

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Paradigma sehat¹ merupakan cara pandang, pola pikir atau model pembangunan kesehatan yang bersifat holistik dan melihat permasalahan kesehatan sebagai dipengaruhi oleh banyak faktor, bersifat lintas sektor, dan upayanya lebih diarahkan pada peningkatan, pemeliharaan dan perlindungan kesehatan bukan hanya pada penyembuhan orang sakit atau pemulihan kesehatan. Salah satu misi Indonesia Sehat 2010 adalah memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau masyarakat, yang penyelenggaraannya dilakukan oleh pemerintah dan masyarakat serta swasta. Profesionalisme dan desentralisasi merupakan bagian dari strategi pembangunan kesehatan sehingga pelayanan kesehatan yang bermutu perlu didukung oleh penerapan berbagai kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi serta penerapan nilai-nilai moral dan etika.

Pokok Program Peningkatan Upaya Kesehatan Rujukan bertujuan menciptakan jaringan hubungan fungsional antara sarana-sarana kesehatan dengan maksud agar bantuan teknologi, medik, sarana dan operasional dapat menunjang upaya peningkatan layanan kesehatan yang bermutu secara berdaya guna dan berhasil guna. Sasaran pokok program peningkatan kesehatan rujukan adalah menyiapkan, menetapkan dan meningkatkan fungsi sarana kesehatan dan perangkat lainnya baik pada tingkat pelayanan dasar, tingkat pelayanan spesialisik dan sub spesialisik maupun diluar sektor kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan rujukan kesehatan.

Untuk mewujudkan masyarakat yang sehat, diperlukan lingkungan ekonomi, sosial, budaya, politik, keamanan, biologi, kimiawi dan lingkungan pemerintahan yang sehat. Masyarakat dan Negara yang sehat juga memerlukan input yang sehat, proses yang sehat, dan kualitas output produk

¹... Profil Kesehatan Indonesia 2001, Departemen Kesehatan Republik Indonesia

yang sehat. Masyarakat yang sehat juga perlu sistem pelayanan kesehatan yang baik agar dapat memenuhi kebutuhan yaitu mengembalikan jasmani, mental atau sosial yang sakit menjadi sehat kembali dan produktif.

Dimensi pelayanan kesehatan telah berubah dari paradigma lama menuju paradigma baru² untuk merebut hati pelanggan dalam memenangkan persaingan, karena masyarakat yang dilayani bervariasi dari pasien sampai konsumen dengan harga dari sangat inelastis sampai dengan sangat elastis sehingga kualitas yang dulu berfokus pada layanan spesifik berubah menjadi sinergi kualitas jadwal dan biaya, kinerja yang dulu berorientasi pada efisiensi, produktivitas dan profitabilitas beralih pada keterkaitan nilai klien, Posisi yang dulu hanya melihat kompetisi atau pesaing berubah pada segmentasi klien, tokoh kunci yang berpusat pada "boss" ke arah klien serta disain yang selama ini bersifat internal berubah dengan didasari oleh "need" Manajer dalam paradigma baru akan berorientasi pada kualitas sebagai suatu elemen penting untuk formulasi dan perencanaan, menetapkan pasar usaha yang dimasuki dan bagaimana menyediakan nilai kualitas bagi klien.

Menghadapi era globalisasi dan liberalisasi perdagangan, banyak investor dalam dan luar negeri yang akan dan sedang menginvestasikan usahanya dibidang industri pelayanan kesehatan, sebuah bisnis "kepercayaan" yang sangat menjanjikan, karena dalam industri ini ada *asymetric information* dan *consumer ignorance* sehingga dengan mudah dapat dilakukan suatu kegiatan yang disebut sebagai *provider induced demand*, dan pemilik modal dapat menghasilkan profit yang besar untuk menarik konsumen ketempat layanan mereka. Manajemen pelayanan kesehatan ini memberikan perhatian khusus terhadap kualitas perawatan kesehatan yang merupakan bagian penting dari pelayanan untuk memuaskan konsumen serta mendapatkan loyalitas konsumen agar kembali dan menggunakan jasa pelayanan lain yang tersedia. Sarana kesehatan swasta *for profit* saat ini berlomba memberikan *brand image* yang tinggi kepada masyarakat mulai dari nama sarana layanan kesehatan, gedung mewah, nama dokter spesialis terkenal sampai kerja

