

## **MENGUKUR KUALITAS KINERJA PELAYANAN PUBLIK (PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL) DENGAN SURVEY KEPUASAN PASIEN**

**Moh. Wildan,\* Hary Yuswadi,\*\* Puji Wahono,\*\*\* Zarah Puspitaningtyas\*\*\*\***

*\*Kandidat Doktor Ilmu Administrasi FISIP Universitas Jember*

*\*\*,\*\*,\*\*\*,\*\*\*\*Dosen Pasca Sarjana FISIP Universitas Jember*

### **ABSTRACT**

*One effort to increase the quality of public services, as mandated in the Law of the Republic of Indonesia number 25 year 2000 concerning the National Development Program (PROPENAS), needs to be amonged community satisfaction index as a benchmark to assess the level of quality of service. This paper intend to describe and analyze some models and theories of public service performance measurement that related to the implementation of the National Health Insurance program (JKN) held by BPJS-of Health. Health care quality is measured from the aspect of community/patient satisfaction survey. Then linked with efforts to increase patient loyalty towards the implementation of the program JKN. The implications of this paper is expected to formulate an instrument and indicators valid, reliable and comprehensive to measure the quality of health services JKN program. Optimal patient satisfaction is expected to make loyal patients to use health services with JKN program and recommend to others to follow JKN program.*

**Keywords: Quality Performance, Public Service, JKN Program, Patient Loyalty.**

### **PENDAHULUAN**

Salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan publik, khususnya kebijakan publik pemerintah tentang program pelayanan kesehatan bagi peserta JKN sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Republik Indonesia nomor 25 tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional (PROPENAS), perlu dilakukan evaluasi terhadap kualitas pelayanan kesehatan program JKN dengan melakukan survey kepuasan pasien atau masyarakat. Untuk itu perlu disusun indeks kepuasan masyarakat sebagai tolok ukur untuk menilai tingkat kualitas pelayanan. Di samping itu, data indeks kepuasan masyarakat akan dapat menjadi bahan penilaian terhadap kualitas pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk

meningkatkan kualitas pelayanannya.

Untuk mengukur indeks kepuasan pasien/masyarakat terhadap pelayanan kesehatan program JKN perlu disusun suatu instrumen yang dapat mengukur kualitas pelayanan kesehatan yang valid, reliabel dan komprehensif.

Kualitas pelayanan kesehatan yang baik dapat dilihat dari tingkat kepuasan pasien yang tinggi, dan kepuasan pasien yang tinggi akan membuat pasien loyal terhadap institusi pelayanan kesehatan (Caruana, 2002). Dengan tersedianya data indeks kepuasan pasien secara periodik, dapat diperoleh manfaat sebagai berikut:

1. Diketahui kinerja penyelenggaraan pelayanan yang telah dilaksanakan oleh unit pelayanan kesehatan secara periodik;
2. Sebagai bahan penetapan kebijakan yang perlu diambil dan upaya yang

- perlu dilakukan;
3. Diketahui indeks kepuasan pasien secara menyeluruh terhadap hasil pelaksanaan pelayanan kesehatan pada lingkup pratama dan rujukan;
  4. Memacu persaingan positif, antar unit penyelenggara pelayanan kesehatan pada lingkup pemerintah pusat dan daerah dan swasta yang bekerjasama dengan BPJS dalam upaya peningkatan kinerja pelayanan.

## **KAJIAN PUSTAKA DAN PEMBAHASAN**

### **Kebijakan Publik dan Kinerja Pelayanan Publik**

Dunn (2003:7) mengungkapkan bahwa kebijakan publik merupakan sebuah disiplin ilmu sosial terapan yang menggunakan berbagai metode kebijakan publik dengan argumen untuk menghasilkan dan memindahkan informasi yang relevan dengan kebijakan, sehingga dapat dimanfaatkan di tingkat politik dalam rangka memecahkan masalah kebijakan.

Surbakti (2010:246) menyatakan bahwa ciri khas kebijakan publik (keputusan politik pada umumnya) sebagai produk tindakan pemerintah ialah sifatnya yang mengikat, dalam arti pelaksanaannya ditegakkan dengan kewenangan memaksakan secara fisik yang dimonopoli oleh pemerintah. Terdapat empat tipe kebijakan umum/publik, yaitu: 1) Kebijakan *Regulatif*, terjadi apabila kebijakan mengandung paksaan dan akan diterapkan secara langsung terhadap individu. Biasanya dibuat untuk mencegah agar individu tidak melakukan suatu tindakan yang tak diperbolehkan, seperti undang-undang hukum pidana, undang-undang antimonopoli, kompetisi yang tak sehat, dan berbagai ketentuan yang menyangkut keselamatan umum; 2) Kebijakan *Redistributif*, ditandai dengan adanya paksaan secara langsung kepada warga negara, tetapi penerapannya melalui lingkungan. Pengenaan pajak

