memperoleh pelayanan inap.

6. Pada kasus-kasus tertentu yang dilayani di IGD termasuk kasus gawat darurat di rumah sakit, peserta harus menunjukkan kartu peserta dan surat rujukan dari Puskesmas di loket Pusat Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit (PPATRS). Kelengkapan berkas peserta diverifikasi kebenarannya oleh petugas PT. Askes (Persero). Bila berkas sudah lengkap, petugas PT. Askes (Persero) mengeluarkan surat keabsahan peserta (SKP). Bagi pasien yang tidak dirawat prosesnya sama dengan proses rawat jalan, sebaliknya bagi yang dinyatakan rawat inap prosesnya sama dengan proses rawat inap.

**Gambar 1**  
**Alur Pelayanan di Rumah Sakit**



Sumber: RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang

Adapun jenis-jenis pelayanan kesehatan yang tersedia di rumah sakit yaitu:

1. Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) yang meliputi:
  - a. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan oleh dokter spesialis atau umum
  - b. Rehabilitasi medis
  - c. Penunjang diagnostik : laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik
  - d. Tindakan medis kecil atau sedang
  - e. Pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjutan
  - f. Pemberian obat yang mengacu pada formularium rumah sakit
  - g. Pelayanan darah
2. Pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) yang meliputi:
  - a. Akomodasi rawat inap pada kelas III
  - b. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan
  - c. Penunjang diagnostik: laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik
  - d. Tindakan medis
  - e. Operasi sedang dan besar
  - f. Pelayanan rehabilitasi medis
  - g. Perawatan intensif (ICU)
  - h. Pemberian obat mengacu formularium rumah sakit
  - i. Pelayanan darah

### 1.5.2 Pelayanan dari Perspektif Sosiologi

Pelayanan sosial adalah aksi atau tindakan untuk mengatasi masalah sosial. Pelayanan sosial dapat diartikan sebagai seperangkat program yang ditujukan untuk membantu individu atau kelompok yang mengalami hambatan dalam memenuhi kebutuhan hidupnya<sup>11</sup>.

Beberapa tujuan dari pelayanan sosial yang dikemukakan oleh Soetarso, yaitu<sup>12</sup>:

1. Melindungi atau memulihkan kehidupan keluarga.
2. Membantu individu untuk mengatasi masalah-masalah yang diakibatkan oleh faktor-faktor yang berasal dari luar dirinya maupun dari dalam dirinya.
3. Meningkatkan proses perkembangan, yaitu membantu individu atau kelompok untuk mengembangkan atau memanfaatkan potensi-potensi yang ada di dalam dirinya.
4. Mengembangkan kemampuan orang untuk memahami, manjangkau dan mengusahakan pelayanan yang dibutuhkan.

Salah satu jenis cakupan pelayanan sosial adalah pelayanan kesehatan. Menurut Model Andersen suatu sekuensi determinan individu terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh keluarga dan menyatakan bahwa hal itu tergantung pada<sup>13</sup>:

1. Predisposisi keluarga untuk menggunakan jasa pelayanan kesehatan.
2. Kemampuan mereka untuk melaksakannya.

---

<sup>11</sup> Suharto, Edi. 2007. *Kebijakan Sosial sebagai Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta. Hal 13

<sup>12</sup> Soetarso. 1993. *Kesejahteraan Sosial, Pelayanan Sosial dan Kebijakan Sosial*. Bandung: STKS

<sup>13</sup> Yunindyawati. 2004. *Modul Mata Kuliah Sosiologi Kesehatan*. Jurusan Sosiologi Fakultas Ilmu Sosial Ilmu Politik Universitas Sriwijaya. Hal 30

### 3. Kebutuhan mereka terhadap pelayanan jasa tersebut.

Andersen mengemukakan bahwa pola pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh individu-individu dari berbagai kelompok usia, yang berbeda menurut jenis serta frekuensi kejadian penyakit; oleh keluarga yang berbeda menurut struktur dan gaya hidup, fisik, lingkungan sosial dan pola perilaku; dan oleh variasi kepercayaan mengenai keberhasilan pelayanan medis<sup>14</sup>.

Karakteristik penduduk dapat mempengaruhi secara langsung penggunaan pelayanan dan kepuasan, terlepas dari sistem pemberian pelayanan kesehatan itu sendiri.

#### 1.5.3 Penelitian Sebelumnya

Eka Mufitasari dalam skirpsi nya pada tahun 2009 membahas mengenai "*Kualitas Pelayanan Kesehatan bagi Penerima Jamkesmas di RSUD kabupaten Jombang*". Latar belakang bahwa salah satu tugas pokok pemerintah adalah memberikan pelayanan, termasuk memberikan pelayanan masyarakat. Setiap warga Negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan dengan baik. Dalam penelitian ini, peneliti mencoba melihat bagaimana kualitas pelayanan kesehatan bagi penerima Jamkesmas serta faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kualitas pelayanan kesehatan di RSUD kabupaten Jombang khususnya pada pasien penerima Jamkesmas sudah cukup baik. Namun disisi lain perlu adanya perbaikan yang dilakukan. Pengguna

---

<sup>14</sup> Muzaham, Fauzi. 1995. *Memperkenalkan Sosiologi Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia. Hal 58

layanan banyak yang mengeluh ketepatan dan kecepatan waktu pelayanan, kedatangan dokter dalam pemeriksaan yang kurang tepat waktu, kurangnya fasilitas ruang rawat inap kelas III, kurangnya fasilitas ruang tunggu, dan adanya proses pelayanan yang berbelit-belit, antrian yang lama membuat pasien Jamkesmas merasa dianaktirikan. Kemudian beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan yaitu struktur organisasi, kemampuan aparat dan sistem pelayanan.