² Bouds. Greg et al. Beyond Total Quality Management. International Edition. 1994. p. 29

sama dengan investor luar negeri dan atau rumah sakit di luar negeri, untuk menarik konsumen kelas atas yang berduit ke tempat mereka.

Sarana kesehatan *not for profit*, baik keagamaan maupun yayasan yang punya pasar kelas menengah atas tetap bertahan dengan terus berupaya meningkatkan kualitas pelayanan di sarana kesehatan mereka untuk dapat memuaskan pelanggannya dan mengharapkan agar konsumen datang kembali melakukan beli ulang perawatan kesehatan. Tapi bila sarana pelayanan kesehatan tersebut gagal bertahan akan segera terakuisisi oleh modal asing yang sedang menunggu untuk dapat masuk dan menginvestasikan dananya pada industri layanan kesehatan terutama di kota-kota besar di Indonesia, khususnya Jakarta. Sarana kesehatan *not for profit* milik pemerintah, mampu melihat fenomena ini dan berupaya meningkatkan kualitas pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah dan Puskesmas Pembina untuk dapat memuaskan pasiennya dan bertindak sebagai *public service* kepada masyarakat kelas bawah untuk mengurangi kesenjangan yang ada antara si kaya dan si miskin.

Sumarwan³ menjelaskan bahwa yang dimaksudkan dengan kelas sosial adalah pembagian masyarakat kedalam kelas atau strata yang berbeda dan menggambarkan perbedaan pendidikan, pendapatan, pemilikan harta benda, gaya hidup dan nilai-nilai yang dianut. Perbedaan akan mempengaruhi perilaku konsumen seseorang atau keluarga sehingga konsumen pada kelas yang sama akan menunjukkan persamaan nilai-nilai yang dianut, gaya hidup atau perilaku yang sama. Para pemasar sering menggunakan tiga indikator untuk menentukan kelas sosial konsumen yaitu pendidikan, pendapatan dan pekerjaan. Ketiga variabel ini lebih mudah diukur dibandingkan variabel lain dalam menentukan status sosial seseorang. Di Indonesia secara tidak disadari sering menyebut masyarakat kedalam kelas bawah, kelas menengah dan kelas atas tapi belum ada studi yang mendalam tentang bagaimana kriteria bagi ketiga kelas tersebut.

Pasien yang berkunjung Ke Rumah sakit Umum Daerah atau Puskesmas Pembina berasal dari masyarakat kelas menengah bawah dan dikenal sebagai

³ Sumarwan, Ujang, Perilaku Konsumen, Ghalia Indonesia, Cetakan Pertama, Februari 2003, p 218-223

*Dumb consumer*⁴ yang terutama memperhatikan harga / biaya dari layanan yang diterima dan merupakan *target market* dari Rumah sakit Umum Daerah dan Puskesmas Pembina. Upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan diharapkan dapat melebarkan segmen marketnya ke kelas yang lebih tinggi yaitu *Snob consumer* yang merupakan kelas menengah atas dan memperhatikan kepuasan. Sedangkan *smart consumer* yang berasal dari kelas atas dan lebih mementingkan value tanpa peduli terhadap biaya. bukanlah *target market* yang diharapkan.

Kualitas pelayanan berhubungan erat dengan kondisi kondisi atau nilai-nilai yang dianut baik bagi penyedia jasa yang dalam hal ini adalah Sarana pelayanan kesehatan dan penerima jasa yaitu konsumen, klien atau pasien. Penerima jasa akan menilai mutu pelayanan kesehatan menurut apa yang diterima dan apa yang diharapkan yang dapat berubah setiap saat, sedangkan penyedia jasa mempunyai persepsi dan ekspektasi sendiri, sehingga keduanya sulit untuk bisa bertemu.

