

TESIS

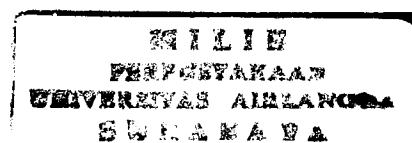
**UPAYA PENINGKATAN PEMANFAATAN
PELAYANAN RAWAT INAP BAGI PESERTA PT. ASKES
PADA RUMAH SAKIT DAERAH Dr. R. SOEDARSONO
KOTA PASURUAN**

KK
T.A. 2007
Win
U



SUGENG WINARTO

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2006**



**UPAYA PENINGKATAN PEMANFAATAN
PELAYANAN RAWAT INAP BAGI PESERTA PT. ASKES
PADA RUMAH SAKIT DAERAH Dr. R. SOEDARSONO KOTA PASURUAN**

TESIS

Untuk memperoleh Gelar Magister
Dalam Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga

Oleh :

SUGENG WINARTO
NIM : 090310540 L

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2006**

iii

LEMBAR PENGESAHAN

TESIS INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL April 2006

Oleh

Pembimbing I



Prof. Dr. Rika Subarniati T., dr., SKM
NIP 130 359 280

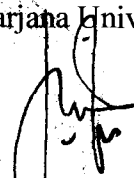
Pembimbing II



Dr. Nyoman Anita D., drg., MS
NIP 131 871 470

Mengetahui,

Ketua Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Program Pasca Sarjana Universitas Airlangga



Dr. Nyoman Anita D, drg., M.S
NIP 131 871 470

Telah diuji pada
Tanggal 15 Maret 2006

PANITIA PENGUJI TESIS

Ketua : Thini Nurul R.,Dra.Ec.,M.Kes

Anggota : 1. Prof. Dr. Rika Subarniati T.,dr.,SKM
2. Dr. Nyoman Anita D.,drg, M.S
3. Djazuly Chalidyanto,SKM.,MARS
4. Trihardjo Saelan.,dr.,Sp.PD.,MARS
5. Drs. M. Bagus Qomaruddin, MSc



UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur Alhamdulillah kami panjatkan kepada Allah SWT, atas limpahan rahmat, hidayah dan inayah-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan tesis dengan judul “UPAYA PENINGKATAN PEMANFAATAN PELAYANAN RAWAT INAP BAGI PESERTA PT. ASKES PADA RUMAH SAKIT DAERAH Dr. R. SOEDARSONO KOTA PASURUAN” sebagai syarat menyelesaikan pendidikan di Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.

Dengan selesainya tesis ini perkenankan kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Ibu Prof. Dr. Rika Subarniati T.,dr.,SKM selaku pembimbing utama yang ditengah kesibukan beliau telah memberikan pengarahan, saran, kritik, dan bimbingan mulai dari persiapan proposal sampai dengan akhir penulisan tesis ini.

Ucapan terima kasih ini juga kami sampaikan kepada Dr. Nyoman Anita D.,drg, M.S selaku pembimbing kedua sekaligus ketua Program Studi Ilmu Administrasi dan kebijakan kesehatan pada Program Pasca Sarjana Universitas Airlangga yang dengan penuh kesabaran dan ketelatenan dalam memberikan bimbingan dan saran sampai tesis ini diselesaikan.

Disamping itu, terlaksananya penelitian ini sampai dengan penulisan tesis ini adalah berkat bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini, kami menyampaikan ucapan terima kasih yang setulusnya kepada:

1. Rektor Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.
2. Direktur Program Pascasarjana Universitas Airlangga atas kesempatan untuk menjadi mahasiswa Program Magister pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.
3. Bapak Walikota Pasuruan atas kesempatan dan dukungan yang diberikan untuk mengikuti studi ke Program Pasca Sarjana Universitas Airlangga Surabaya.
4. Kepala PT. Askes KC. Pasuruan atas kesediaan dan bantuannya untuk memberikan data dalam rangka penyelesaian pembuatan tesis.
5. Seluruh staf Rumah Sakit Dr.R. Soedarsono atas bantuan yang diberikan untuk melakukan penelitian dalam rangka penyelesaian tesis ini.
6. Seluruh dosen pengajar yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu mulai dari semester satu sampai semester empat pada Program Studi Ilmu Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Program Pascasarjana Universitas Airlangga.
7. Seluruh rekanku seangkatan (Program Studi AKK) 2003/2004, yang tidak bisa disebut satu persatu, atas segala kerjasama, bantuan dan dorongannya serta simpatinya sehingga tesis ini selesai.
8. Kepada Kedua Orang Tua “H. Hasyim A. dan Srimulyorini (almarhumah)” serta saudara kami tercinta : Rahayu Sriwati,dra; Rahayu Kustiari,dra dan Keluarga.; Sugeng Hendri P. dan Keluarga; Sugeng Ibnu P.,drs dan Keluarga yang selalu memberi dukungan dan do’a restu sehingga tesis ini dapat diselesaikan.

9. Kepada mertua kami tercinta Heru Santoso,Drs(almarhum) dan Hj. Fatimatussa'dijah HS atas pengorbanan dan yang selalu memberikan dukungan dan do'a restu sehingga tesis ini bisa diselesaikan.
10. Kepada Kakakku Edi Purnomo Santoso,Drs,MBA dan keluarga serta adikku Insananto Rusarandi, Drs dan keluarga atas segala pengorbanan dan dukungan serta do'a restu sehingga tesis ini dapat diselesaikan.
11. Kepada istriku, Sis. Hartini Santoso,dr dan anak-anakku tercinta Vita Romalia Winarto dan Vicky adytya Permana Winarto yang penuh kesabaran, pengorbanan dan selalu memberikan dukungan serta doa restu sehingga tesis ini dapat diselesaikan.

Akhirnya kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu, yang telah memberikan bantuan dalam menyelesaikan pendidikan dan tesis ini. Semoga Allah SWT senantiasa memberikan petunjuk sehingga tesis ini dapat memberikan sumbangan yang berarti bagi kemajuan ilmu pengetahuan, khususnya dibidang Manajemen Administrasi Rumah Sakit.

Surabaya, 15 Maret 2006

Penulis

Sugeng Winarto



RINGKASAN

UPAYA PENINGKATAN PEMANFAATAN PELAYANAN RAWAT INAP BAGI PESERTA PT. ASKES PADA RUMAH SAKIT DAERAH Dr. R. SOEDARSONO KOTA PASURUAN

Rumah Sakit Daerah Dr. R. Soedarsono Pasuruan merupakan rumah sakit umum milik Pemerintah Daerah Kota Pasuruan yang saat ini terus membenahi diri dalam meningkatkan mutu pelayanannya. Pelayanan rawat inap di RSDSP selain diperuntukkan bagi pasien umum, sebagaimana rumah sakit pada umumnya juga melayani pasien yang menjadi peserta asuransi PT. ASKES. Pada tahun 2003 PT ASKES Kantor Cabang (KC) Pasuruan mempunyai peserta sebanyak 18.788 jiwa yang berdomisili di Kota Pasuruan, 44.781 jiwa di Kabupaten Pasuruan, 21.881 jiwa di Kota Probolinggo dan 32.301 jiwa di Kabupaten Probolinggo. Dari hasil survei awal diketahui bahwa pemanfaatan pelayanan RSDSP oleh peserta PT. ASKES terutama pada pelayanan rawat inap di Kota Pasuruan belum optimal. Masih terdapat 678 (48,46 %) dari 1399 peserta PT. ASKES KC Pasuruan yang belum memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan terutama pelayanan rawat inap yang disediakan oleh RSDSP.

Tujuan umum penelitian adalah menyusun upaya peningkatan pemanfaatan RSDSP oleh peserta PT.ASKES yang berdomisili di kota Pasuruan. Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian ini adalah peserta PT. ASKES KC Pasuruan yang berdomisili di Kota Pasuruan. Pengambilan sampel pada penelitian ini secara *cluster sampling* (peserta PT. ASKES yang ada di instalasi Rawat Inap selama penelitian dalam bulan juni 2005). Sampel penelitian yaitu peserta PT. ASKES yang memanfaatkan RSDSP sebanyak 33 responden, peserta PT.ASKES yang tidak memanfaatkan RSDSP sebanyak 85 responden dan jajarannya sebanyak 14 responden.

Karakteristik peserta PT. ASKES pengguna maupun non pengguna RSDSP meliputi faktor sosiodemografi, diketahui bahwa: peserta pengguna umumnya laki-laki (60,6%), sedangkan peserta ASKES non pengguna berimbang antara laki-laki dan perempuan. Distribusi umur berkisar antara 41-56 tahun. Berdasarkan pendidikan terakhir diketahui bahwa peserta ASKES pengguna RSDSP adalah tamatan SLTA (45,5 %) dan Perguruan Tinggi (42,4%) sedangkan non pengguna umumnya tamatan SLTA (55,3 %). Status kepegawaian peserta pengguna RSDSP sebagian besar adalah Pegawai Negeri Sipil (78,8%) dan non pengguna RSDSP adalah pensiunan (61,2 %). Penghasilan responden pengguna dan non pengguna tiap bulan berkisar antara 1 juta sampai 2 juta rupiah.