secara progresif kepada sejumlah orang yang termasuk kategori wajib pajak untuk memberikan manfaat kepada orang lain melalui berbagai program pemerintah merupakan inti kebijakan *redistributive*; 3) Kebijakan *Distributif*, ditandai dengan pengenaan paksaan secara tidak langsung (kemungkinan pengenaan fisik sangat jauh), tetapi kebijakan itu diterapkan secara langsung kepada individu. Dalam pengertian yang lebih konkret, kebijakan *distributif* berarti penggunaan anggaran belanja negara atau daerah untuk memberikan manfaat secara langsung kepada individu, seperti pendidikan dasar yang bebas biaya, subsidi energi bahan bakar minyak, fasilitas jalan raya, dan pelayanan kesehatan; dan 4) Kebijakan *Konstituen*, yang ditandai dengan kemungkinan pengenaan paksaan fisik yang sangat jauh, dan penerapan kebijakan itu secara tidak langsung melalui lingkungan. Tipe ini merupakan kategori sisa (*residual category*) yang mencakup tipe-tipe lain yang tidak dapat dimasukkan ke dalam ketiga tipe sebelumnya. Kebijakan ini mencakup dua lingkup bidang garapan, yaitu urusan keamanan nasional dan luar negeri, dan berbagai dinas pelayanan administrasi.

Berdasarkan teori yang dikemukakan Bromley (1989), kebijakan publik memiliki tiga tingkatan yang berbeda berdasarkan hirarki kebijakan, yaitu: *policy level*, *organizational level*, dan *operational level*. Dalam suatu negara demokratis *policy level* diperankan oleh lembaga yudikatif dan legislatif, sedang *organizational level* diperankan oleh lembaga eksekutif. Selanjutnya *operational level* dilaksanakan oleh satuan pelaksana seperti kedinasan, kelembagaan atau kementerian. Pada masing-masing level, kebijakan publik diwujudkan dalam bentuk *institutional arrangement* atau peraturan perundangan yang disesuaikan dengan tingkat hierarkinya. Sementara *pattern interaction* adalah pola interaksi

antara pelaksana kebijakan paling bawah (*street level bureaucrat*) dengan kelompok sasaran (*target group*) kebijakan yang menunjukkan pola pelaksanaan kebijakan yang menentukan dampak (*outcome*) dari kebijakan tersebut. Hasil suatu kebijakan dalam kurun waktu tertentu yang ditetapkan akan ditinjau kembali (*assesment*) untuk menjadi umpan balik (*feedback*) bagi semua level kebijakan yang diharapkan terjadi sebuah perbaikan atau peningkatan kebijakan.

Tachjan (2006:19) menyimpulkan bahwa pada garis besarnya siklus kebijakan publik terdiri dari tiga kegiatan pokok, yaitu: 1) perumusan kebijakan, 2) implementasi kebijakan serta, 3) pengawasan dan penilaian (hasil) pelaksanaan kebijakan. Jadi, efektivitas suatu kebijakan publik sangat ditentukan oleh proses kebijakan yang terdiri dari formulasi, implementasi serta evaluasi. Ketiga aktivitas pokok proses kebijakan tersebut mempunyai hubungan kausalitas serta berpola *ciclical* atau bersiklus secara terus-menerus sampai suatu masalah publik atau tujuan tertentu tercapai.

Implementasi kebijakan merupakan tahap yang krusial dalam proses kebijakan publik. Suatu kebijakan atau program harus diimplementasikan agar mempunyai dampak atau tujuan yang diinginkan. Implementasi kebijakan dipandang dalam pengertian luas merupakan alat administrasi publik dimana aktor, organisasi, prosedur, teknik serta sumber daya diorganisasikan secara bersama-sama untuk menjalankan kebijakan guna meraih dampak atau tujuan yang diinginkan. Van Meter & Van Horn (1975) mendefinisikan implementasi kebijakan publik sebagai: "Tindakan-tindakan yang dilakukan oleh organisasi publik yang diarahkan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan dalam keputusan-keputusan sebelumnya. Tindakan-tindakan ini mencakup usaha-usaha untuk mengubah

keputusan-keputusan menjadi tindakan-tindakan operasional dalam kurun waktu tertentu maupun dalam rangka melanjutkan usah-usaha untuk mencapai perubahan-perubahan besar dan kecil yang ditetapkan oleh keputusan-keputusan kebijakan".

Untuk dapat mengkaji dengan baik suatu implementasi kebijakan publik perlu diketahui variabel atau faktor-faktor penentunya. Untuk menggambarkan secara jelas variabel atau faktor-faktor yang berpengaruh penting terhadap implementasi kebijakan publik serta guna penyederhanaan pemahaman, maka akan digunakan model-model implementasi kebijakan. Edwards III (1980) berpendapat dalam model implementasi kebijakannya bahwa keberhasilan implementasi kebijakan dipengaruhi oleh faktor-faktor sebagai berikut: 1) *Bureaucratic structure* (struktur birokrasi), 2) *resouces* (sumber daya), 3) *disposisition* (sikap pelaksana) dan 4) *communication* (komunikasi).

### **Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)**

Kebijakan publik pemerintah Indonesia tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi kesehatan, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yaitu: (1) Prinsip kegotong-royongan; (2) Prinsip nirlaba; (3) Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas; (4) Prinsip portabilitas; (5)

Prinsip kepesertaan bersifat wajib; (6) Prinsip dana amanat; (7) Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial (Kemenkes, 2013).