Perbedaan persepsi pasien sebelum menerima pelayanan kesehatan dan ekspektasi pasien setelah mendapat pelayanan kesehatan yang merupakan kesenjangan antara harapan pasien terhadap apa yang akan diterima dengan kenyataan terhadap yang telah diterimanya, dapat digunakan untuk mengukur kepuasan pasien, yang subyektif dan dapat berubah setiap waktu sesuai dengan kondisi pelayanan kesehatan yang diterimanya. Zeitami, Berry dan Parasuraman (1980)⁵ telah mengidentifikasi lima dimensi indikator pelayanan yang berkualitas yaitu: 1) Keandalan – kemampuan untuk memberikan apa yang telah dijanjikan dengan handal dan akurat 2). Kepastian – pengetahuan dan kesopanan dari karyawan, dan kemampuan untuk mendapatkan kepercayaan dan keyakinan. 3). Berwujud – fasilitas dan peralatan fisik serta penampilan karyawan yang professional 4). Empati - tingkat perhatian pribadi terhadap para pelanggan. 5). Kepekaan – kesediaan untuk membantu pelanggan dan memberi pelayanan dengan segera.

⁴ .Permana, Hanna, Hospital Building Strategi Dalam Service Excellent, Jurnal MARS, Nomor 1 Volume IV, Januari 2003, hal. 6

⁵ Kotler, Phillip, Marketing Management, Prentice-Hall, Millennium Edition, USA, 2000, p. 59.

Pasien, klien atau konsumen yang merasa puas atau tidak puas setelah menerima pelayanan kesehatan merupakan komunikator utama dalam penyampaian pesan melalui *Mouth of Word Methods*. Saladino⁶ menulis bahwa seorang pasien yang merasa puas akan membicarakannya pada lima orang lain, sedangkan pasien yang merasa tidak puas akan menceritakan kepada dua puluh orang lainnya. Selanjutnya Irawan⁷ menyatakan banyak survey menunjukkan bahwa pelanggan yang puas, umumnya akan bercerita kepada 2-4 orang, sebaliknya bila tidak puas akan bercerita kepada sekitar 8-12 orang yang merupakan hasil penelitian di luar negeri. Di Indonesia, hasil survey dari Frontier menunjukkan bahwa pelanggan yang puas dan pelanggan yang tidak puas menceritakan pada orang lain hampir sama banyaknya. Oleh karena itu setiap perusahaan, mau tidak mau, harus menciptakan sebanyak mungkin pelanggan yang puas dan mengeliminasi jumlah pelanggan yang tidak puas. Pasien di Indonesia setelah berobat dan puas dengan pelayanannya, biasanya akan menceritakan kepada keluarga dan rekan dekatnya. Bahkan kalau tidak cerita sekalipun, mereka umumnya siap untuk memberikan informasi apabila suatu saat diminta oleh kerabat atau kawan yang mengenalnya sebagai orang yang pernah berobat disana.

Kebanyakan masyarakat Indonesia masih sangat kurang perhatiannya dalam mengadakan kontak dengan sarana pelayanan kesehatan ketika mereka mempunyai keluhan, sehingga banyak dari mereka yang melakukan pengobatan terhadap diri sendiri (*self medicated*). Statistik kesehatan⁸ tahun 2001 menunjukkan bahwa 58,2 % dari populasi Jakarta melakukan pengobatan sendiri bila mendapat gangguan terhadap kesehatannya dengan menggunakan obat tradisional 23,88 %, obat modern 87,77 % dan lainnya 8,52 %. Dari 29,39 % penduduk yang mempunyai keluhan dalam satu bulan di Jakarta, hanya 36,99 % yang datang ke sarana pelayanan kesehatan, yaitu dokter praktek 49,01 %, Puskesmas 28,66 %, Klinik 11,2 %, Rumah Sakit

⁶ Saladino, Thomas. Customer Service in Health Care. www.ahra.com/annmtg.2002/schedule/handouts/ThomasSaladino4.pdf p 80-81

⁷ Irawan, Handi D, 10 Prinsip Kepuasan Pelanggan, PT Elex Media Komputindo, April 2002, hal 12

⁸ Statistik Kesehatan 2001, Badan Pusat Statistik Jakarta, 2002, hal. 57-60

Swasta 9,71 %, Rumah Sakit Pemerintah 6,77 %, Praktek paramedik 3,42 % dan sisanya ditempat lain.