Faktor Sosiopsikologi berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa umumnya responden telah memiliki pemahaman adanya gejala sakit dan pencarian pelayanan kesehatan. Responden pengguna (60,6%) dan responden non pengguna RSDSP (88,2%) umumnya akan mencari pelayanan kesehatan apabila mulai terasa gejala sakit. Karakteristik peserta ASKES pengguna dan non pengguna menyangkut faktor epidemiologi yaitu : frekwensi sakit kelompok umur anak-anak dan kelompok tua lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok umur lainnya. Keluarga responden termasuk

keluarga kecil (1-2 dan 3-4 orang) dan umumnya memiliki luas rumah lebih dari 70m², sehingga merupakan faktor yang sangat menunjang upaya pencegahan dan pengembangan kesehatan. Pola pencarian pelayanan kesehatan diketahui bahwa responden tidak selalu menggunakan pelayanan kesehatan di RSDSP jika sakit (39,4%) dan kadang-kadang ke rumah sakit lain untuk berobat (36,4%). Alasan menggunakan pelayanan kesehatan di rumah sakit lain yaitu mudah dijangkau (54,5%), fasilitas medis di rumah sakit lain lebih lengkap (21,2%) dan responden merasa cocok dengan dokter di rumah sakit tersebut (15,1%).

Kendala peserta PT. ASKES yang memanfaatkan RSDSP saat mendapat pelayanan adalah pelayanan yang dinilai kurang baik yaitu: pelayanan gizi (36,4%), administrasi dan keuangan (24,2%), pelayanan obat (15,2%) sedangkan pelayanan dokter dan perawat dinilai baik (87,9%). Kelengkapan fasilitas penunjang medis, dinilai kurang memadai yaitu: fasilitas gizi (45,5%), radiologi (42,2%), laboratorium (39,4%) dan apotik (30,3%). Selanjutnya kelengkapan fasilitas non medis juga kurang memadai yaitu fasilitas kamar mandi dan WC (50%) dan ruang tunggu untuk rawat inap (14,3%). Kendala lainnya yaitu peserta ASKES (63,6%) tidak pernah mendapatkan penyuluhan hak dan kewajiban peserta ASKES.

Alasan peserta PT. ASKES tidak memanfaatkan pelayanan di RSDSP antara lain responden tidak pernah mendapatkan penyuluhan hak dan kewajibannya sebagai peserta ASKES (95,3%). Bagi yang pernah mendapat penyuluhan menyatakan, tidak dan kurang memahami hak dan kewajibannya sebesar 50%. Alasan memilih rumah sakit tertentu untuk berobat yaitu karena kemauan sendiri (97,6%), dirujuk dari Puskesmas (2,4%) dan fasilitas medis rumah sakit lain dinilai lebih lengkap (90,7%).

Harapan peserta PT. ASKES tentang pelayanan di RSDSP untuk pelayanan yang dilakukan oleh dokter dan perawat diharapkan dokter dalam memberikan pelayanan tepat waktu, mementingkan kepentingan pasien, ramah dan cekatan. Untuk pelayanan gizi responden berharap agar pelayanan lebih ditingkatkan, kebersihan lebih diperhatikan dan ahli gizi selalu berkonsentrasi dengan dokter. Untuk pelayanan administrasi dan keuangan responden berharap lebih ditingkatkan.

Kelengkapan sarana dan prasarana dalam menunjang pelayanan, menurut responden pimpinan RSDSP yaitu: kelengkapan fasilitas medis (Radiologi, Laboratorium, Gizi, Apotik) dalam menunjang pelayanan di RSDSP kurang lengkap dan fasilitas non medis (ruang tunggu) kurang memadai. Fasilitas medis yang disarankan untuk diprioritaskan yaitu: CT Scan, ECG, Electrolite analyzer, ICU, Mammo graph dan poliklinik jantung. Mutu pelayanan menurut responden pimpinan menyangkut pelayanan dokter (35,7%), perawat (21,4%), gizi (57,1%), apotik dan administrasi keuangan (42,9%), dinilai kurang bermutu. Sosialisasi pelayanan prima dinilai kurang (28,6%) dan pimpinan tidak pernah ikut serta dalam pelatihan pelayanan prima (28,6 %). Pelaksanaan pelayanan prima sudah dilaksanakan secara baik, oleh petugas (medis dan non medis) saat mulai mendaftar (71,4%), oleh perawat saat merawat pasien (92,9%), pelayanan dokter saat pasien di rawat inap (64,3%), namun pelayanan oleh petugas administrasi dan keuangan, saat pasien akan keluar RSDSP dinilai masih kurang baik. Persentase rujukan pasien ke rumah sakit lain dalam waktu satu tahun terakhir masih tinggi karena fasilitas dan dokter spesialis tidak tersedia untuk penyakit tertentu.

Upaya RSDSP untuk menarik pasien PT.ASKES, yang bentuknya berupa promosi yaitu melalui kegiatan penyuluhan (35,7%), penyuluhan dan brosur (28,6%) dan dialog interaktif di radio (21,4%), yang dilakukan dengan melibatkan pihak terkait PT. ASKES dan PEMDA Kota Pasuruan.

Kesesuaian jumlah sumber daya manusia di RSDSP dengan standar tenaga kesehatan Rumah Sakit diketahui bahwa (85,7%) menyatakan jumlah dokter telah sesuai dengan standar. Jumlah perawat (71,4%) dan petugas non medis (64,3 %) menyatakan kurang sesuai dengan standar. Kualifikasi pendidikan sumber daya manusia yang dimiliki RSDSP dinilai kurang sesuai untuk petugas non medis (35,7%), dokter dan petugas medis (28,6%). Peningkatan kualifikasi pendidikan untuk dokter, perawat dan petugas non medis umumnya masih kurang.

Upaya peningkatan pemanfaatan rawat inap antara lain: (1) Kunjungan Ruang oleh dokter spesialis dilakukan setelah kegiatan poliklinik. Apabila dokter spesialis yang ada 2 orang, diatur yang satu orang melayani rawat jalan dan yang lainnya melayani ruangan. (2) Penyegaran kepada dokter untuk selalu menggunakan obat DPHO dalam pertemuan antara Rumah Sakit dan PT. ASKES setiap 3 bulan sekali. (3) Membuat ringkasan obat-obatan yang sering ditulis oleh dokter. (4) Meningkatkan kemampuan dan ketrampilan petugas dalam memberikan pelayanan melalui seminar, pelatihan, bimbingan teknik. (5) Melaksanakan kebijakan yang sudah ditentukan yaitu menganggarkan alokasi dana untuk pelatihan sebesar 5% dari pendapatan Rumah Sakit. (6) Menyediakan variasi menu sebanyak sepuluh macam untuk sepuluh hari pelayanan. (7) Memberikan penjelasan kepada pasien tentang menu yang dianjurkan oleh dokter. (8) Membuka Poliklinik lansia. (9) Memprioritaskan penambahan sarana dan prasarana sesuai dengan kemampuan anggaran rumah sakit. (10) Optimalisasi peranan Komite Keperawatan. Bagi PT. ASKES yaitu : (1) Meningkatkan penyuluhan kepada peserta PT. ASKES tentang hak dan kewajiban bagi peserta ASKES, kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien. (2) Menambah jenis obat yang ada dalam DPHO dan obat paten yang sering diresepkan dokter.

Saran yang diberikan dalam penelitian ini yaitu: (1) Meletakkan brosur, leaflet pada tempat yang mudah dijangkau oleh peserta PT. ASKES yang berisi tentang jenis pelayanan yang ada di RSDSP. (2) Perlu adanya penelitian lanjutan mengenai pengetahuan dan keinginan pasien terhadap pelayanan yang telah diberikan selama menjadi peserta PT.ASKES.

SUMMARY

Inpatient Utilization Improvement Effort for Health Insurance (ASKES) Members at Pasuruan dr. R. Soedarsono General Hospital

Dr.R.Soedarsono General Hospital (DRS-GH) is a regional hospital owned by Pasuruan local government which continually undergoes self-improvement to enhance its service quality. The inpatient ward of DRS-GH serves general patients and also patients who hold Health Insurance (ASKES). In the year 2003, Pasuruan branch office of PT. ASKES covered 18,788 members domiciled in Pasuruan city, 44,781 holders in Pasuruan Regency, 21,881 members in Probolinggo city and 32,301 members in Probolinggo Regency. From preliminary survey, it was revealed that the utilization of DRS-GH was not optimal, in particular the inpatient department. There was 678 ASKES members (48.46%) of Pasuruan branch office who had not used the inpatient facility of DRS-GH.

The general purpose of this research was to formulate efforts for improving the utilization of inpatient department of DRS-GH by ASKES holder in Pasuruan city. This was an observational study using cross sectional method with population of all ASKES holder from Pasuruan branch office domiciled in Pasuruan city. The sample was taken randomly, consisted of DRS-GH user (33 respondents), DRS-GH non-user (85 respondents) and hospital management (14 respondents).