Peserta JKN adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Peserta JKN meliputi:

- 1) Peserta penerima bantuan iuran (PBI) jaminan kesehatan dari pemerintah, meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu,
- 2) Peserta bukan PBI adalah peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:
  - (1) Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya, yaitu: a) Pegawai Negeri Sipil; b) Anggota TNI; c) Anggota Polri; d) Pejabat Negara; e) Pegawai pemerintah non pegawai negeri; f) Pegawai swasta; dan g) Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima upah.
  - (2) Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya, yaitu: a) Pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri dan; b) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima upah; c) Pekerja sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
- 3) Bukan pekerja dan anggota keluarganya terdiri atas: a) Investor; b) Pemberi Kerja; c) Penerima Pensiun; d) Veteran; e) Perintis Kemerdekaan; dan f) Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar Iuran.
- 4) Penerima pensiun terdiri atas: a) PNS yang berhenti dengan hak pensiun; b) Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun; c) Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun; d) Penerima Pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c;

dan e) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai dengan huruf d yang mendapat hak pension (Kemenkes, 2013).

Anggota keluarga bagi pekerja penerima upah meliputi: a. Istri atau suami yang sah dari peserta; b. Anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat yang sah dari peserta, dengan kriteria: 1) tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri; dan 2) belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal. Sedangkan peserta bukan PBI JKN dapat juga mengikutsertakan anggota keluarga yang lain.

- 5) WNI di luar negeri; Jaminan kesehatan bagi pekerja WNI yang bekerja di luar negeri diatur dengan ketentuan peraturan perundang-undangan tersendiri.

Hak dan kewajiban peserta JKN adalah: 1) Setiap peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berhak mendapatkan a) identitas peserta dan b) manfaat pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan; 2) Setiap peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berkewajiban untuk: a. membayar iuran dan b. melaporkan data kepesertaannya kepada BPJS Kesehatan dengan menunjukkan identitas peserta pada saat pindah domisili dan atau pindah kerja. Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional berlaku selama yang bersangkutan membayar iuran sesuai dengan kelompok peserta, dan status kepesertaan akan hilang bila peserta tidak membayar iuran atau meninggal dunia.

Jaminan Kesehatan Nasional diberlakukan secara bertahap, yaitu tahap pertama mulai 1 Januari 2014, kepesertaannya paling sedikit meliputi: PBI jaminan kesehatan; anggota TNI/PNS di lingkungan Kementerian

Pertahanan dan anggota keluarganya; anggota Polri/PNS di lingkungan Polri dan anggota keluarganya; peserta asuransi kesehatan PT Askes (Persero) beserta anggota keluarganya, serta peserta jaminan pemeliharaan kesehatan Jamsostek dan anggota keluarganya. Selanjutnya tahap kedua meliputi seluruh penduduk yang belum masuk sebagai peserta BPJS Kesehatan paling lambat pada tanggal 1 Januari 2019 (Kemenkes, 2013).

Iuran Jaminan Kesehatan Nasional adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja, dan/atau pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan (pasal 16, Perpres No. 12/2013 tentang Jaminan Kesehatan). Mekanisme pembayaran iuran yaitu : 1) Bagi peserta PBI, iuran dibayar oleh pemerintah, bagi peserta pekerja penerima upah, iurannya dibayar oleh pemberi kerja dan pekerja, bagi peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja iuran dibayar oleh peserta yang bersangkutan; 2) Besarnya iuran jaminan kesehatan nasional ditetapkan melalui peraturan presiden dan di tinjau ulang secara berkala sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi, dan kebutuhan dasar hidup yang layak. Setiap peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan persentase dari upah (untuk pekerja penerima upah) atau suatu jumlah nominal.

Jenis pelayanan JKN ada 2 (dua) jenis pelayanan yang akan diperoleh oleh peserta JKN, yaitu berupa pelayanan kesehatan (manfaat medis) serta akomodasi dan ambulans (manfaat non medis). Sedangkan prosedur pelayanan: peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan pertama-tama harus memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama. Bila peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, maka hal itu harus dilakukan melalui rujukan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama, kecuali dalam

keadaan kegawat daruratan medis proses *kredensialing* dan *rekredensialing*

### **Kualitas Kinerja Pelayanan Publik dan Pengukurannya**

Martin & Kettner (1996) mengemukakan bahwa, ada dua pendekatan dasar yang biasa dipakai untuk mengukur kualitas layanan publik. *Pertama*, pendekatan pengukuran dari kualitas kinerja *provider* (*the outputs with quality dimensions approach*), *Kedua*, pendekatan kepuasan klien/masyarakat (*the client satisfaction approach*). Kedua pendekatan tersebut dibedakan oleh perbedaan fokus dan sumber data. Pendekatan pertama fokus pada program dan kinerja penyedia layanan yang datanya diperoleh dari laporan kegiatan instansi pemerintah, pengamatan dan wawancara dengan tokoh kunci penyedia layanan. Sedangkan pendekatan kedua melihat kualitas pelayanan pada hasil (*result*), pengaruh (*effects*), dampak (*impact*) dan manfaat (*benefit*) yang diperoleh pengguna layanan. Sumber data untuk pendekatan ini biasanya dilakukan dengan survei kepuasan masyarakat pemanfaat layanan publik (*client satisfaction survey*).