Dalam rangka meningkatkan pelayanan terhadap masyarakat dan memberikan kemudahan akses terhadap sarana pelayanan kesehatan, Pemerintah Propinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta telah membangun gedung-gedung Rumah sakit Umum Daerah dan Puskesmas tingkat Kecamatan. Dengan menetapkan 10 Puskesmas Kecamatan menjadi Puskesmas Pembina atau Puskesmas Rujukan (*Referral Health Center*) pada tahun 1992, maka gedung Puskesmas Kecamatan dibangun dengan standar tiga lantai yang dilengkapi dengan berbagai perlengkapan penunjang canggih seperti alat radiologi, Laboratorium, Fototherapy EKG, Doppler untuk rawat jalan dan rawat inap, serta menempatkan beberapa dokter spesialis pegawai negeri sipil di Puskesmas, sehingga Puskesmas mampu menyediakan berbagai produk pelayanan kesehatan tingkat pertama dan rujukan.

Untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan maka petugas Puskesmas Pembina selama lima tahun terakhir telah mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan seperti *Quality Assurance*, Gugus Kendali Mutu, *Total Quality Management* dan lain-lain yang secara terus menerus dilakukan dengan *transfer knowledge* terhadap semua staf dan karyawan Puskesmas. Disamping itu pelatihan teknis medis dan *Customer Service* juga telah diikuti oleh hampir semua tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas Pembina. Sejak menjadi Puskesmas unit Swadana pada tahun 2000. Puskesmas Pembina dapat mengelola sendiri uang yang diperoleh dari masyarakat selain tetap mendapat subsidi dari Pemerintah Propinsi yang uangnya langsung di transfer ke rekening Puskesmas Pembina. Dari hasil retribusi sebanyak 35 % dapat diberikan kepada karyawan sebagai insentif jasa medis yang dapat diterima tiap bulan.

Dari survey awal yang dilakukan oleh peneliti pada bulan Juli 2003 terhadap 60 medical record yang dipilih secara acak pasien yang pernah berobat pada tahun 2001 dan datang kembali pada tahun 2002 di dapatkan kunjungan rata-rata pasien ke unit rawat jalan Puskesmas Pembina Tanah Abang sebanyak 4,47 kali dengan range umur 1-72 tahun dan kunjungan 1-

17 kali. Dengan jumlah kasus pada tahun 2002 sebanyak 65.653 orang dari 130.086 penduduk maka cakupan rawat jalan Puskesmas Pembina Tanah Abang sebanyak 11,29 % penduduk yang memanfaatkan Puskesmas Pembina.

Untuk menunjang tercapainya kualitas pelayanan prima dibutuhkan kerja sama tim yang kuat dari konsumen internal, Petugas pelayanan kesehatan pemerintah yang kebanyakan pegawai negeri sipil masih menganggap diri sebagai birokrat dan mereka pikir bahwa apa yang mereka kerjakan dalam memberi pelayanan kesehatan memang sudah sesuai dengan apa yang pasien bayar, apalagi gaji yang mereka terima relatif kecil sehingga sering ingin segera keluar dari tempat pelayanan tempatnya bertugas untuk melakukan pekerjaan lain yang dapat menambah penghasilan mereka.