Kekurangan dari penelitian ini adalah menggunakan pendekatan metode penelitian kualitatif. Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara mendalam, observasi dan dokumentasi. Teknik penelitian informan, dengan menggunakan *key informan* yang selanjutnya berkembang dengan teknik *snowball*. Proses analisis data dilakukan dengan melakukan pengelompokan data yang diperoleh, dan juga mendapatkan serangkaian hubungan keterkaitan antara data tersebut. Sedangkan validitas data diuji melalui triangulasi sumber data sehingga data yang disajikan merupakan data yang absah.

**Anggun Kusuma Wardhani** dalam makalah nya pada tahun 2011 yang berjudul "*Rendahnya Kualitas Pemberian Layanan Kesehatan Pada Masyarakat Miskin*" mengemukakan bahwa Kesehatan merupakan hal yang sangat penting bagi seseorang, apalagi mengingat aktivitas seseorang pada saat ini semakin kompleks, sehingga mereka dituntut untuk bugar setiap saat agar aktivitas mereka dapat berjalan dengan lancar. Hal tersebut membuat semua orang menghindari yang namanya sakit, karena akan membuat seseorang terganggu dalam beraktivitas, di samping itu bagi beberapa kalangan khususnya kalangan bawah (

miskin) mereka menghindari sakit karena mereka takut akan biaya layanan kesehatan.

Derajat kesehatan masyarakat miskin yang masih rendah tersebut diakibatkan karena sulitnya akses dalam pelayanan kesehatan. Kesulitan akses pelayanan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan memang mahal. Contoh program pengentasan kemiskinan yang dilakukan oleh pemerintah salah satunya adalah Program Jaminan Kesehatan Masyarakat yang bertujuan untuk memberi perlindungan sosial masyarakat dalam pelayanan dasar khususnya kesehatan dan pendidikan, sehubungan dengan hal itu maka untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan. Meskipun program-program kemiskinan telah dilaksanakan, pada kenyataannya di lapangan program – program tersebut banyak mengalami kendala. Ini berkaitan dengan sulitnya menghapus garis kemiskinan penduduk, sehingga banyak jumlah masyarakat yang tergolong miskin. Masih banyak masalah-masalah lain dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat yaitu : ada beberapa pasien miskin yang memanfaatkan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat masih ditarik sejumlah pungutan administrasi.

Berbeda dengan penelitian-penelitian sebelumnya penelitian ini mengambil judul "*Kualitas Pelayanan Kesehatan Dalam Tinjauan Pengguna Jamkesmas (Studi Mengenai Persepsi Pengguna Jamkesmas di Rumah Sakit Dr. Mohammad Hoesin Palembang*". Penelitian ini berusaha mendeskripsikan

bagaimana persepsi pengguna Jaminan Kesehatan Masyarakat mengenai kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit dan melihat adakah perbedaan persepsi antara pengguna Jaminan Kesehatan Masyarakat yang melakukan rawat inap dengan pengguna yang melakukan rawat jalan.

## 1.6 Kerangka Pemikiran

Pelayanan sosial sebagaimana dikemukakan Alfred J. Khan dalam Soetarso sebagai berikut<sup>15</sup>: “program-program yang dilaksanakan tanpa mempertimbangkan kriteria pasar untuk menjamin suatu tingkat dasar dalam penyediaan fasilitas pemenuhan kebutuhan kehidupan bermasyarakat serta kemampuan perorangan untuk melaksanakan fungsi-fungsinya untuk memperlancar kemampuan menjangkau dan menggunakan pelayanan serta lembaga-lembaga yang telah ada dan membantu warga masyarakat yang mengalami kesulitan dan keterlantaran”.

Dilihat dari pelaku atau lembaga yang menyediakannya, maka pelayanan sosial dapat dilakukan baik oleh pemerintah maupun masyarakat dan dunia usaha. Pelayanan sosial yang diselenggarakan pemerintah biasanya lebih banyak menyangkut perlindungan sosial (*social protection*) formal, seperti jaminan sosial (*social security*), baik yang berbentuk bantuan sosial (*social assistance*) maupun asuransi sosial (*social insurance*). Sedangkan pelayanan sosial yang dilakukan oleh masyarakat dan dunia usaha umumnya berbentuk perlindungan sosial

---

<sup>15</sup> Soetarso, 1993. *Kesejahteraan Sosial, Pelayanan Sosial dan Kebijakan Sosial*. Bandung: Koperasi Mahasiswa STKS. Hal 34

informal, seperti pengembangan masyarakat (*community development*) dan asuransi kesejahteraan sosial mikro berbasis masyarakat.

Pelayanan sosial meliputi kegiatan-kegiatan atau intervensi-intervensi terhadap kasus yang muncul dan dilaksanakan secara diindividualisasikan, langsung dan terorganisasi serta memiliki tujuan untuk membantu individu, kelompok, dan lingkungan sosial dalam upaya mencapai penyesuaian dan keberfungsian yang baik dalam segala bidang kehidupan di masyarakat, yang terkandung dalam pelayanan dapat dikatakan adanya kegiatan-kegiatan yang memberikan jasa kepada klien dan membantu mewujudkan tujuan-tujuan mereka. Dalam hal ini pelayanan yang diberikan adalah jasa dibidang kesehatan yang bertujuan untuk mempermudah akses bagi masyarakat miskin dan kurang mampu dalam memperoleh pelayanan kesehatan.