The results are: Characteristics of ASKES holder, DRS-GH user and non-user from socio demographic factor were as follows. User was mostly male (60.60%), nonuser was equal both male and female, age distribution 41-56 years old (35.4% - 39.4%), user was high school graduates (45.5%) and university graduates (42.4%) while non-user were mostly high school graduates (55.3%), user was mostly civil servants (78.8%) and nonuser was retired employees (61.2%), with average income of 1 million - 2 million rupiahs per month (39.4% - 71.8%).

From sociopsychology factor, in general respondents had good perception of sickness symptoms and was able to seek medication. User (60,6%) and non-user (88,20%) generally looked for health provider whenever they felt the symptoms and if they were ill, their behaviour in sickness was to have medical therapy.

From epidemiology factors: the sickness frequency of children aged group and old aged group, both were higher than other age groups. They were small family (1-2 and 3-4 family members) and the width their home was more than 70m², so prevention and health promotion was expected to be better. The width of their home and small number of family member were supporting factors to health preventive efforts. Concerning the pattern for seeking indication, it was found out that respondents did not always use health services provided by DRS-GH if they were ill (39.45), some of them went to other hospitals (36.4%). The reason for using other hospital was easy access (54.5%), more advanced medical facilities (21.2%) and respondents felt comfortable with the doctors in other hospitals (15.15).

The inhibiting factors of user and non-user when they experienced DRS-GH was DRS-GH service was not satisfying, in nutrition service (36.2%), payment and

administration (24.2%), pharmacy service (15.2%), but doctor's and nurse's service were considered good (87.9%). The completeness of medical facilities was regarded not sufficient i.e. nutrition facilities (45.5%), radiology (42.3%), laboratory (39.4%) and pharmacy (30.3%). Also non medical facilities were considered not sufficient, especially bathrooms and toilets (50%) and inpatient waiting room (143%). Other complaint was ASKES holder felt that they did not obtain their rights for information of the right and duty of ASKES members.

The reason for DRS-GH non-user was mostly because they did not acquire their rights to have of ASKES' right and duty (95.3%). For holders who received information, (50%) they did not understand or did not completely comprehend their rights and duties. The reason to choose other hospital was their own choice (97.6%), referred by Public Health Center (2.4%) and other hospital facilities were considered better (90.7%).

The expectation of DRS-GH service from ASKES members for doctor's and nurse's service, they expected improvement in professional service quantity and quality (punctual, kind and skillful). The expectation for nutrition service was improvement in cleanliness and nutrition consultation between patient with doctor/nutritionist. Both payment and administration service needed to be improved,

Respondents from hospital management stated that medical facilities completeness was not sufficient (radiology, laboratory, nutrition and pharmacy) to support DRS-GH service and also non-medical facility (waiting room) was not sufficient. For medical facilities, they suggested to prioritize CT Scan, ECG, Electrolite analyzer, ICU, Mammograph and Heart Polyclinic. Regarding service quality, respondents from hospital management admitted that doctor service (35.7%), nurse service (21.4%, nutrition (57.1%), pharmacy, payment and administration (42.90/0) were all minor quality. Socialization of excellent service was not enough (28.6%), management was never involved in service-excellent training (28.6%). The implementation of excellent service by hospital staff (medical and non-medial), nurse, doctor, administrative and payment staff was well executed i.e. by staff (medical and non-medical), beginning with front-office, at the admission (71.4%), whenever nurse attended patient (932.9%), doctor's service. at the inpatient unit (64.3%), but the payment and administrative work at the time of releasing patient, was not good. The percentage of patient's referral to other hospital in last year was still high due to lack of specialists for certain diseases.

DRS-GH efforts to attract ASKES members to use DRS-GH facilities were promotion through promotion activities (35.7%), leaflet and brochure (28.6%) interactive radio-talk (21.4%) once a year involving related institutions (PT.ASKES and Pasuruan local government). Yet, DRS-GH was evaluated for their ignorance in collecting data of ASKES members living around the hospital (64.3%).

The comptability of human resources at DRS-GH with health standard, respondents (85.7%) stated the number of doctor complied to health standard. The number of nurses (71.4%) and non-medical staff (64.3%) was not sufficient according to health standard. The qualification of human resource education was considered not compatible for medical personnel (35.7%) and not compatible for doctor and medical staff(28.6%), Not enough education qualification for doctors, nurse., and non-medical staff

Inpatient utilization improvement for ASKES members depended on DRS-GH efforts and activities .

From the result of this study, it can be concluded that: 1) respondent characteristic of ASKES members, both user and non-user were equal between male and female, aged 41-60 years old, high school educated, civil servants, average income of 1-2 million rupiah per month, and 3-4 family members. Respondent's perception of being sick was the initial sign of sickness, always seek medical therapy, highest morbidity at > 60 years of age, home width > 70 m². Most of DSRH user respondents will go to other hospital due to easier access; 2) the obstacle of ASKES members to obtain Inpatient service, among others were nutrition, administration and billing services which were considered not good by user respondents. Their expectation was the improvement of administrative service, nurses had more attention, more patient, precise and quicker service to the patient, to improve nutrition service so that there were more varied meals, appetizing to help patient's quick recuperation, to provide medicines available for ASKES members at any given time, and necessary improvements of administration and billing performance and clear information for each class and how big was ASKES responsibility; 3) the cause of non-user ASKES members for utilizing and not utilizing DSRH facilities was mostly due to lack of information of ASKES members right and duty. For respondents who did receive information of their right and duty as ASKES members, they did not understand the presented substance. The respondents chose other hospital because of more complete medical facilities compared to DSRH; 4) incomplete facilities at DSRH were radiology department, laboratory, nutrition and pharmacy, while the incomplete non-medical facilities were bathrooms and toilets; 5) the DSRH efforts for improvement of excellent-service quality, according to respondents, there were still lacked of socialization and training for excellent-service. Respondents assessed that minimal excellent service were portrayed by medical, non-medical officers, administrative and billing personnel; while the top manager assessed that referral to other hospitals were high; 6) DSRH human resources were not adequate and education classification of non-medical personnel was also not appropriate, and only minimal action to increase the quality of DSRH doctors, nurses and non-medical personnel; 7) the efforts for DSRH inpatient utilization improvement were: referral feed back, promotion and information of ASKES user manual, computerized billing system, building hospital's pharmacy managed by DSRH, planning 24-hours doctor-in-waiting at the inpatient ward, socializing the SSB motto (Say hello, Smile and Be patient), providing more training and education for nurses, and overall socialization supported by commitment building at all DSRH layers for excellent-service; 8) the suggestions will be to produce brochures, leaflets, posters, posted at accessible places for ASKES members. So that they are aware of the type of services rendered at DSRH; 9) it needs further study to learn patient's expectation and knowledge of services provided during their ASKES membership.

ABSTRACT

Inpatient Utilization Improvement Effort for Health Insurance (ASKES) Members at Pasuruan dr. R. Soedarsono General Hospital

Preliminary survey revealed that the utilization of Pasuruan Dr.R.Soedarsono General Hospital (DRS-GH) was not optimal, in particular the inpatient department. There was 679 ASKES holders (48.46%) of Pasuruan branch office who had not used the inpatient facility of DRS-GH.

The general purpose of its research was to formulate efforts for improving the *utilization* of inpatient departement of DRS-GH by ASKES members Pasuruan city This was an observational study using cross sectional method with population of all ASKES holder from Pasuruan branch office domiciled in Pasuruan city. The sample was taken randomly, consisted of DRS-GH user (33 respondents), DRS-GH non-user (85 respondents) and hospital management (14 respondents).

The result : (1) Sociopsychology factors characteristics of ASKES members, DRS-GH user and non-user respondents had good perception of sickness symptoms and was able to seek medication. Epidemiolog factors: the sickness frequency of children aged group and old aged group, both were higher than other age groups. (2) The inhibiting factors for user and non-user when they experienced DRS-GH was the hospitals service was not satisfying, the completeness of medical and non-medical facilities was regarded not sufficient and ASKES members felt that they did not obtain their rights for information of the right and duty of ASKES members. (3) The reason for DRS-GH non-user was mostly because they did not acquire their rights to have information of ASKES' right and duty, the reason to choose other hospital was their own choice, referred by Public Health Center and other hospital facilities were considered better. (4) The expectation of DRS-GH service from ASKES members for doctor's and nurse's service, they expected improvement in professional service quantity and quality. (5) Respondents from hospital management stated that medical facilities completeness was not sufficient (radiology, laboratory, nutrition and pharmacy) and also non-medical facility (waiting room) was not sufficient. (6) DRS-GH promotion to attract ASKES members through promotion activities, leaflet/brochure and interactive radio-talk involving PT.ASKES and Pasuruan local government. Yet, DRS-GH was evaluated for their ignorance in collecting data of ASKES members living around the hospital.(7) The compatibility of human resources at DRS-GH of nurses and non-medical staff was not sufficient according to health standard. (8) Inpatient utilization improvement for ASKES members depended on DRS-GH efforts and activities.