B. Identifikasi Dan Pembatasan Masalah.

Peningkatan kualitas pelayanan belum sepenuhnya dapat memberikan kepuasan kepada konsumen internal dan eksternal. Beberapa masalah yang masih ada di Puskesmas Pembina Tanah Abang berdasarkan pengalaman dan pengamatan sebagai Kepala Puskesmas selama 8 tahun serta beberapa dokumen terkait⁹ adalah sebagai berikut:

1. Cakupan rawat jalan sangat rendah, hanya mencapai 11,29 dari jumlah penduduk Kecamatan Tanah Abang
2. Dokter Spesialis hanya bekerja pada hari-hari tertentu, sehingga ada hari dimana mereka berada dirumah atau ditempat lain
3. Pelaksanaan pelayanan belum berpedoman pada *standard operation procedure* yang berlaku.
4. Pasien banyak yang tidak mau antri dan ingin cepat-cepat dilayani terutama di loket pendaftaran dan pengambilan obat.
5. Sering terjadi pasien yang tidak puas menggerutu, marah-marah atau mengirim surat ke pimpinan Puskesmas maupun surat pembaca.

⁹ Laporan Tahunan Puskesmas Pembina Tanah Abang, 2000 – 2003. (Tidak dipublikasikan / Dokumen Internal)

6. Sering terjadi konflik antara karyawan dengan pihak manajemen dan diantara sesama karyawan.
7. Petugas sering datang terlambat dan cepat pulang, sehingga tidak berada di tempat pada saat dibutuhkan.
8. Sulit diberlakukan *reward and punishment* karena mereka adalah pegawai negeri sipil.
9. Pimpinan sering menghadiri pertemuan atau rapat di tempat lain.
10. Kemauan petugas dalam melayani bersifat birokrat dan belum sebagai abdi masyarakat.
11. Karyawan menggunakan seragam Pemerintah Propinsi DKI Jakarta berwarna coklat pada hari kerja biasa dan hijau hansip pada hari senin yang tidak menampakkan diri sebagai tenaga kesehatan.
12. Tiap petugas dan tiap bagian masih bekerja sendiri-sendiri, belum ada koordinasi atau *team works* yang baik.
13. Banyak pasien masih antri untuk mendapatkan obat, ketika pelayanan lain telah selesai.

Untuk membatasi permasalahan dalam penelitian Pengaruh kualitas pelayanan terhadap tingkat kepuasan pasien dengan melihat kesenjangan yang terjadi dalam kenyataan yang diterima pasien dari pelayanan Puskesmas dengan harapan yang diinginkan pasien, maka penelitian dilakukan di Unit Rawat Jalan Puskesmas Pembina Tanah Abang, Jakarta Pusat.

C. Rumusan Masalah Penelitian.

1. Bagaimana persepsi dan kepuasan pasien berdasarkan kualitas pelayanan Puskesmas Pembina Tanah Abang ?
2. Apakah kualitas pelayanan Puskesmas berpengaruh terhadap Kepuasan Pasien ?
3. Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan di Puskesmas Pembina Tanah Abang ?

D. Tujuan Penelitian.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui:

1. Gambaran tentang persepsi dan kepuasan pasien berdasarkan kualitas pelayanan di Puskesmas Pembina Tanah Abang.
2. Pengaruh kualitas pelayanan di Puskesmas Pembina Tanah Abang terhadap kepuasan pasien.
3. Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan di Puskesmas Pembina Tanah Abang.

E. Manfaat Penelitian.

Manfaat dari penelitian ini adalah:

1. Mengetahui hasil upaya peneliti dalam memimpin Puskesmas Pembina Tanah Abang selama 8 tahun, termasuk di dalamnya adalah untuk menetapkan strategi pelayanan ke depan.
2. Sebagai bahan masukan kepada Kepala Puskesmas Pembina Tanah Abang, Suku Dinas kesehatan Jakarta Pusat dan Dinas Kesehatan DKI Jakarta untuk perbaikan kualitas pelayanan dimasa mendatang.
3. Sebagai bahan masukan untuk melakukan kegiatan-kegiatan pelayanan kesehatan khususnya yang berkaitan dengan penyuluhan kesehatan serta upaya persuasive lainnya.