Jika pemerintah Indonesia ingin meningkatkan kualitas pelayanan publik, maka pemerintah harus menempuh beberapa langkah. *Pertama*, memonitor persepsi masyarakat tentang kualitas pelayanan yang telah mereka terima. *Kedua*, mengidentifikasi penyebab kegagalan pelayanan. *Ketiga*, berusaha mengambil langkah perbaikan.

### **Pengukuran Kualitas Kinerja Pelayanan Kesehatan (Program JKN) dengan Survey Kepuasan Pasien**

Adikoesoemo (1997) menjelaskan bahwa kualitas atau mutu dibidang institusi kesehatan adalah mutu pelayanan terhadap pasien. Kualitas pelayanan kesehatan yang baik antara lain pasien mendapat layanan yang cepat, diagnosa dan terapi yang tepat,

keramahtamahan yang cukup, pelayanan apotik yang cepat dan biaya yang terjangkau.

Kualitas pelayanan kesehatan merupakan produk akhir dari interaksi antara berbagai komponen atau aspek pada fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan. Menurut Jacobalis (1989) dalam hal mutu layanan tidak lepas dari tiga hal, yaitu: indikator, kriteria dan standar. Indikator yang dapat digunakan dalam jasa pelayanan kesehatan yaitu: a) Indikator klinis, merupakan petunjuk dari penampilan (*performance*) profesi (antara lain: angka infeksi nosokomial, kematian karena operasi, reaksi obat dan sebagainya). b) Indikator efisiensi dan efektivitas: untuk dapat melihat apakah sumber daya telah digunakan secara efisien, misalnya: waktu tunggu pasien, lama hari rawat, lama tempat tidur kosong, penggunaan dan sebagainya. c) Indikator keamanan dan keselamatan pasien: lebih banyak terjadi karena kurang telitinya asuhan keperawatan pasien, misalnya: pasien diberi obat salah, pasien jatuh dari tempat tidur dan sebagainya. d) Indikator kepuasan pasien: misalnya: jumlah keluhan pasien, hasil survei kepuasan, berita di koran.

Variabel input dalam proses mewujudkan mutu pelayanan kesehatan adalah: a) Faktor manusia, yaitu pemberi jasa manusia langsung baik administrator maupun profesional. b) Faktor sarana dan prasarana, yaitu bangunan dan peralatan rumah sakit. c) Faktor manajemen, yaitu prosedur pelayanan yang dipergunakan di rumah sakit.

Sementara Parasuraman, Zeithmal dan Berry (1998) mengidentifikasi lima kelompok dimensi yang digunakan untuk mengevaluasi kepuasan pelanggan yang berhubungan dengan kualitas pelayanan. dalam bidang jasa yaitu :

a. Bukti langsung/dapat diraba/sarana fisik (*tangible*), meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai dan sarana komunikasi

- b. Keandalan pelayanan (*reliability*), yaitu kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan tepat, akurasi dan terpercaya
- c. Ketanggapan pelayanan (*responsiveness*), yaitu kemauan untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa pelayanan dengan tanggap dan cepat.
- d. Jaminan/keyakinan (*assurance*), yang mencakup pengetahuan dan kesopanan dari petugas serta kemampuan untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan.
- e. Empati (*emphaty*), meliputi perbuatan atau sikap untuk memberikan perhatian secara pribadi kepada pelanggan, komunikatif serta memahami kebutuhan pelanggan.

Kelima dimensi untuk mengukur kualitas pelayanan jasa tersebut dinamakan Metode Servqual (*Service Quality*). Metode *servqual* dalam pengukuran kepuasan dilakukan terhadap dua aspek yaitu pengukuran untuk menilai harapan yang diinginkan.

Pelayanan dibidang kesehatan yang didalamnya termasuk pelayanan kepada pasien program JKN termasuk pelayanan jasa yang sifatnya multidimensi, sehingga penggunaan metode Servqual (*Service Quality*) untuk mengukur kualitas pelayanan sangatlah relevan. Hal ini dikarenakan bahwa suatu pelayanan kesehatan yang bermutu pasti mejadi harapan semua pasien, dan apabila harapannya tersebut terpenuhi akan menyebabkan kepuasan pasien. Namun kelima dimensi menurut Parasuraman dkk (1998) belumlah cukup sebagai instrumen untuk mengukur kepuasan pasien. Dibidang kesehatan ada aspek lain yang sangat mempengaruhi kepuasan pasien yaitu aspek komunikasi, yang dikenal dengan komunikasi terapeutik.