Pelayanan Kesehatan adalah segala upaya dan kegiatan pencegahan dan pengobatan penyakit, semua upaya dan kegiatan peningkatan dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan oleh sebuah lembaga yang ditujukan kepada masyarakat. Pelayanan kesehatan adalah suatu kegiatan makrososial yang berlaku antara pranata atau lembaga dengan suatu populasi tertentu, masyarakat atau komunitas<sup>16</sup>.

Pelayanan kesehatan dibedakan dalam dua golongan, yakni <sup>17</sup>:

1. Pelayanan kesehatan primer (*primary health care*), atau pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan kesehatan yang paling depan, yang pertama kali diperlukan masyarakat pada saat mereka mengalami gangguan kesehatan atau kecelakaan.

---

<sup>16</sup> Lumenta, Benyamin. 1989. *Pelayanan Medis Citra, Konflik dan Harapan Tinjauan Fenomena Sosial*. Yogyakarta: Kanisius. Hal 15

<sup>17</sup> Juanita, SE, M.Kes. 2002. Peran Asuransi Kesehatan dalam Brechmarking Rumah Sakit dalam Menghadapi Krisis Ekonomi. USU. Hal 4

2. Pelayanan kesehatan sekunder dan tersier (*secondary and tertiary health care*), adalah rumah sakit, tempat masyarakat memerlukan perawatan lebih lanjut (rujukan). Di Indonesia terdapat berbagai tingkat rumah sakit, mulai dari rumah sakit tipe D sampai dengan rumah sakit kelas A.

Tujuan dari pelayanan kesehatan yaitu memenuhi kebutuhan individu atau masyarakat untuk mengatasi, menetralisasi atau menormalisasi semua masalah atau semua penyimpangan terhadap keadaan kesehatan atau semua masalah, semua penyimpangan terhadap keadaan medis yang normatif<sup>18</sup>.

Pelayanan kesehatan tidak hanya bertujuan untuk memulihkan kualitas kesehatan individu. Lebih jauh dari itu, pelayanan kesehatan prima lebih memekankan pada usaha untuk melakukan tindakan pelayanan kesehatan yang dapat memberikan pengaruh positif terhadap perilaku individu, sehingga perilaku individu tersebut mampu menunjukkan sikap dan budaya hidup sehat<sup>19</sup>.

Pelayanan kesehatan bermutu adalah suatu pelayanan kesehatan yang dibutuhkan, dalam hal ini akan ditentukan oleh profesi pelayanan kesehatan dan sekaligus diinginkan baik oleh pasien atau masyarakat serta terjangkau oleh daya beli masyarakat<sup>20</sup>. Pasien atau masyarakat melihat pelayanan kesehatan yang bermutu sebagai suatu pelayanan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan yang dirasanya dan diselenggarakan dengan cara yang sopan dan santun, tepat waktu, tanggap, dan mampu menyembuhkan keluhannya serta mencegah berkembangnya atau meluasnya penyakit. Pandangan pasien atau masyarakat ini

---

<sup>18</sup> Lumenta, Benyamin. 1989. *Pelayanan Medis Citra, Konflik dan Harapan Tinjauan Fenomena Sosial*. Yogyakarta: Kanisius. Hal 15

<sup>19</sup> Sudarma, Momon. 2009. *Sosiologi Untuk Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika. Hal 51

<sup>20</sup> Pohan, Imbalo S. 2006. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan : Dasar-dasar, Pengertian, dan Terapan*. Jakarta: EGC. Hal 14

sangat penting karena pasien yang merasa puas akan mematuhi pengobatan dan mau datang berobat kembali.

Dimensi yang harus dipenuhi dalam pelayanan kesehatan dalam perspektif sosiologi sesuai dengan pengertian pelayanan sosial yaitu:

1. Tanpa mempertimbangkan kriteria pasar.  
Memberikan pelayanan kesehatan tanpa mempertimbangkan si penerima pelayanan mampu membayar atau tidak. Masyarakat merasa wajib dan yakin akan pentingnya peningkatan kemampuan setiap warga Negara untuk menjangkau dan menggunakan setiap bentuk pelayanan yang sudah menjadi haknya.
2. Menjamin suatu tingkat dasar.  
Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit berupa pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL).
3. Penyediaan fasilitas pemenuhan kebutuhan kehidupan bermasyarakat.  
Dalam pelayanan rumah sakit, dimensi ini meliputi fasilitas fisik rumah sakit, peralatan medis dan non medis yang digunakan dokter, serta penampilan dokter maupun perawat dan petugas administrasi.
4. Kemampuan perorangan untuk melaksanakan fungsi-fungsinya.  
Dalam pelayanan rumah sakit yang termasuk dalam dimensi ini adalah cara dokter merespon keluhan pasiennya dan semua tenaga pelaksana kesehatan menguasai keterampilan yang dibutuhkan untuk melayani pasien.
5. Membantu warga masyarakat yang mengalami kesulitan dan keterlantaran.  
Memperlihatkan kecepatan dan keandalan petugas dalam membantu pasien yang membutuhkan bantuan.

Pemberi pelayanan kesehatan harus memahami status kesehatan dan kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat yang dilayaninya dan mendidik masyarakat tentang pelayanan kesehatan dasar dan melibatkan masyarakat dalam menentukan bagaimana cara paling efektif menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Masyarakat tidak akan mampu menilai dimensi kompetisi teknis dan tidak mengetahui pelayanan kesehatan apa yang dibutuhkannya. Agar dapat menjawab pertanyaan tersebut, perlu dibangun suatu hubungan yang saling percaya antara pemberi pelayanan kesehatan dengan pasien.