From the result of this study, it can be concluded that, the obstacle of ASKES members to obtain Inpatient service, among others were nutrition, administration and billing services which were considered not good by user respondents, the cause of non-user ASKES members for utilizing and not utilizing DRS-GH facilities was mostly due to lack of information of ASKES member's right and duty. The DRS-GH efforts for improvement of excellent-service quality. DRS-GH human resources were not adequate and education classification of non-medical personnel and only minimal action to increase the quality of DRS-GH doctors, nurses and non-medical personnel. The suggestions will be to produce brochures, leaflets, posters, posted at accessible places for ASKES members.

Key words: utilization improvement, inpatient, member of ASKES.

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Sampul Depan	ii
Pesyaratan Gelar	iii
Lembar Pengesahan	iv
Panitia Penguji	v
Ucapan Terima Kasih	vi
Ringkasan	viii
<i>Summary</i>	xi
<i>Abstract</i>	xiv
Daftar Isi	xv
Daftar Gambar	xviii
Daftar Tabel	xix
Daftar Lampiran	xxii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Kajian Masalah	5
1.3 Rumusan Masalah	11
1.4 Tujuan Penelitian	12
1.5 Manfaat Penelitian	13
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	14
2.1 Rumah Sakit	14
2.1.1 Pengertian Rumah Sakit	14
2.1.2 Utilisasi Pelayanan Rumah Sakit	15
2.1.3 Sarana dan Prasarana Rumah Sakit	20
2.1.4 Sumber Daya Manusia Dalam Pelayanan Kesehatan	21
2.1.5 <i>Servive Excellence</i>	22
2.1.6 Model Kualitas Jasa	24
2.2 Asuransi Kesehatan	25
2.2.1 Definisi Asuransi Kesehatan	25
2.2.2 Prinsip Asuransi Kesehatan	26
2.2.3 Mekanisme Asuransi Kesehatan	28
2.3 Faktor-Faktor Konsumen Dalam Pelayanan Kesehatan	29
2.3.1 Faktor Sosiodemografi, Sosiopsikologis dan Epidemiologi	29
2.3.2 Faktor Perilaku Konsumen	31
2.4 <i>Focus Group Discussion</i> (FGD)	33
2.4.1 Pengertian FGD	33
2.4.2 Teknik Pengelolaan FGD	34
2.4.3 Keuntungan dan Kerugian FGD	35
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL	36
3.1 Kerangka Konseptual Penelitian	36
3.2 Penjelasan Kerangka Konseptual	37
BAB 4 METODE PENELITIAN	40
4.1 Jenis Penelitian	40

4.2	Populasi Penelitian	40
4.3	Sampel, besar sampel dan cara penentuan serta pengambilan sampel	40
4.3.1	Sampel Penelitian	40
4.3.2	Besar Sampel	40
4.3.3	Cara Penentuan dan Pengambilan Sampel	41
4.4	Lokasi Penelitian	42
4.5	Waktu Penelitian	42
4.6	Kerangka Operasional Penelitian	43
4.7	Penjelasan Kerangka Operasional	44
4.8	Definisi Operasional Variabel	45
4.9	Instrumen dan Pengumpulan Data	59
4.10	Teknik Analisis	60
BAB 5	HASIL PENELITIAN	61
5.1	Gambaran Umum Rumah Sakit Dr. R. Soedarsono	61
5.1.1	Kondisi dan Potensi Unit Kerja	61
5.1.2	Tugas Pokok dan Fungsi	63
5.1.3	Kondisi Penunjang	64
5.2	Karakteristik peserta PT. ASKES yang Memanfaatkan dan Tidak Memanfaatkan RSDSP	67
5.2.1	Faktor Sosiodemografi	67
5.2.2	Faktor Sosiopsikologis	70
5.2.3	Faktor Epidemiologi	72
5.3	Kendala Peserta PT ASKES Saat Menggunakan RSDSP	77
5.4	Harapan Peserta PT.ASKES tentang Pelayanan di RSDSP	78
5.5	Alasan Peserta PT.ASKES yang Tidak Memanfaatkan RSDSP	84
5.5.1	Keterjangkauan RSD Dr. R. Soedarsono	84
5.5.2	Penyuluhan Hak dan Kewajiban Peserta ASKES	85
5.5.3	Ketentuan dari Instansi Responden	86
5.6	Kelengkapan Sarana dan Prasarana Dalam Menunjang Pelayanan	91
5.6.1	Kelengkapan Fasilitas Medis	91
5.6.2	Kelengkapan Fasilitas Non Medis	92
5.6.3	Mutu Pelayanan	93
5.6.4	Pelayanan Prima	93
5.7	Upaya RSD Dr. Soedarsono Menarik Pasien PT.ASKES	96
5.8	Sumber Daya Manusia	98
5.9	Isu Strategis dan Hasil <i>Focus Group Discussion</i> (FGD) di RSD Dr.R. Soedarsono Pasuruan	101
5.10	Rekomendasi Upaya Peningkatan Pemanfaatan Pelayanan Rawat Inap bagi Peserta PT.ASKES pada di RSD Dr. R. Soedarsono Pasuruan	104
BAB 6	PEMBAHASAN	106
6.1	Karakteristik Responden	106
6.2	Kendala Peserta PT. ASKES Saat Menggunakan RSDSP	109
6.3	Alasan peserta PT. ASKES yang Tidak Memanfaatkan RSDSP	111

6.4	Kelengkapan Sarana dan Prasarana dalam menunjang Pelayanan di RSDSP	112
6.5	Upaya RSDSP Menarik Pasien PT. ASKES	112
6.6	Sumber Daya Manusia	114
6.7	Upaya Peningkatan Pemanfaatan Rawat Inap bagi Peserta PT. ASKES	115
6.8	Keterbatasan Penelitian.....	116
BAB 7	KESIMPULAN DAN SARAN	117
7.1	Kesimpulan	117
7.2	Saran	120
	Daftar Pustaka	121
	Lampiran 1	124
	Lampiran 2	130
	Lampiran 3	134
	Lampiran 4	141



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 Persentase dana ASKES yang tidak dapat diserap oleh RSDSP	4
Gambar 1.2 Kajian masalah penelitian	6
Gambar 2.1 Faktor yang mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan	16
Gambar 3.1 Kerangka konseptual penelitian	36
Gambar 4.1 Kerangka operasional penelitian	43



DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 1.1	Jenis Tenaga di RSDSP tahun 2005	1
Tabel 1.2	Pemanfaatan RSDSP oleh peserta PT.ASKES Pasuruan tahun 2003	2
Tabel 1.3	Perbandingan tarif ASKES dengan tarif Perda No.1 tahun 2000.	3
Tabel 1.4	Jumlah peserta ASKES yang tidak menggunakan fasilitas pelayanan di RSDSP tahun 2003	4
Tabel 5.1	Distribusi Jenis Kelamin Responden Peserta PT.ASKES yang Memanfaatkan dan Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005 ...	67
Tabel 5.2	Distribusi Umur Responden Peserta PT.ASKES yang Memanfaatkan dan Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005 ...	68
Tabel 5.3	Distribusi Pendidikan Terakhir Responden Peserta PT.ASKES Yang Memanfaatkan Dan Yang Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005	68
Tabel 5.4	Distribusi Status Kepegawaian Responden Peserta PT.ASKES Yang Memanfaatkan Dan Yang Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005	69
Tabel 5.5	Distribusi Pendapatan Tiap Bulan Responden Peserta PT.ASKES Yang Memanfaatkan Dan Yang Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005	70
Tabel 5.6	Distribusi Persepsi Sakit Kaitannya dengan Pemanfaatan Pelayanan Medis Oleh Responden Peserta PT.ASKES yang Memanfaatkan dan yang tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005	70
Tabel 5.7	Distribusi Kepercayaan dan Keyakinan Sosial Terhadap Pelayanan Medis Oleh Responden Peserta PT.ASKES yang Memanfaatkan dan yang tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005	71
Tabel 5.8	Distribusi Morbiditas Keluarga Responden Peserta PT.ASKES yang Memanfaatkan dan Tidak Memanfaatkan RSDSP Berusia Kurang Dari 5 Tahun sampai lebih dari 60 tahun	72
Tabel 5.9	Distribusi Jumlah Anggota Keluarga Responden Peserta PT.ASKES yang Memanfaatkan dan tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005	74
Tabel 5.10	Distribusi Luas Rumah Responden Peserta PT.ASKES yang Memanfaatkan Dan Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005 ..	75
Tabel 5.11	Distribusi Kelompok Umur dan Penyakit yang Pernah Di Derita Terakhir Kali Oleh Responden Peserta PT.ASKES yang Memanfaatkan dan Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005 ...	75
Tabel 5.12	Distribusi Pencarian Pelayanan Kesehatan Jika Sakit Oleh Responden Peserta PT.ASKES yang Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005	76