### **Komunikasi Terapeutik sebagai Dimensi Pengukuran Kualitas Pelayanan Kesehatan**

Komunikasi adalah faktor penunjang dalam menerapkan *service excellence*, oleh karena itu sangat diperlukan proses, model dan cara penerapannya dalam pekerjaan bidang pelayanan jasa. Berdasarkan sarana dan operasionalnya komunikasi dapat diklasifikasikan sebagai: *Pertama*, komunikasi verbal, yaitu komunikasi yang dilaksanakan dalam dua cara, yaitu *Personal Communication* (komunikasi langsung/tatap muka) dan *Non Personal Communication* (komunikasi yang dilaksanakan melalui media yang menyiarkan tanpa ada kontak atau umpan balik secara personal/komunikasi melalui media massa). *Kedua*, komunikasi non verbal, yaitu bahasa isyarat, sehingga tanpa mengucapkan kata-kata, lawan bicara dapat mengetahui maksud dan arti dari bahasa isyarat ini. Formula dalam berkomunikasi non verbal yang positif yaitu *The Soften Formula*, yang meliputi: a) *smile*, selalu tersenyum, dengan senyuman khas, b) *open posture*, selalu bersikap terbuka, c) *forward lean*, badan sedikit condong kedepan, d) *territory/space*, memiliki wawasan luas dan menguasai pekerjaan yang menjadi bidangnya, e) *eye contact*, cara menatap lawan berkomunikasi, f) *nodding head*, anggukan kepala, *Ketiga*, komunikasi melalui telepon, yaitu pembicaraan yang mengandalkan kepekaan telinga pendengar terhadap suara pembicara. Dua bagian penting dalam pembicaraan melalui telepon, yaitu: a) *verbal message*, yaitu penerima telepon akan menerima suara dari penyampai telepon terhadap isi berita yang disampaikan. b) *non verbal message*, dimana tutur bahasa yang melekat pada isi berita.

Mutu pelayanan kesehatan salah satunya dipengaruhi oleh baik buruknya tenaga kesehatan dalam melakukan komunikasi terapeutik (Harmini, 2008). Bahkan disebutkan oleh Lois (2005) bahwa komunikasi terapeutik merupakan salah satu aspek paling penting dalam pelayanan keperawatan. Kompetensi

tenaga kesehatan biasanya dinilai dari kemampuan mereka dalam berkomunikasi. Kepuasan pasien akan meningkat jika perawat dan tenaga keehatan mampu melakukan komunikasi yang baik dan peningkatan kepuasan pasien memiliki nilai positif bagi proses perawatan dirinya. Faktor kunci dalam penilaian pelayanan kesehatan di mata pasien adalah komunikasi yang dilakukan oleh perawat (Potter & Perry, 2005).

Potter & Perry (2005), menyatakan bahwa komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dilakukan secara sadar oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan) untuk kesembuhan pasien. Hubungan antara pasien dengan tenaga kesehatan yang terapeutik merupakan pengalaman belajar bersama sekaligus perbaikan emosi pasien. Komunikasi terapeutik harus berjalan secara efektif antara pasien dengan tenaga kesehatan sehingga saling menghargai satu sama lainnya (Stuart & Sundeen, 1979). Komunikasi terapeutik merupakan respon spesifik yang mendorong ekspresi perasaan dan ide, serta menyampaikan penerimaan dan penghargaan.

Beberapa teknik komunikasi terapeutik menurut (Sheldon, 2009) antara lain:

#### 1) **Mendengarkan dengan penuh perhatian**

Dalam hal ini tenaga kesehatan berusaha mengerti pasien dengan cara mendengarkan apa yang disampaikan pasien. Satu-satunya orang yang dapat menceritakan kepada tenaga kesehatan tentang perasaan, pikiran dan persepsi pasien adalah pasien sendiri. Sikap yang dibutuhkan untuk menjadi pendengar yang baik adalah pandangan saat berbicara, tidak menyilangkan kaki dan tangan, hindari tindakan yang tidak perlu, anggukkan kepala jika pasien membicarakan hal-hal yang penting atau memerlukan umpan balik, condongkan tubuh ke arah lawan bicara.

Mendengar ada dua macam: a) Mendengar pasif, yaitu kegiatan mendengar dengan kegiatan non verbal untuk pasien, misalnya dengan kontak mata, menganggukkan kepala dan juga keikutsertaan secara verbal. b) Mendengar aktif, yaitu kegiatan mendengar yang menyediakan pengetahuan bahwa kita tahu perasaan orang lain dan mengerti mengapa dia merasakan hal tersebut.

#### 2) **Menunjukkan penerimaan**

Menerima bukan berarti menyetujui, menerima berarti bersedia untuk mendengarkan orang lain tanpa menunjukkan keraguan atau ketidaksetujuan. Tenaga kesehatan harus waspada terhadap ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang menyatakan tidak setuju, seperti mengerutkan kening atau menggeleng yang menyatakan tidak percaya. Sikap tenaga kesehatan yang menyatakan penerimaan yaitu mendengarkan tanpa memutus pembicaraan, memberikan umpan balik verbal yang menyatakan pengertian, memastikan bahwa isyarat non verbal sesuai dengan komunikasi verbal, menghindari perdebatan, ekspresi keraguan atau usaha untuk mengubah pikiran pasien.

#### 3) **Menanyakan pertanyaan yang berkaitan**

Tujuan tenaga kesehatan bertanya adalah untuk mendapatkan informasi yang spesifik mengenai apa yang disampaikan pasien. Oleh karena itu, pertanyaan sebaiknya dikaitkan dengan topik yang dibicarakan dan gunakan kata-kata yang sesuai dengan konteks sosial budaya pasien.