Pada hakekatnya pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Pemerintah Propinsi/Kabupaten/Kota berkewajiban memberikan kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal. Untuk itu pemerintah membuat sebuah program yang disebut Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

Jamkesmas adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin. Berikut ini adalah tatalaksana pelayanan kesehatan program Jamkesmas<sup>21</sup>:

1. Setiap peserta Jamkesmas mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan dasar meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan (RJ) dan rawat inap (RI), serta pelayanan kesehatan rujukan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), rawat inap tingkat lanjutan (RITL) dan pelayanan gawat darurat.
2. Pelayanan kesehatan dalam program ini menerapkan pelayanan berjenjang berdasarkan rujukan.
3. Pelayanan rawat jalan tingkat pertama diberikan di Puskesmas dan jaringannya. Pelayanan rawat jalan lanjutan diberikan di BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM dan Rumah Sakit.
4. Pelayanan rawat inap diberikan di Puskesmas Perawatan dan ruang rawat inap kelas III (tiga) di RS Pemerintah termasuk RS Khusus, RS TNI/POLRI dan RS Swasta yang bekerjasama dengan Departemen Kesehatan. Departemen Kesehatan melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atas nama Menteri Kesehatan membuat perjanjian kerjasama (PKS) dengan RS setempat yang diketahui kepala dinas kesehatan Propinsi meliputi berbagai aspek pengaturan
5. Pada keadaan gawat darurat (emergency) seluruh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) wajib memberikan pelayanan kepada peserta walaupun tidak memiliki perjanjian kerjasama sebagaimana dimaksud butir 4. Penggantian biaya pelayanan kesehatan diklaimkan ke Departemen Kesehatan melalui Tim Pengelola Kabupaten/kota setempat setelah diverifikasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada program ini.

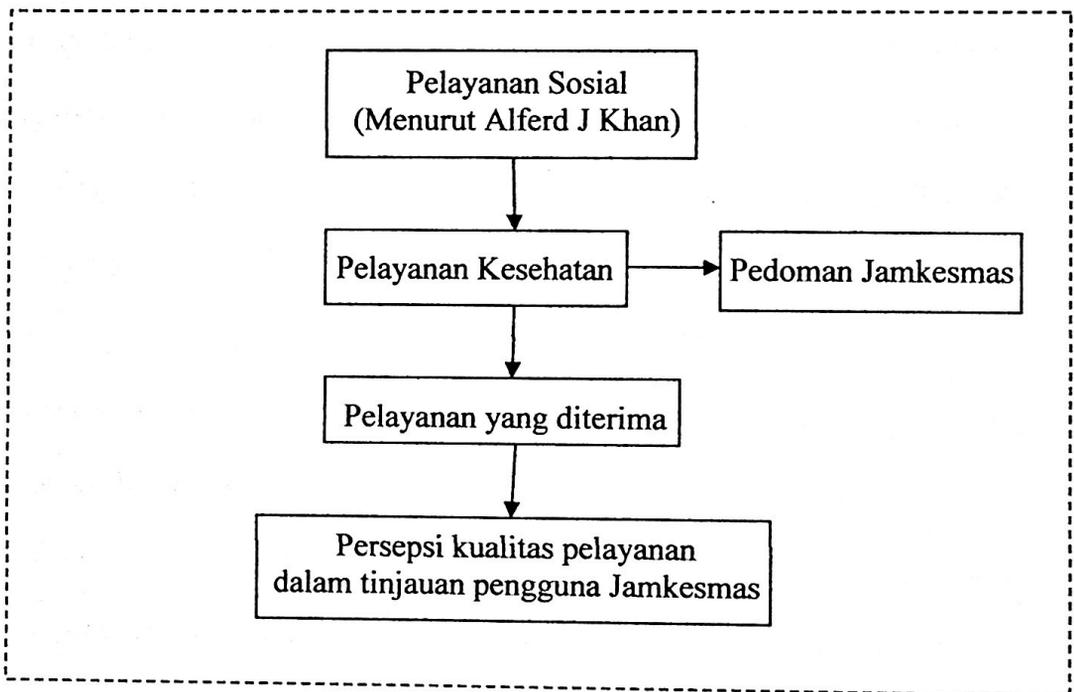
---

<sup>21</sup> Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat. 2008. Departemen Kesehatan RI: Jakarta

6. RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM melaksanakan pelayanan rujukan lintas wilayah dan biayanya dapat diklaimkan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yang bersangkutan ke Departemen Kesehatan.
7. Pelayanan obat di Puskesmas beserta jaringannya dan di Rumah Sakit dengan ketentuan sebagai berikut :
  - a. Untuk memenuhi kebutuhan obat generik di Puskesmas dan jaringannya akan dikirim langsung melalui pihak ketiga franko Kabupaten/Kota.
  - b. Untuk memenuhi kebutuhan obat dan bahan habis pakai di Rumah Sakit, 10 Instalasi Farmasi/Apotik Rumah Sakit bertanggungjawab menyediakan semua obat dan bahan habis pakai untuk pelayanan kesehatan masyarakat miskin yang diperlukan. Agar terjadi efisiensi pelayanan obat dilakukan dengan mengacu kepada Formularium obat pelayanan kesehatan program ini.
  - c. Apabila terjadi kekurangan atau ketiadaan obat sebagaimana butir b diatas maka Rumah Sakit berkewajiban memenuhi obat tersebut melalui koordinasi dengan pihak-pihak terkait.
  - d. Pemberian obat untuk pasien RJTP dan RJTL diberikan selama 3 (tiga) hari kecuali untuk penyakit-penyakit kronis tertentu dapat diberikan lebih dari 3 (tiga) hari sesuai dengan kebutuhan medis.
  - e. Apabila terjadi persepan obat diluar ketentuan sebagaimana butir b diatas maka pihak RS bertanggung jawab menanggung selisih harga tersebut
  - f. Pemberian obat di RS menerapkan prinsip one day dose dispensing
  - g. Instalasi Farmasi/Apotik Rumah Sakit dapat mengganti obat sebagaimana butir b diatas dengan obat-obatan yang jenis dan harganya sepadan dengan sepengetahuan dokter penulis resep.
8. Pelayanan kesehatan RJTL di BKMM/BBKPM/BKPM/ BP4/BKIM dan di Rumah Sakit, serta pelayanan RI di Rumah Sakit yang mencakup tindakan, pelayanan obat, penunjang diagnostik, pelayanan darah serta pelayanan lainnya (kecuali pelayanan haemodialisa) dilakukan secara terpadu sehingga biaya pelayanan kesehatan diklaimkan dan diperhitungkan menjadi satu kesatuan menurut Jenis paket dan tarif pelayanan kesehatan peserta Jamkesmas Tahun 2008, atau penggunaan INA-DRG (apabila sudah diberlakukan), sehingga dokter berkewajiban melakukan penegakan diagnosa sebagai dasar pengajuan klaim.
9. Apabila dalam proses pelayanan terdapat kondisi yang memerlukan pelayanan khusus dengan diagnosa penyakit/prosedur yang belum tercantum dalam Tarif Paket INA-DRG sebagaimana butir 8, maka Kepala Balai/Direktur Rumah Sakit memberi keputusan tertulis untuk sahnya penggunaan pelayanan tersebut setelah mendengarkan pertimbangan dan saran dari Komite Medik RS yang tarifnya sesuai dengan Jenis Paket dan Tarif Pelayanan Kesehatan Peserta Jamkesmas Tahun 2008.
10. Pada kasus-kasus dengan diagnosa sederhana, dokter yang memeriksa harus mencantumkan nama jelas.
11. Pada kasus-kasus dengan diagnosa yang kompleks harus dicantumkan nama dokter yang memeriksa dengan diketahui oleh komite medik RS

12. Untuk pemeriksaan/pelayanan dengan menggunakan alat canggih (CT Scan, MRI, dan lain-lain), dokter yang menangani harus mencantumkan namanya dengan jelas dan menandatangani lembar pemeriksaan/pelayanan kemudian diketahui oleh komite medik.
13. Peserta tidak boleh dikenakan iur biaya dengan alasan apapun.

### Bagan Kerangka Pemikiran



----- = batas fokus kajian  
→ = sistematika berfikir

## **1.7 Hipotesis**

Hipotesis adalah suatu kesimpulan penelitian yang belum sempurna, sehingga perlu disempurnakan dengan membuktikan kebenaran hipotesis itu melalui penelitian<sup>22</sup>. Adapun hipotesis dari penelitian ini, yaitu:

1. Diduga persepsi pengguna Jamkesmas mengenai kualitas pelayanan kesehatan di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang adalah baik.
2. Diduga terdapat perbedaan persepsi antara pasien Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dengan pasien Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) mengenai kualitas pelayanan kesehatan di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang.

## **1.8 Metode Penelitian**

### **1.8.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini pada dasarnya bertujuan untuk mengetahui bagaimana persepsi pengguna jaminan kesehatan masyarakat mengenai kualitas pelayanan kesehatan di RSUP Dr. Mohammad Hoesin. Maka format penelitian ini termasuk dalam penelitian deskriptif kuantitatif. Dalam menganalisis data pada penelitian ini akan menggunakan data berupa angka yang diolah dengan metode statistik, setelah diperoleh hasilnya kemudian dideskripsikan dengan menguraikan kesimpulan yang didasari oleh angka yang diolah dengan metode statistik tersebut. Penelitian ini menggunakan pendekatan survei dengan melakukan penyebaran kuesioner yang pertanyaannya disusun sesuai dengan indikator yang

---

<sup>22</sup> Bungin, Burhan. 2005. *Metodologi Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: Kencana. Hal 75

ada pada definisi operasional. Dalam pendekatan ini data yang dikumpulkan dari sampel harus mewakili populasi.

### **1.8.2 Variabel Penelitian**

Variabel adalah objek penelitian yang menjadi titik perhatian suatu penelitian<sup>23</sup>. Penelitian ini menggunakan satu variabel tunggal yaitu kualitas pelayanan kesehatan. Dan terdapat variabel moderator yaitu pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) dan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL).

### **1.8.3 Lokasi penelitian**

Lokasi penelitian ini dilakukan di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang. Rumah sakit ini terletak di Jl. Jendral Sudirman Km. 3,5 Palembang. Rumah sakit ini dibangun pada tahun 1953 dan beroperasi pada tahun 1957. Alasan pemilihan lokasi ini RSUP Dr. Mohammad Hoesin merupakan salah satu rumah sakit yang melayani masyarakat pengguna Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Selain itu rumah sakit ini juga menjadi salah satu rumah sakit yang paling banyak menerima rujukan karena memiliki sarana dan prasarana yang lebih lengkap daripada rumah sakit milik pemerintah lainnya.