Tabel 5.13	Distribusi Alasan Menggunakan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Lain Oleh Responden Peserta PT.ASKES yang Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005	77
Tabel 5.14	Distribusi Penilaian Pelayanan Kesehatan di RSDSP Oleh Responden Peserta PT.ASKES yang Memanfaatkan RSDSP	78
Tabel 5.15	Distribusi Harapan Terhadap Pelayanan Administrasi Pada Saat Mendaftar, Dirawat dan Akan Pulang Oleh Responden Peserta PT. ASKES Pengguna RSDSP Tahun 2005	79
Tabel 5.16	Distribusi Harapan Terhadap Pelayanan Perawat Oleh Responden Peserta PT. ASKES Pengguna RSDSP	79
Tabel 5.17	Distribusi Harapan Terhadap Pelayanan Gizi Oleh Responden Peserta PT. ASKES Pengguna RSDSP Tahun 2005	80
Tabel 5.18	Distribusi Harapan Terhadap Pelayanan Obat Responden Peserta PT. ASKES yang Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005	81
Tabel 5.19	Distribusi Harapan Terhadap Pelayanan Administrasi dan Keuangan Responden Peserta PT. ASKES yang Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005	81
Tabel 5.20	Distribusi Penilaian Fasilitas Oleh Responden Peserta PT.ASKES yang Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005	82
Tabel 5.21	Distribusi Frekuensi Mendapatkan Penyuluhan Hak dan Kewajiban Peserta ASKES Oleh Responden Peserta PT.ASKES Pengguna RSDSP Tahun 2005	83
Tabel 5.22	Distribusi Pendapat Mengenai Penyuluhan Hak dan Kewajiban Peserta ASKES Oleh Responden Peserta PT.ASKES Pengguna RSDSP Tahun 2005	84
Tabel 5.23	Distribusi Keterjangkaun dari Tempat Tinggal Oleh Responden yang Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005	85
Tabel 5.24	Distribusi Frekuensi Mendapatkan Penyuluhan Hak dan Kewajiban Peserta ASKES Oleh Responden yang Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005	85
Tabel 5.25	Distribusi Pendapat Mengenai Penyuluhan Hak dan Kewajiban Peserta ASKES Oleh Responden yang Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005	86
Tabel 5.26	Distribusi Ketentuan Instansi Responden yang Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005	87
Tabel 5.27	Distribusi Alasan Tidak Menggunakan RSDSP Oleh Responden yang Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005	87
Tabel 5.28	Distribusi Alasan Memilih Rumah Sakit Lain Oleh Responden yang Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005	88
Tabel 5.29	Distribusi Alasan Lain Tidak Berobat Di RSDSP Oleh Responden Peserta PT. ASKES yang Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005	88
Tabel 5.30	Distribusi Harapan Terhadap Pelayanan Dokter di RSDSP Oleh Responden Peserta PT. ASKES yang Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005	89

Tabel 5.31	Distribusi Harapan Terhadap Pelayanan Perawat di RSDSP Oleh Responden Peserta PT. ASKES yang Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005	89
Tabel 5.32	Distribusi Harapan Terhadap Pelayanan Gizi di RSDSP Oleh Responden Peserta PT. ASKES yang Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005	90
Tabel 5.33	Distribusi Harapan Terhadap Pelayanan Administrasi dan Keuangan di RSDSP Oleh Responden Peserta PT. ASKES yang Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005	90
Tabel 5.34	Penilaian Pimpinan Terhadap Kelengkapan Fasilitas Penunjang di RSDSP, Tahun 2005	91
Tabel 5.35	Penilaian Pimpinan Terhadap Kelengkapan Fasilitas Non Medis di RSDSP, Tahun 2005	92
Tabel 5.36	Fasilitas Medis untuk Pemeriksaan dan Pengobatan menurut Pimpinan yang Sebaiknya dimiliki di RSDSP	92
Tabel 5.37	Penilaian Pimpinan Terhadap Mutu Pelayanan di RSDSP Tahun 2005	93
Tabel 5.38	Penilaian Pimpinan Terhadap Pelayanan Prima di RSDSP, Tahun 2005	94
Tabel 5.39	Penilaian Pimpinan Terhadap Pelaksanaan Pelayanan Prima di RSDSP, Tahun 2005	94
Tabel 5.40	Penilaian Responden (Pimpinan) Terhadap Rujukan ke Rumah Sakit Lain	95
Tabel 5.41	Bentuk Kegiatan Promosi RSDSP, Tahun 2005	96
Tabel 5.42	Frekuensi Kegiatan Promosi RSDSP Tahun 2005	96
Tabel 5.43	Keterlibatan Pihak Terkait Pada Kegiatan Promosi RSDSP Tahun 2005	97
Tabel 5.44	Pendataan Pasien ASKES di Sekitar RSDSP, Tahun 2005	97
Tabel 5.45	Penilaian Pimpinan Rumah Sakit Terhadap Kesesuaian Jumlah Sumber Daya Manusia RSDSP dengan Standar Kesehatan, Tahun 2005	98
Tabel 5.46	Penilaian Pimpinan Rumah Sakit Terhadap Kualifikasi Pendidikan Sumber Daya Manusia RSDSP, Tahun 2005	99
Tabel 5.47	Penilaian Pimpinan Rumah sakit Terhadap Pelaksanaan Kegiatan Seminar Ilmiah untuk Peningkatan Sumber Daya Manusia RSDSP, Tahun 2005	100
Tabel 5.48	Penilaian Pimpinan Rumah sakit Terhadap Manfaat Kegiatan Peningkatan Sumber Daya Manusia RSDSP, Tahun 2005	100
Tabel 5.49	Isu Strategis dan Hasil <i>Focus Group Discussion</i> (FGD) di RSDSP Tahun 2006	102

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Angket untuk Peserta ASKES Pengguna RSDSP.....	124
Lampiran 2 Angket untuk Peserta ASKES Non Pengguna RSDSP	130
Lampiran 3 Angket untuk Jajaran Pimpinan RSDSP	134
Lampiran 4 Uji Reliabilitas Kuesioner	141



BAB 1

PENDAHULUAN

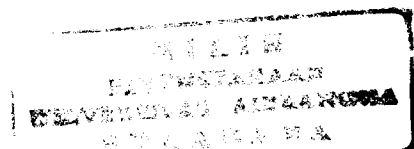
1.1 Latar Belakang Masalah

Salah satu fungsi utama sebuah rumah sakit adalah disediakannya pelayanan rawat inap dengan fasilitas diagnostik dan terapeutiknya. Pelayanan rawat inap ini di samping berupa pelayanan spesialisasi juga termasuk pelayanan keperawatan, gizi, farmasi, laboratorium, radiologi dan beberapa pelayanan penunjang lainnya. Adapun spesialisasi yang dapat dilayani di Rumah Sakit Daerah Dr. R. Soedarsono Pasuruan (RSDSP) antara lain adalah Penyakit dalam, Bedah, Umum, Ortopedi, Anestesi, obsgyn, Anak, Paru, Gigi, Mata, THT, Kulit, Syaraf, Patologi klinik dan Radiologi. Pelayanan tersebut didukung oleh 18 orang dokter spesialis, 12 orang dokter umum, 3 orang dokter gigi dan dibantu oleh 9 orang bidan dan 112 perawat. Lebih rinci terlihat pada tabel berikut:

Tabel 1.1 Jenis Tenaga di RSDSP Tahun 2005

No	Jenis Tenaga	Jumlah
1.	Pejabat Struktural	9
2.	Dokter spesiaais	18
3.	Dokter umum	12
4.	Dokter gigi	3
5.	Bidan	12
6.	Perawat	112
7.	Administrasi	65
8.	Pembantu perawat	43
9.	Paramedis non perawat	18
10.	Teknik	6
11.	Keamanan	9
12.	<i>Cleaning Service</i> , Cuci, dapur	60
Jumlah		367

Sumber : Laporan RSDSP, 2005



Dengan sumber daya yang ada, pelayanan rawat inap di RSDSP selain diperuntukkan bagi pasien umum, rumah sakit juga melayani pasien yang menjadi peserta asuransi PT. ASKES.

Pada tahun 2003 PT ASKES Kantor Cabang (KC) Pasuruan mempunyai peserta sebanyak 18.788 jiwa yang berdomisili di Kota Pasuruan, 44.781 jiwa di Kabupaten Pasuruan, 21.881 jiwa di Kota Probolinggo dan 32.301 jiwa di Kabupaten Probolinggo. Dari 18.778 peserta yang berdomisili di kota Pasuruan yang telah menggunakan pelayanan rawat inap di RSDSP terlihat pada tabel berikut ini:

Tabel 1.2 Pemanfaatan Rawat Inap RSDSP oleh Peserta PT. ASKES Pasuruan Tahun 2003

Jenis Pelayanan	Kota Pasuruan	
	Jumlah pasien	%
Rawat inap	721	51,54
Tidak memanfaatkan	678	48,46
Jumlah	1.399	100,00

Sumber : Laporan PT. ASKES KC Pasuruan Tahun 2003

Tabel 1.2 di atas dapat dipelajari bahwa pemanfaatan pelayanan RSDSP oleh peserta PT. ASKES terutama pada pelayanan rawat inap di Kota Pasuruan belum optimal dimana yang memanfaatkan baru sebesar 51,54 %, sedangkan peserta PT. ASKES yang tidak memanfaatkan pelayanan rawat inap di RSDSP juga masih tinggi yaitu sebesar 48,46 %. Meskipun dari kunjungan tersebut telah mampu memberikan kontribusi pendapatan rumah sakit sebesar Rp. 482.771.856,00 tetapi sebenarnya kondisi ini masih jauh dari angka optimal sebagaimana yang telah direncanakan oleh PT. ASKES KC Pasuruan.