#### 4) **Pertanyaan terbuka (*open ended question*)**

Pertanyaan yang tidak memerlukan jawaban "ya" dan "mungkin", tetapi pertanyaan memerlukan jawaban yang luas, sehingga pasien dapat mengemukakan masalahnya, perasaannya dengan kata-kata sendiri, atau dapat memberikan informasi yang

diperlukan. Contoh: "coba ibu ceritakan apa yang biasanya dilakukan bila ibu sakit perut?"

#### 5) **Mengulang ucapan pasien dengan menggunakan kata-kata sendiri**

Melalui pengulangan kembali kata-kata pasien, tenaga kesehatan memberikan umpan balik bahwa ia mengerti pesan pasien dan berharap komunikasi dilanjutkan. Contoh, pasien mengatakan: "saya tidak dapat tidur, sepanjang malam saya terjaga". Tenaga kesehatan, menggunakan kata sendiri: "saudara mengalami kesulitan untuk tidur ...".

#### 6) **Mengklarifikasi**

Klarifikasi terjadi saat tenaga kesehatan ingin menjelaskan dalam kata-kata, ide atau pikiran (secara mutlak maupun tegas) yang tidak jelas dikatakan oleh pasien. Tujuan dari teknik ini adalah untuk menyamakan pengertian.

#### 7) **Memfokuskan**

Metode ini bertujuan untuk membatasi bahan pembicaraan, sehingga percakapan menjadi lebih spesifik dan dimengerti. Hal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan metode ini adalah usahakan untuk tidak memutus pembicaraan ketika pasien menyampaikan masalah penting.

#### 8) **Menyatakan hasil observasi**

Tenaga kesehatan harus memberikan umpan balik kepada pasien dengan menyatakan hasil pengamatannya sehingga pasien dapat mengetahui apakah pesannya diterima dengan benar atau tidak. Dalam hal ini tenaga kesehatan menguraikan kesan yang ditimbulkan oleh isyarat non verbal pasien. Teknik ini seringkali membuat pasien berkomunikasi lebih jelas tanpa tenaga kesehatan harus bertanya, memfokuskan dan mengklarifikasi pesan. Observasi dilakukan sedemikian rupa, sehingga pasien tidak menjadi malu atau marah.

#### 9) **Diam (memelihara ketenangan)**

Diam akan memberikan kesempatan kepada tenaga kesehatan dan pasien untuk mengorganisir pikirannya.

Penggunaan metode ini memerlukan ketrampilan dan ketepatan waktu, jika tidak akan menimbulkan perasaan tidak enak. Diam memungkinkan pasien untuk berkomunikasi dengan dirinya sendiri, mengorganisir pikiran dan memproses informasi. Diam sangat berguna terutama pada saat pasien harus mengambil keputusan. Diam tidak dapat dilakukan dalam waktu yang lama, karena akan mengakibatkan pasien menjadi khawatir. Diam di sini juga menunjukkan kesediaan seseorang untuk menanti orang lain agar punya kesempatan berpikir meskipun begitu, diam yang tidak tepat dapat menyebabkan orang lain merasa cemas.

10) **Menyimpulkan.**

Menyimpulkan adalah meringkas ide utama, pokok fikiran utama yang telah didiskusikan.

Dimensi dan indikator untuk mengukur kualitas pelayanan model (*servqual*) oleh Parasuraman, Zeithmal & Berry (1998) dapat dikembangkan dengan aspek komunikasi terapiutik (Sheldon, 2009) yang dapat dipergunakan untuk mengukur kualitas pelayanan kesehatan program JKN sebagaimana pada tabel berikut :

**Tabel 1. Dimensi Mengukur Kualitas Pelayanan Kesehatan dengan Surve Kepuasan Pasien**

No	Aspek / Dimensi	Indikator
1	<i>Tangibles</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kelengkapan alat medis dalam jumlah cukup</li> <li>• Peralatan dan perlengkapan untuk pelayanan pasien yang modern</li> <li>• Kelengkapan alat dan sarana ruang tunggu</li> <li>• Tata letak ruang kantor / ruang perawatan</li> <li>• Jalur antrian pasien termonitor dan praktis.</li> </ul>
2	<i>Reliability</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keakuratan informasi yang diberikan petugas kesehatan tentang penyakit yang diderita pasien</li> <li>• Keakuratan catatan / dokumentasi medis yang dibuat petugas Rumah Sakit</li> <li>• Proses dan prosedur penyelesaian tindakan medis yang sistematis</li> <li>• Perlakuan petugas Rumah Sakit terhadap pasien tidak diskriminatif.</li> </ul>
3	<i>Responsiveness</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kecepatan dan kecekatan tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan) dalam menyelesaikan tindakan medis</li> <li>• Kemampuan tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan) memahami kebutuhan pasien</li> <li>• Kecepatan dan ketanggapan Rumah Sakit dalam menghadapi masalah yang timbul pada pasien</li> <li>• Sistem penyerahan resep dan atau obat cepat dan sistematis</li> <li>• Waktu pelayanan Rumah Sakit yang fleksibel dan siap 24 jam.</li> </ul>
4	<i>Assurance</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keamanan dan kenyamanan pasien selama di RS</li> <li>• Keamanan dan kerahasiaan data pribadi pasien yang tersimpan dalam dokumen RS</li> <li>• Rumah Sakit menyediakan pelayanan yang menjamin kerahasiaan antar pasien.</li> <li>• Citra (<i>image</i>) Rumah sakit di masyarakat</li> <li>• Ketelitian tenaga kesehatan saat melayani pasien.</li> </ul>
5	<i>Empathy</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenaga kesehatan (dokter, paramedis dan tenaga penunjang) mempunyai sikap dan perilaku yang baik</li> <li>• Tegur sapa dan tutur kata tenaga kesehatan (dokter, paramedis dan tenaga penunjang) menyenangkan</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenaga kesehatan mudah dihubungi bila pasien membutuhkan pertolongan atau tindakan</li> <li>• Tenaga kesehatan (dokter, paramedis dan tenaga penunjang) memahami kebutuhan khusus pasien.</li> </ul>
6	<p><i>Comunikasi Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) mendengarkan keluhan pasien dengan penuh perhatian</li> <li>• Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) menunjukkan sikap menerima untuk berkomunikasi</li> <li>• Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) bertanya dengan pertanyaan terbuka (<i>open ended question</i>)</li> <li>• Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) mengulang ucapan pasien dengan menggunakan kata-kata sendiri untuk klarifikasi.</li> <li>• Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) memfokuskan komunikasi dan mengklarifikasi setiap jawaban pasien</li> <li>• Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) menyampaikan hasil observasi kondisi pasien</li> <li>• Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) memberi kesempatan “diam” (memelihara ketenangan) saat berkomunikasi</li> <li>• Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) menyimpulkan hasil komunikasi</li> </ul>