---

<sup>23</sup> Arikunto, Suharsini. 1998. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta. Hal 99

#### 1.8.4 Definisi

##### a. Definisi Konsep

1. Kualitas adalah tingkat baik buruknya atau taraf derajat sesuatu<sup>24</sup>.
2. Jamkesmas merupakan singkatan dari Jaminan Kesehatan Masyarakat dan merupakan program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu<sup>25</sup>.
3. Pelayanan Kesehatan adalah segala upaya dan kegiatan pencegahan dan pengobatan penyakit, semua upaya dan kegiatan peningkatan dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan oleh sebuah lembaga yang ditujukan kepada masyarakat<sup>26</sup>.

##### b. Definisi Operasional

Definisi operasional dimaksudkan untuk memberikan rujukan-rujukan empiris apa saja yang dapat ditemukan dilapangan untuk menggambarkan secara tepat konsep yang dimaksud sehingga konsep tersebut dapat diamati dan diukur<sup>27</sup>.

1. Kualitas adalah sebuah persepsi, yang memiliki dimensi peruntukan sangat terbatas.
2. Jamkesmas adalah bantuan dari pemerintah untuk masyarakat miskin berupa pelayanan kesehatan.

---

<sup>24</sup> [www.wikipedia.org/wiki/kualitas](http://www.wikipedia.org/wiki/kualitas).

<sup>25</sup> Departemen Kesehatan. 2007. *Bupati/ Walikota Diminta Segera Tetapkan Data Peserta Askeskin*. (<http://www.indonesia.go.id/en/ministries/ministers/ministry-of-health/773-kesehatan/2302-bupatiwalikota-diminta-segera-tetapkan-data-peserta-askeskin-.html>) diakses pada tanggal 20 Februari 2012

<sup>26</sup> Lumenta, Benyamin. 1989. *Pelayanan Medis Citra, Konflik dan Harapan Tinjauan Fenomena Sosial*. Yogyakarta: Kanisius. Hal 15

<sup>27</sup> Agus, Erwan. 2007. *Metode Penelitian Kuantitatif*. Yogyakarta: Gaya Media. Hal 18

3. Pelayanan kesehatan adalah pelayanan yang diberikan sebuah lembaga kepada masyarakat yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan.

Tabel 3  
Tabel Variabel

Variabel	Dimensi	Indikator	Item
Kualitas Pelayanan Kesehatan	Tanpa mempertimbangkan kriteria pasar	1. Persamaan hak pasien	1
		2. Kepuasan pelayanan	2
		3. Keterjangkauan pelayanan ( <i>affordable</i> )	2
	Menjamin suatu tingkat dasar	1. Ketercapaian pelayanan ( <i>accessible</i> )	1
		2. Kestinambungan pelayanan ( <i>continue</i> )	2
		3. Kewajaran pelayanan ( <i>appropriate</i> )	1
	Penyediaan fasilitas pemenuhan kebutuhan kehidupan bermasyarakat	1. Ketersediaan pelayanan ( <i>available</i> )	1
		2. Sarana dan prasarana	3
		3. Kondisi lingkungan	2
	Kemampuan perorangan untuk melaksanakan fungsi-fungsinya	1. Daya tanggap terhadap kebutuhan pasien	2
		2. Pengetahuan dan keterampilan petugas	2
	Membantu masyarakat yang mengalami kesulitan dan keterlantaran	1. Kecepatan pelayanan	1
2. Ketepatan pelayanan		2	

### 1.8.5 Metode Pengumpulan Data

#### a. Unit Analisis

Unit analisis dalam penelitian ini adalah individu yaitu pengguna pelayanan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

## b. Populasi

Populasi adalah keseluruhan dari objek penelitian yang dapat menjadi sumber data penelitian<sup>28</sup>. Populasi dalam penelitian ini adalah pengguna Jamkesmas yang menerima pelayanan di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 4  
Jumlah Pasien Jamkesmas yang Berobat di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang

No	Bulan	Jumlah Pasien Rawat Inap (/pasien)	Jumlah Pasien Rawat Jalan (/pasien)
1	Januari	383	1746
2	Februari	356	1574
3	Maret	642	1811
4	April	757	1707
5	Mei	671	1526
6	Juni	671	1374
7	Juli	709	1472
8	Agustus	668	1316
9	September	619	1331
10	Oktober	714	1457
11	November	661	1363
12	Desember	748	1316
<b>Jumlah</b>		<b>7585</b>	<b>17993</b>

Sumber RSUP Dr. Mohammad Hoesin. 2011

## c. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi (sebagian atau wakil populasi yang diteliti)<sup>29</sup>. Yang menjadi sampel pada penelitian ini adalah pasien yang menggunakan Kartu Jaminan Kesehatan Masyarakat di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang .

<sup>28</sup> Bungin, Burhan. 2005. *Metodologi Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: Kencana. Hal 99

<sup>29</sup> Arikunto, Suharsini. 1998. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta. Hal 117

Populasi yang diambil adalah populasi pada bulan Maret sesuai dengan Jadwal penelitian. Pasien yang menggunakan kartu Jamkesmas di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang pada bulan Maret berjumlah 642 orang untuk rawat inap dan 1811 orang untuk rawat jalan. Maka total jumlah populasi sebanyak 2453 orang.

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

$$n = \frac{2453}{2453 \times 0,1^2 + 1}$$

$$n = \frac{2453}{2453 \times 0,01 + 1}$$

$$n = 96$$

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *proportionate stratified random sampling* yaitu pengambilan sampel dari anggota populasi secara acak dan berstrata secara proporsional.