Tarif Peserta ASKES yang diberlakukan di RSDSP berdasarkan Keputusan PT. ASKES KC Pasuruan dan tarif yang berlaku untuk pasien umum

yang didasarkan pada Perda No 1 tahun 2000 tentang retribusi Pelayanan kesehatan yang sebagian dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 1.3 Perbandingan Tarif ASKES dengan Tarif Perda No. 1 Th 2000

Jenis Pelayanan	Tarif ASKES (Rp)	Tarif Perda No 1 Th 2000 (Rp)
Rawat Jalan	6.000	2500
Rawat Inap kelas I	100.000	38.000
Rawat Inap kelas II	80.000	24.000
Rawat Inap Kelas III	50.000	15.000
Appendectomi akut	1.500.000	1.361.000

Sumber: PT. ASKES dan RSDSP

Tabel 1.3 di atas menunjukkan bahwa terdapat perbedaan besarnya tarif yang ditetapkan oleh PT. ASKES dengan tarif berdasarkan Perda No 1 Th 2000. Perbedaan ini terlihat cukup berarti sehingga sampai saat ini RSDSP merasa cukup diuntungkan oleh PT ASKES. Keuntungan lain yang dirasakan RSDSP selama kerja sama dengan PT. ASKES adalah manajemen PT. ASKES yang tidak membebani Rumah Sakit. Mekanisme pelayanan peserta ASKES baik yang rawat jalan maupun rawat inap setelah mendapatkan perawatan dan resep, resep tersebut diambil di apotik yang sudah ditentukan oleh PT. ASKES dan biaya pengambilan obat tersebut ditanggung oleh PT. ASKES selama obat tersebut ada dalam Daftar Plafon Harga Obat (DPHO). Demikian juga pemeriksaan penunjang yang ada di RSDSP akan menjadi tanggung jawab PT. ASKES. Mekanisme seperti ini tidak menyulitkan administrasi Rumah Sakit sebagai pihak pemberi pelayanan.

Sementara itu telah dilakukan pengkajian awal terhadap seri data yang dimiliki oleh PT. ASKES KC Pasuruan selama tahun 2001 sampai 2003. Dari data tersebut diperoleh informasi adanya pengeluaran biaya yang semestinya dianggarkan bagi RSDSP tetapi pada kenyataannya digunakan oleh peserta asuransi untuk mendapatkan pelayanan kesehatan pada fasilitas yang lain.

Pada tahun 2003 didapatkan data peserta PT. ASKES Kota Pasuruan yang tidak menggunakan fasilitas pelayanan RSDSP tetapi memanfaatkan RS lain sebagai berikut :

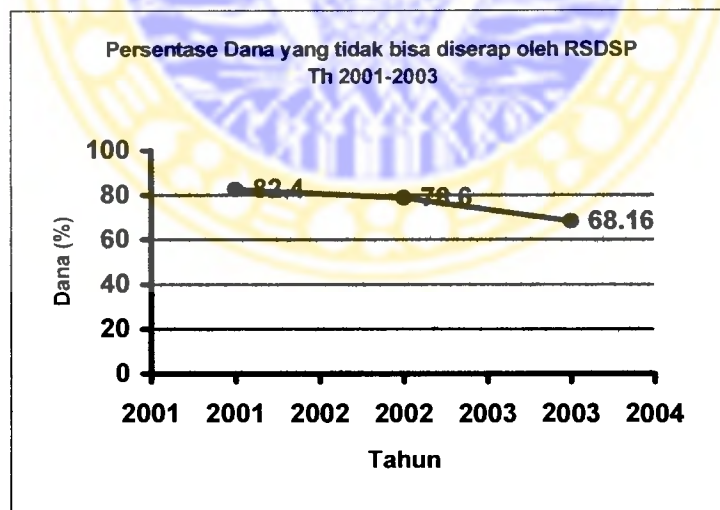
Tabel 1.4 Kerugian Akibat Peserta ASKES yang Tidak Menggunakan Fasilitas Pelayanan Rawat Inap di RSDSP Tahun 2003

Jenis Pelayanan	Jumlah Penderita	Jumlah Kasus	Biaya Perawatan (Rp)	Biaya Obat (Rp)	Total Biaya (Rp)
Rawat Inap	678	1.593	741.726.100	450.507.361	1.192.233.461

Sumber: Laporan PT. ASKES KC. Pasuruan

Dari tabel 1.4 di atas dipelajari bahwa biaya yang tidak dapat diserap oleh RSDSP cukup besar.

Pada tahun 2001 persentase dana yang tidak bisa diserap oleh RSDSP adalah 82,40%, pada tahun 2002 mencapai 78,60% dan pada tahun 2003 menjadi 68,16%. Hal ini tampak pada gambar berikut :



Gambar 1.1 Persentase dana PT.ASKES yang tidak dapat diserap oleh RSDSP

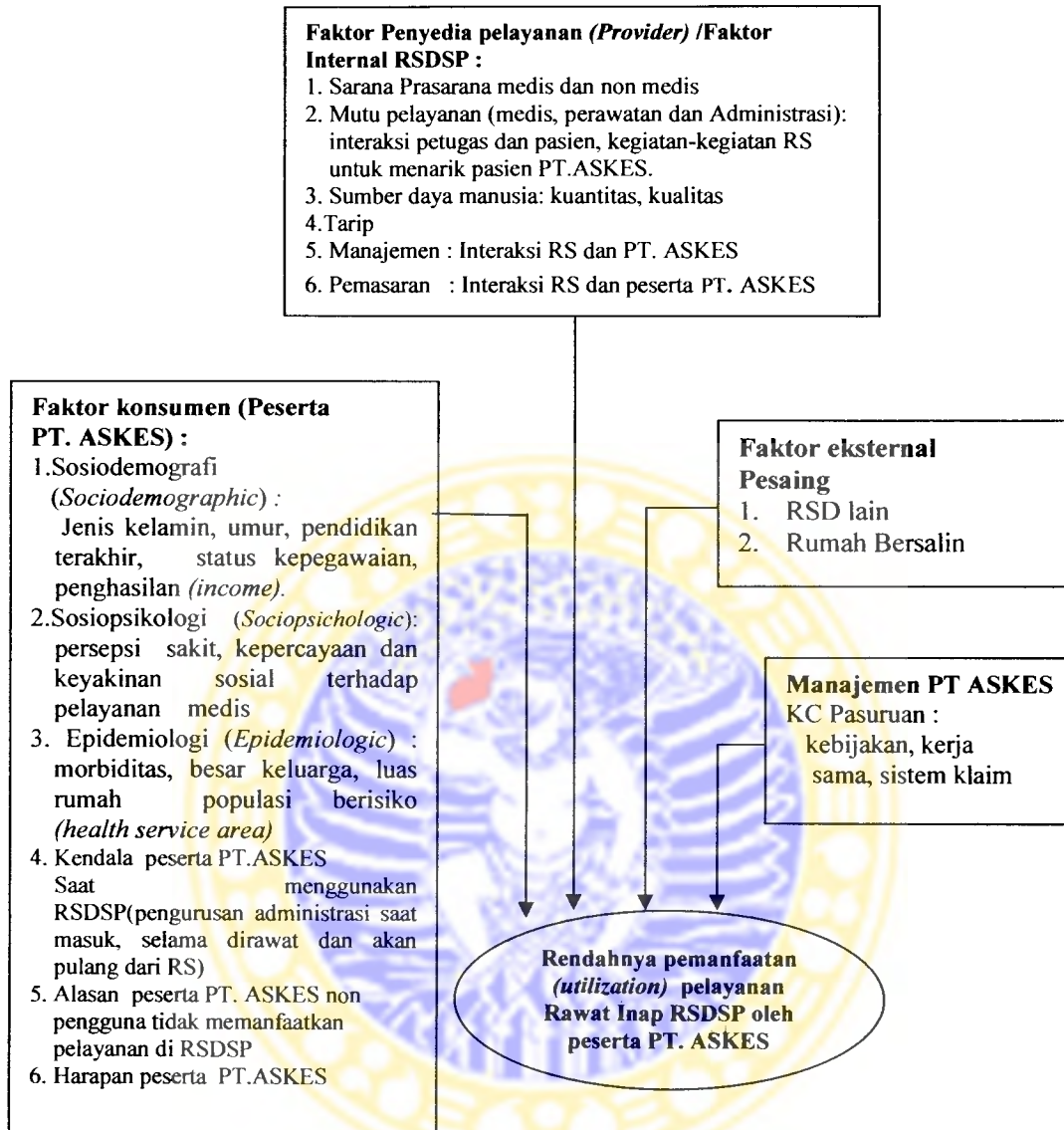
Gambar 1.1 di atas menunjukkan persentase dana yang tidak bisa diserap oleh RSDSP pada tahun 2001-2003. Walaupun gambaran yang tampak menunjukkan kecenderungan penurunan persentase “kehilangan” dana, namun

tetap diperlukan percepatan penurunannya sehingga dapat mencapai posisi yang menguntungkan dalam waktu singkat. Oleh karena itu dibutuhkan upaya untuk menarik peserta PT ASKES agar memilih RSDSP dalam mencari pelayanan kesehatan rawat inap, yang pada akhirnya diharapkan dapat memberi kontribusi yang berarti bagi rumah sakit.