Sumber: Parasuraman, et al. (1998) & Sheldon, (2009) dikembangkan.

### Faktor-faktor yang mempengaruhi Kepuasan terhadap Jasa Pelayanan Kesehatan

Krowinski & Steiber (1996) mengungkapkan faktor yang paling mempengaruhi kepuasan pasien. Faktor-faktor tersebut adalah :

#### a. Pelayanan Medis

Walaupun frekuensi pertemuan antara dokter dan pasien lebih sedikit jika dibandingkan pertemuan perawat dengan pasien, tetapi pelayanan medis sama pentingnya dengan pelayanan keperawatan dalam memenuhi kepuasan pasien. Pasien pada saat datang untuk berobat mengharapkan mereka akan sembuh dari penyakitnya, pelayanan medis yang berkualitas akan membuat pasien lebih merasa puas. Untuk itu para tenaga medis di tempat pelayanan kesehatan diharapkan mempunyai keterampilan dan pengetahuan sesuai dengan standar terapi yang telah ditetapkan juga etika kedokteran (Wilson, 1995 dalam Wijono, 2000).

#### b. Pelayanan keperawatan

Pelayanan keperawatan mempunyai peran yang sangat besar dalam menentukan kepuasan pasien, karena

hampir sebagian besar waktu pasien selama di tempat pelayanan kesehatan akan dilayani oleh perawat terutama pasien rawat inap. Oleh karena itu semua proses dan rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang diberikan kepada pasien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan yang menggunakan pendekatan proses keperawatan harus berpedoman pada standar prosedur operasional keperawatan, juga dilandasi oleh etika dan etiket keperawatan dalam lingkup wewenang dan tanggung jawab perawat tersebut.

#### c. Situasi lingkungan

Lingkungan tempat pasien berada akan atau rumah sakit sangat mempengaruhi kepuasan pasien. Dalam hal ini lingkungan dapat dibagi menjadi lingkungan di dalam ruangan dan lingkungan di luar ruangan. Lingkungan yang baik akan menimbulkan rasa aman bagi pasien yang akan menghasilkan kepuasan bagi pasien tersebut (Krowinski &, Steiber, 1996).

#### d. Pelayanan Makanan

Pelayanan makanan walaupun terlihat sederhana, sebenarnya merupakan salah satu faktor yang sangat penting

dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Makanan merupakan salah satu faktor penunjang dalam menjaga dan memulihkan kesehatan pasien, dan lebih dari itu cita rasa yang diberikan harus bisa membangkitkan selera makan dan nilai gizi yang terkandung dalam makanan tersebut untuk itu para ahli ditempat pelayanan kesehatan harus mempunyai keterampilan, pengetahuan dan tanggung jawab profesional (Krowinski &, Steibcr, 1996).

#### e. Pelayanan Administrasi

Pada saat pasien akan masuk dan meninggalkan tempat pelayanan kesehatan, pasien akan dihadapkan dengan prosedur administrasi. Personal yang menangani bagian administrasi harus terampil dan profesional dimulai dari registrasi pasien saat akan masuk, petugas administrasi harus memberikan semua penjelasan tentang tarif pelayanan, cepat dan efisien dalam memproses registrasi, begitu juga saat akan keluar, pasien akan mendapat penjelasan tentang tagihan yang diterimanya. Proses yang cepat dan efisien pada saat akan keluar, akurasi dari tagihan yang diberikan dan mampu menjawab semua pertanyaan yang berhubungan dengan administrasi. (Krowinski &, Steibcr, 1996).