Rumus *Proportionate Stratified Random Sampling*, yaitu :

$$\text{Sample} = \frac{\text{populasi}}{\text{sample}} \times \text{total sample}$$

Jumlah Sampel

Pasien Rawat Inap Tingkat Lanjutan	$\frac{642}{2453} \times 96$	25
Pasien Rawat Jalan Tingkat Lanjutan	$\frac{1811}{2453} \times 96$	71
Jumlah sampel		96

Sehingga peneliti memutuskan jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 96 orang dari 2453 orang pengguna Jamkesmas di RSUP Dr.Mohammad Hoesin Palembang. Karena penelitian ini ingin melihat perbedaan tingkat kepuasan pasien Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) dengan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) maka jumlah sampel 25 orang untuk pasien RITL dan 71 orang untuk pasien RJTL.

#### **d. Data dan Sumber Data**

Jenis data yang diperoleh ada dua macam, yaitu data primer dan data sekunder.

1. Data Primer, yaitu sumber data utama yang berupa hasil pembicaraan dan tindakan serta beberapa keterangan dan informasi yang diperoleh dari responden. Sumber data primer diperoleh melalui kuesioner dengan responden penelitian dan pihak-pihak terkait yang mampu memberikan keterangan dalam rangka untuk mendapatkan informasi yang berkaitan dengan penelitian.
2. Data Sekunder, yaitu sumber data yang diperoleh secara tidak langsung yang sifatnya mampu melengkapi data primer. Sumber data sekunder didapat melalui data tertulis atau literatur studi pustaka melalui buku, jurnal, karya ilmiah, dan monografi tempat penelitian.

### **1.8.6 Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

#### **1. Kuisisioner**

Data yang diperoleh dengan cara menggunakan daftar pertanyaan (kuisisioner) yang disebarakan kepada subjek yang diteliti. Daftar pertanyaan berisi jawaban yang telah disusun sedemikian rupa agar tidak menimbulkan keraguan bagi responden yang diminta pendapatnya atau data yang diperoleh dari pertanyaan tertulis kepada responden tentang hal-hal yang diketahui dari masalah penelitian. Data yang diperoleh melalui kuisisioner dapat digunakan sebagai data primer kuantitatif..

#### **2. Dokumentasi Kepustakaan**

Dalam penelitian ini memanfaatkan dokumen-dokumen yang diperoleh dari berbagai sumber seperti buku bacaan, artikel di internet dan tulisan-tulisan lainnya yang berkaitan dengan permasalahan dalam penelitian ini. Data yang diperoleh sebagai data kualitatif.

### **1.8.7 Teknik Pengolahan Data**

Teknik pengolahan data mencakup kegiatan:

#### **a. Mengedit Data**

Mengedit data adalah kegiatan memeriksa data yang terkumpul di lapangan. Data sudah terisi secara sempurna atau tidak, cara pengisiannya benar atau tidak, yang belum lengkap atau belum benar pengisiannya

dapat disisihkan (tidak ikut dianalisis) atau menyempurnakan dengan jalan pengumpulan data ulang ke sumber data bersangkutan.

b. Mengkode Data

Mengkode data berarti memberikan kode-kode (identitas) tertentu kepada masing-masing kategori (nilai dari setiap variabel yang dikumpulkan datanya). Setelah semua data diberi kode selanjutnya dipindahkan ke dalam “beberan” rekapitulasi.

c. Tabulasi Data

Proses pengelompokan data (jawaban-jawaban) yang serupa dan menjumlahkan dengan cara yang teliti dan teratur (pembuatan tabel-tabel yang berguna).

d. Analisis Data

Kegiatan pembuatan analisis-analisis sebagai dasar bagi penarikan kesimpulan.

### **1.8.8 Teknik Analisis Data**

Untuk menganalisis data yang dihasilkan di lapangan agar lebih mudah dimengerti, maka sifat dalam penelitian ini adalah deskriptif. Data kuantitatif disajikan dalam bentuk tabel-tabel frekuensi dan tabel silang persentase dan hasil penghitungan statistik, sedangkan data kualitatif disajikan dalam angka memberikan tambahan penjelasan data kuantitatif. Karena menggunakan pendekatan kuantitatif, maka analisis dan penerapan data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan uji statistik. Sebelum data dianalisis

dan diuji pengujian hipotesis, data terlebih dahulu diuji dalam pengujian persyaratan analisis. Adapun prasyarat pengujian analisis yang dilakukan dalam penelitian ini adalah:

a. Pengujian validitas instrumen

Teknik yang digunakan adalah analisis faktor. Analisis faktor adalah komparasi skor indikator dengan skor total.

Rumus yang digunakan *Korelasi Product Moment*, yaitu:

$$r = \frac{N(\sum x.y) - (\sum x \sum y)}{\sqrt{((N \sum x^2) - (\sum x)^2) \cdot ((N \sum y^2) - (\sum y)^2)}}$$

r = Koefisien korelasi

x = Skor pertanyaan

y = Skor total

b. Pengujian reliabilitas instrumen

Teknik yang digunakan adalah reliabilitas tes retes. Reliabilitas test retes adalah uji reliabilitas kuesioner dengan teknik pengukuran berulang. Kuesioner diujicobakan sebanyak dua kali dengan responden yang sama, namun pada waktu yang berbeda. Hasil pengukuran pertama dan kedua dikolerasikan dengan kolerasi product moment. Kuesioner dikatakan reliabel, jika hasil "r" hitung lebih besar dari "r" tabel.