Dengan mengacu pada uraian di atas, maka masalah yang diangkat dalam penelitian ini adalah masih terdapat 678 (48,46 %) peserta PT. ASKES KC Pasuruan yang belum memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan terutama pelayanan rawat inap yang disediakan oleh RSDSP.

1.2 Kajian Masalah

Berdasarkan data dan permasalahan di atas, maka di bawah ini digambarkan beberapa faktor yang berkaitan dan diduga melatarbelakangi peserta PT ASKES belum memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan terutama pelayanan rawat inap yang disediakan oleh RSDSP.



Gambar 1.2 Kajian Masalah Penelitian

Gambar 1.2 di atas menunjukkan bahwa tinggi rendahnya pemanfaatan pelayanan rawat inap di RSDSP terkait erat dengan faktor penyedia pelayanan (*provider*) dengan konsumen. Penyedia pelayanan harus dapat memahami kebutuhan konsumen, dan juga harus dapat mengevaluasi kebutuhannya secara internal sehingga dapat memberikan pelayanan yang optimal. Interaksi antara

faktor konsumen dan penyedia pelayanan (*provider*) sangat berpengaruh pada pemanfaatan (*utilization*) rumah sakit.

A. Faktor Penyedia pelayanan (*provider*) /Faktor Internal RSDSP :

1. Sarana dan prasarana

Rumah sakit dan lingkungannya harus dapat memberi kesan sebagai lingkungan yang menyembuhkan, tempat istirahat dan juga hiburan, karena hiburan merupakan bagian dari penyembuhan. Rumah Sakit adalah suatu area penyembuhan tempat berinteraksinya ilmu kesehatan dan kedokteran dengan cahaya, ruangan luas, warna, seni dan keceriaan. Kelengkapan sarana dan prasarana merupakan salah satu prasyarat untuk dapat mengoptimalkan sebuah rumah sakit.

RSDSP secara fisik telah dan sedang berupaya menata bangunan fisiknya dengan diselingi taman pada sekeliling ruangan. Demikian juga sarana medis yang ada secara bertahap dilakukan penambahan sehingga dapat memberikan pelayanan kepada masyarakat secara optimal untuk tiga belas jenis pelayanan spesialisasi. Sebaliknya apabila suatu rumah sakit tidak memperhatikan keberadaan sarana dan prasarananya hal ini akan mengakibatkan pasien tidak mau berobat ke rumah sakit tersebut atau pasien yang sudah berobat ke rumah sakit merasa tidak nyaman dirawat sehingga pada akhirnya akan minta dirujuk ke rumah sakit lain oleh dokter yang merawatnya.

2. Mutu Pelayanan

Mutu pelayanan kesehatan sebenarnya menunjuk pada penampilan (*performance*) dari pelayanan kesehatan.. Mutu pelayanan (medis, perawatan dan Administrasi) meliputi : interaksi petugas dan pasien, kegiatan-kegiatan

RS untuk menarik pasien dan harapan pasien PT.ASKES. Apabila mutu pelayanan rendah dan harapan pasien tidak terpenuhi maka akan mempengaruhi pemanfaatan rumah sakit dalam hal ini pemanfaatan rawat inap oleh pasien termasuk pasien ASKES.

3. Sumber Daya Manusia (SDM).

Sumber daya manusia (SDM) merupakan salah satu faktor yang menentukan keberhasilan sebuah organisasi rumah sakit. Manajemen rumah sakit harus bervisi maju, kreatif dan inovatif. SDM harus dikelola secara profesional dan proporsional serta sepenuhnya terlibat dalam upaya yang berkelanjutan untuk penyempurnaan seluruh proses dan *outcomes* serta sepenuhnya menghayati dan melembagakan filosofi pendekatan pada pasien dan komunitas. Sumber daya manusia baik kuantitas maupun kualitasnya akan mempengaruhi proses pelayanan secara keseluruhan sehingga pasien akan tertarik untuk memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan terutama rawat inap yang tersedia.

4. Tarip

Tinggi rendahnya tarif pelayanan kesehatan juga berpengaruh terhadap pemanfaatan Rumah sakit secara keseluruhan. Namun berkaitan dengan dengan pemanfaatan oleh peserta PT.ASKES masalah tarif tidak merupakan masalah dominan yang mempengaruhi tingkat pemanfaatan karena peserta PT.ASKES dalam pelayanan kesehatan tidak dikenakan biaya perawatan sesuai dengan peraturan yang berlaku bagi peserta PT.ASKES.

5. Manajemen

Manajemen berhubungan dengan bagaimana interaksi rumah sakit dan PT. ASKES. Hubungan yang baik antara rumah sakit dan PT. ASKES merupakan salah satu faktor internal yang akan berpengaruh pada pemanfaatan rumah sakit dalam hal ini rawat inap oleh para peserta PT.ASKES.

6. Pemasaran

Masalah pemasaran yang dimaksud disini yaitu masalah interaksi antara rumah sakit peserta PT. ASKES. Interaksi antara rumah sakit dan peserta PT.ASKES dalam bentuk promosi rumah sakit tentang kondisi pelayanannya yang optimal akan merupakan salah satu daya tarik bagi peserta PT.ASKES untuk menggunakan jasa rumah sakit. Sebaliknya apabila interaksi antara rumah sakit dan peserta PT.ASKES tidak optimal, maka berpengaruh secara langsung pada rendahnya tingkat pemanfaatan rawat inap oleh peserta PT.ASKES.

B. Faktor Eksternal

1. Pesaing (faktor rumah sakit dan rumah bersalin)

Faktor eksternal rumah sakit merupakan suatu masalah yang turut berpengaruh dalam pemanfaatan rawat inap RSDSP oleh peserta PT.ASKES. Apabila kondisi dan mutu pelayanan pesaing lebih baik dibandingkan dengan RSDSP, maka peserta PT.ASKES akan cenderung memilih rumah sakit lain untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

2. Faktor Manajemen PT. ASKES

Sebagai badan penyelenggara asuransi, PT. ASKES memang dituntut untuk dapat mengendalikan manajemen kepesertaan dengan sebaik-baiknya. Termasuk tugas manajerial adalah melakukan sosialisasi dan advokasi kepada peserta tentang keberadaan pemberi pelayanan kesehatan (PPK) kaitannya dengan efektivitas, efisiensi pelayanan kesehatan yang akan diperoleh oleh peserta asuransi dan PT. ASKES memberikan kebebasan kepada pesertanya untuk mendapatkan pengobatan di rumah sakit manapun. Selama ini ikatan kerja sama antara RSDSP dengan PT. ASKES berjalan lancar tanpa hambatan. Demikian juga klaim biaya rawat inap dari RSDSP ke PT. ASKES berjalan setiap bulan.

C. Faktor Konsumen (Peserta PT ASKES)

Faktor konsumen dalam hal ini peserta ASKES dengan pemberi pelayanan sangat mempengaruhi tingkat pemanfaatan pelayanan fasilitas kesehatan. Adapun faktor yang berhubungan dengan peserta PT.ASKES sebagai konsumen antara lain adalah:

1. Faktor sosiodemografi, meliputi jenis kelamin, umur, ras, status perkawinan, jumlah keluarga, sosial ekonomi, pendidikan, pekerjaan dan penghasilan.
2. Faktor Sosiopsikologi, meliputi persepsi sakit, kepercayaan dan keyakinan sosial terhadap pelayanan medis.
3. Faktor epidemiologi, meliputi morbiditas, mortalitas dan populasi yang berisiko (*population risk/ health service area*).
4. Kendala peserta PT. ASKES saat menggunakan RSDSP.