#### f. Ketersediaan Sarana

Ketersediaan sarana adalah kecukupan dan kelengkapan sarana yang ada di tempat seseorang berada/tinggal, dimana alat tersebut dapat digunakan sewaktu-waktu. Namun sarana yang tersedia pada suatu unit pelayanan kesehatan sebaiknya sangat berhubungan sekali dengan akan kebutuhan pasien dalam keseharian selama proses perawatan dan pengobatannya. Sebagaimana yang dikemukakan Azwar (1996), untuk dapat menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, maka dari pihak penyelenggara yang harus dipenuhi adalah standar persyaratan minimal yang dalam hal ini adalah sebagai berikut:

standar masukan, standar lingkungan dan standar proses.

### PENUTUP

Sebagai salah satu upaya meningkatkan kualitas pelayanan publik, perlu dilakukan evaluasi terhadap kualitas pelayanan kesehatan program JKN dengan melakukan survey kepuasan pasien atau masyarakat. Mutu pelayanan kesehatan salah satunya dipengaruhi oleh baik buruknya tenaga kesehatan dalam melakukan komunikasi terapeutik. Kepuasan pasien akan meningkat jika tenaga kesehatan mampu melakukan komunikasi yang baik dan peningkatan kepuasan pasien memiliki nilai positif bagi proses perawatan dirinya. Faktor kunci dalam penilaian pelayanan kesehatan di mata pasien adalah komunikasi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan.

Dimensi *tangible, reliability, responsiveness, assurance* dan *empaty dan komunikasi terapeutik* sangat berperan sebagai indikator dalam pengukuran kualitas pelayanan kesehatan. Kualitas pelayanan kesehatan memberikan suatu dorongan kepada pasien untuk menjalinikatan hubungan yang kuat dengan institusi pelayanan kesehatan. Dengan demikian institusi pelayanan kesehatan dapat meningkatkan kepuasan pasien dimana institusi pelayanan kesehatan memaksimalkan pengalaman yang menyenangkan dan meminimumkan bahkan meniadakan pengalaman pasien yang kurang menyenangkan. Pada gilirannya kualitas pelayanan kesehatan akan menciptakan kepuasan pasien dan dapat menciptakan kesetiaan atau loyalitas pasien kepada institusi pelayanan yang memberikan kualitas memuaskan.

### REFERENSI

- Adikoesoemo, S. 1997. *Manajemen Rumah Sakit*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan : 46-48.  
Azwar, A. 1996. *Menjaga Mutu*

- Pelayanan Kesehatan*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta.
- Bromley, D.W. 1989. *Economic Interest and Institutions; The Conceptual Foundations of Public Policy*. Oxford. Blackwill.
- Caruana, A. 2002. "Service Loyalty: The Effects of Service Quality and the Mediating Role of Customer Satisfaction", *European Journal of Marketing*, page 811-828.
- Dunn, W.N. 2003. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta; Gadjah Mada University Press.
- Edwards III, G.C. 1980. *Implementing Public Policy*. Washington DC; Congressional Quarterly Press.
- Grindle, M.S. 1980. *Politics and Implementation in The Third World*. New Jersey: Princeton University Press.
- Harmini. 2008. *Hubungan Penerapan Komunikasi Terapeutik dengan Kepuasan Mutu Pelayanan Perawatan di Ruang Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Surakarta*. Jurnal Profesi (Online). <http://www.isjd.pdi.lipi.go.id> (diakses tanggal 2 April 2014)
- Jacobalis, 1989. *Menjaga Mutu Pelayanan Rumah Sakit*, Citra Windu Satria, Jakarta.
- Kemenkes (2013). *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*, Jakarta: Kemenkes & JKN.
- Krowinski & Steibcr, 1996. *Measuring and Managing Patient- Satisfaction*. USA American Hospital Associations.
- Lois, W. 2005. *Foundations of Nursing*. Second Ed. New York: Thomson Delmar
- Martin & Ketter 1996. *Measuring the Performance of Human Service Program*. New Dehhi: Sage Publication.
- Muninjaya, G.A.A. 2004. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC: 220-234.
- Parasuraman, A., V.A. Zeithaml & L.L. Berry. 1998. "SERVQUAL: Review, Critique Research Agenda", *Journal of Marketing*, page 111-124.
- Potter & Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Edisi 4. Volume 1. Jakarta: EGC
- Sheldon, L.K. 2009. *Communication for Nursing; Talking With Patients*. Second Edition. St Louis Ma; Sannders/Elsever
- Stuart, G.W. & Sundeen S.J. 1979. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. CV Mosby Company. USA.
- Surbakti, Ramlan. 2010. *Memahami Ilmu Politik*. Jakarta: Grasindo.
- Tachjan, H.N. 2006. *Kebijakan Publik Untuk Pemimpin Berwawasan Internasional*. Yogyakarta: Balairung & co.
- Terry, G. 1964. *Principle of Management*. Illionis; Richard D. Irwin Inc. Homeword.
- Undang-Undang nomor 25 tahun 2000 tentang *Program Pembangunan Nasional*.
- Van Meter, Donald & C. Van Horn. 1975. *The Policy Implementation Process A Conceptual Framework*. Administration and Society. 64.
- Varcoralis, E.M. & Halter M.J. 1990. *Essential of Psychiatric Mental Health Nursing; a Communication Approach to Evidance Based Care*. St Louis Ma; Sannders/Elsever
- Wijono, D, 2000. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*, Airlangga University Press, Surabaya.