Rumus yang digunakan *Korelasi Product Moment*, yaitu:

$$r = \frac{N(\sum x.y) - (\sum x \sum y)}{\sqrt{((N \sum x^2) - (\sum x)^2) \cdot ((N \sum y^2) - (\sum y)^2)}}$$

$r$  = Koefisien korelasi

$x$  = Skor pertanyaan

$y$  = Skor total

- c. Pengujian normalitas data, dengan menggunakan rumus Chi Kuadrat (*Chi Square*), sebagai berikut:

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_h)^2}{f_h}$$

Keterangan:

$\chi^2$  = Chi Kuadrat Observasi

$f_o$  = Frekuensi Observasi

$f_h$  = Frekuensi Harapan

Jika  $\chi^2$  hitung yang diperoleh lebih kecil dari harga kritik  $\chi^2$  tabel, maka data yang diperoleh distribusi frekuensi normal, tetapi jika harga  $\chi^2$  hitung lebih besar dari harga kritik  $\chi^2$  tabel, maka distribusi frekuensi tidak normal.

Sedangkan analisis data yang digunakan berupa analisis responden, berfungsi untuk menentukan keterkaitan dari dua hal yang diteliti, yaitu tingkat kepuasan pengguna Jamkesmas mengenai pelayanan kesehatan. Sehingga nantinya dapat menarik kesimpulan dengan melakukan generalisasi, mengukur keterhubungan atau korelasi, menguji hipotesis dan membangun atau mengembangkan teori yang berkaitan dengan penelitian, serta tulisan-tulisan sebelumnya yang berhubungan dengan permasalahan penelitian yang terkait dengan pemaparan tinjauan pustaka.

### 1.8.9 Teknik Pengujian Hipotesis

Langkah-langkah menentukan pengujian hipotesis:

a. Menentukan Kriteria Pengujian

$r_{hitung} \geq r_{tabel}$  : Hipotesis diterima

$r_{hitung} \leq r_{tabel}$  : Hipotesis ditolak.

3. Menentukan Rumus Uji Statistik

Untuk Hipotesis 1 : menggunakan rumus tingkat pencapaian

$$\text{Pencapaian} = \frac{\text{Skor empirik}}{\text{Skor maksimum}} \times 100\%$$

Untuk Hipotesis 2 : menggunakan rumus T-test

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\left(\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}\right)}}$$

Keterangan:

t = nilai t yang dihitung, selanjutnya disebut t hitung.

s = Simpangan baku/ deviasi

n = Jumlah sampel

$\bar{x}$  = Rata-rata jumlah sampel (X)

Rumus menghitung simpangan baku:

$$S^2 = \frac{\sum X^2 - \frac{(\sum X)^2}{n}}{n}$$

Keterangan:

$S^2$  = simpangan baku

$\sum X$  = jumlah sampel

#### 4. Membuat Kesimpulan

Menyimpulkan apakah Hipotesis diterima atau ditolak berdasarkan hasil dari pengujian statistik.

## Daftar Pustaka

- Agus, Erwan. 2007. *Metode Penelitian Kuantitatif*. Yogyakarta: Gaya Media
- Arikunto, Suharsini. 1998. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta
- Bungin, Burhan. 2005. *Metodologi Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: Kencana
- Daldiyono. 2007. *Pasien Pintar dan Dokter Bijak*. Jakarta: BIP
- Gerson, Richard F. 2002. *Mengukur Kepuasan Pelanggan*. Johor Bahru: Penerbitan Pelangi.
- Lumenta, Benyamin. 1989. *Pelayanan Medis Citra, Konflik dan Harapan Tinjauan Fenomena Sosial*. Yogyakarta: Kanisius
- Murti, Bhisma, 2003. Mengembangkan Indikator Kualitas Pelayanan Kesehatan. *Jurnal Pelayanan Kesehatan* Vol. 06 (02)
- Muzaham, Fauzi. 1995. *Memperkenalkan Sosiologi Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia
- Pohan, Imbalo S. 2006. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan : Dasar-dasar, Pengertian, dan Terapan*. Jakarta: EGC
- Riduwan. 2009. *Pengantar Statistika Sosial*. Bandung: Alfabeta
- Sudarma, Momon. 2009. *Sosiologi Untuk Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Suharto, Edi. 2007. *Kebijakan Sosial sebagai Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta.
- Soetarso, 1993. *Kesejahteraan Sosial, Pelayanan Sosial dan Kebijakan Sosial*. Bandung: Koperasi Mahasiswa STKS
- Yunindyawati. 2004. *Modul Mata Kuliah Sosiologi Kesehatan*. Jurusan Sosiologi Fakultas Ilmu Sosial Ilmu Politik Universitas Sriwijaya

## Internet

- Badan Pusat Statistik. 2009. *Derajat Kesehatan Masyarakat Miskin*. <http://www.bps.go.id>  
Diakses pada tanggal 15 Februari 2012

Buana Sumsel. 2011. *Rumah Sakit Umum Palembang Anak Tirikan Pengguna Jamkesmas*. (<http://buanasumsel.com/drumah-sakit-umum-palembang-anaktirikan-jamkesmas/>) diakses pada tanggal 12 Februari 2012

Departemen Kesehatan. 2007. *Bupati/ Walikota Diminta Segera Tetapkan Data Peserta Askeskin*. (<http://www.indonesia.go.id/en/ministries/ministers/ministry-of-health/773kesehatan/2302-bupatiwalikota-diminta-segera-tetapkan-data-peserta-askeskin-.html>) diakses pada tanggal 20 Februari 2012

Pranata Deddy. 2011. *Pasien Miskin Terlantar 21 Hari di Teras Rumah Sakit* (<http://news.okezone.com/read/2011/11/02/340/523598/pasien-miskinterlantar-21-hari-di-teras-rumah-sakit>) diakses pada tanggal 8 Februari 2012