5. Alasan peserta PT. ASKES non pengguna untuk tidak memanfaatkan pelayanan di RSDSP.
6. Harapan peserta PT.ASKES tentang pelayanan di RSDSP.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian kajian masalah di atas, maka dapat dirumuskan permasalahan penelitian sebagai berikut :

- a. Bagaimanakah karakteristik (faktor sosiodemografi, sosiopsikologi dan epidemiologi) peserta PT.ASKES baik yang memanfaatkan maupun yang tidak memanfaatkan rawat inap di RSDSP?
- b. Apakah kendala yang dihadapi peserta PT.ASKES untuk mendapatkan pelayanan rawat inap di RSDSP?
- c. Apakah alasan bagi peserta PT.ASKES yang tidak memanfaatkan pelayanan rawat inap di RSDSP?
- d. Bagaimana harapan peserta PT.ASKES tentang pelayanan rawat inap di RSDSP?
- e. Bagaimanakah kelengkapan sarana dan prasarana dalam menunjang pelayanan rawat inap di RSDSP menurut pasien dan pimpinan?
- f. Upaya apa yang dilakukan oleh RSDSP untuk menarik pasien PT.ASKES melalui mutu pelayanan (medis, perawat, gizi, obat dan administrasi keuangan), promosi dan pendekatan RSDSP dengan PT.ASKES?
- g. Bagaimanakah kualitas dan kuantitas sumber daya manusia di RSDSP ?
- h. Bagaimanakah upaya peningkatan pemanfaatan rawat inap bagi peserta PT.ASKES pada RSDSP?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum:

Menyusun upaya peningkatan pemanfaatan pelayanan rawat inap di RSDSP oleh peserta PT.ASKES wilayah Pasuruan.

1.4.2 Tujuan Khusus:

- a. Menganalisis karakteristik (faktor sosiodemografi, sosiopsikologi dan epidemiologi) peserta PT.ASKES baik yang memanfaatkan maupun yang tidak memanfaatkan RSDSP.
- b. Menganalisis kendala yang dihadapi peserta PT.ASKES untuk mendapatkan pelayanan rawat inap di RSDSP.
- c. Menganalisis alasan peserta PT.ASKES yang tidak memanfaatkan pelayanan rawat inap di RSDSP.
- d. Menganalisis harapan peserta PT.ASKES tentang pelayanan di RSDSP
- e. Menganalisis kelengkapan sarana dan prasarana dalam menunjang pelayanan rawat inap di RSDSP menurut pasien dan pimpinan.
- f. Menganalisis upaya yang selama ini dilakukan oleh RSDSP guna meningkatkan pemanfaatan rawat inap oleh peserta PT. ASKES menyangkut mutu pelayanan (medis, perawat, gizi, obat dan administrasi keuangan), promosi dan pendekatan RSDSP dengan PT.ASKES.
- g. Menganalisis kualitas dan kuantitas sumber daya manusia di RSDSP.
- h. Menyusun upaya peningkatan pemanfaatan rawat inap bagi peserta PT.ASKES pada RSDSP.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritik

Bahan informasi dalam pengembangan ilmu terutama yang berhubungan dengan faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan (*utilization health service*).

1.5.2 Manfaat Terapan

- a. Bahan acuan bagi manajemen RSDSP dalam penyusunan upaya– upaya untuk peningkatan pelayanan di RSDSP yang akan datang.
- b. Bahan evaluasi terhadap pelaksanaan manajemen pelayanan rawat inap terutama pelayanan terhadap peserta PT. ASKES.
- c. Upaya memadukan berbagai teori manajerial rumah sakit yang telah diperoleh selama peneliti mengikuti pendidikan dengan pengalaman empiris di lapangan sehingga mampu melakukan analisis kritis terhadap permasalahan yang ditemui sekaligus menyiapkan bahan untuk pemecahan masalahnya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Berdasarkan SK Menteri Kesehatan RI Nomor 983/Menkes/SK/XI/1992 menyebutkan bahwa rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialisik dan subspecialistik. Rumah sakit ini mempunyai visi memberikan pelayanan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Tugasnya adalah melaksanakan upaya kesehatan secara berdayaguna dan berhasilguna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan dilaksanakan secara serasi dan terpadu dalam upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan. Untuk itu rumah sakit umum perlu mempunyai fungsi pelayanan medis, penunjang medis, pelayanan dan asuhan keperawatan, rujukan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta menyelenggarakan administrasi umum serta keuangan (Aditama, 2003)

Menurut WHO dalam Ilyas (2001), definisi rumah sakit adalah suatu bagian yang integral dari organisasi sosial dan medis yang mempunyai fungsi memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif kepada masyarakat serta pelayanan keluarnya menjangkau keluarga dan lingkungan rumahnya, selain itu rumah sakit juga merupakan pusat untuk latihan tenaga kesehatan dan untuk penelitian bio-sosial.

Supriyanto (2003) mengemukakan bahwa, rumah sakit merupakan organisasi yang unik dan kompleks. Unik karena di rumah sakit terdapat suatu

proses yang menghasilkan jasa perhotelan sekaligus jasa medik dalam bentuk pelayanan kepada pasien yang rawat inap maupun yang berobat jalan. Kompleks karena terdapat permasalahan yang sangat rumit mengingat rumah sakit merupakan suatu organisasi padat karya dengan latar pendidikan yang berbeda-beda, di dalamnya terdapat berbagai macam fasilitas pengobatan, berbagai macam peralatan dan yang dihadapi adalah orang-orang yang beremosi labil, tegang emosional karena sedang dalam keadaan sakit, termasuk keluarga penderita.

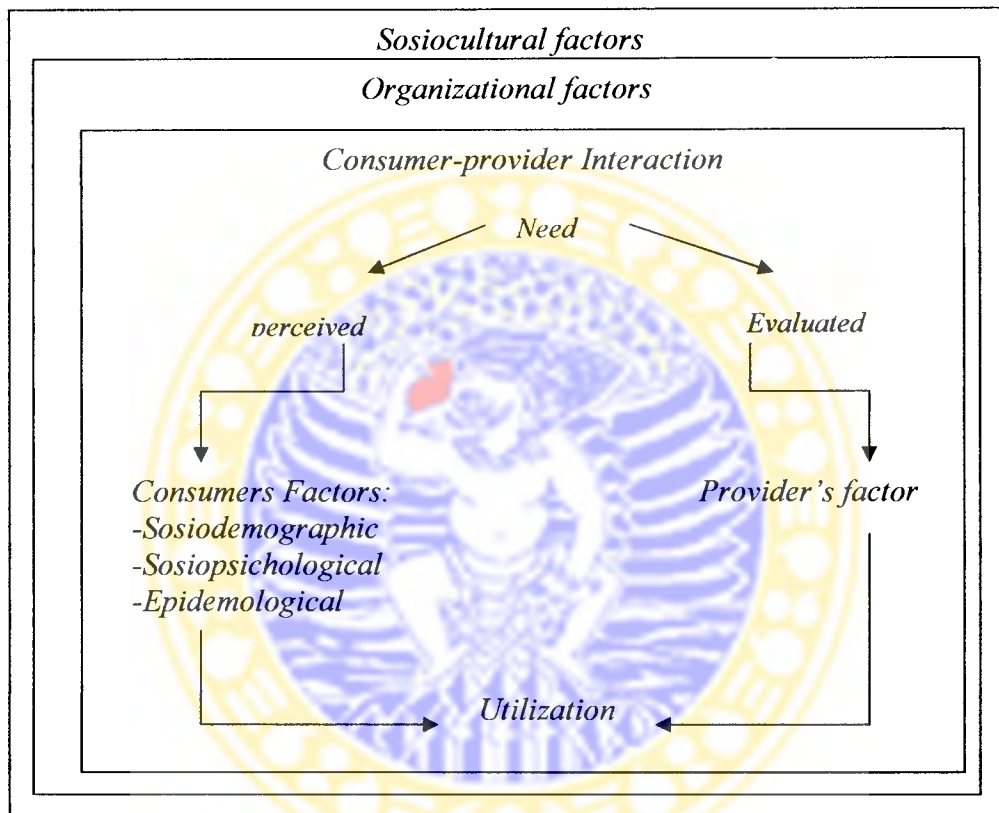
Dalam pandangan Roemer dan Friedman dalam Aditama, (2002) rumah sakit setidaknya mempunyai lima fungsi. Pertama, harus ada pelayanan rawat inap dengan fasilitas diagnostik, terapeutik dan pelayanan penunjang. Kedua, rumah sakit harus memiliki pelayanan rawat jalan. Ketiga, rumah sakit mempunyai tugas melakukan pendidikan dan pelatihan. Keempat, rumah sakit perlu melakukan penelitian di bidang kedokteran dan kesehatan. Kelima, rumah sakit juga mempunyai tanggung jawab untuk program pencegahan penyakit dan penyuluhan kesehatan bagi masyarakat di sekitarnya.

2.1.2 Utilisasi Pelayanan Rumah Sakit

Pelayanan rawat inap merupakan suatu kegiatan pemberian pertolongan dengan dilandasi keahlian kepada penderita-penderita yang mengalami gangguan fisik, jiwa, orang-orang yang sedang dalam penyembuhan dan mereka yang kurang sehat (Bauwhuizen, 1991). Penderita yang sedang menjalani rawat inap akan mendapat beberapa pelayanan, yaitu pelayanan dokter, pelayanan perawat, pelayanan penunjang, pelayanan sarana fisik dan pelayanan administrasi (Aditama, 2002). Dijelaskan oleh Supriyanto (2003) bahwa, pemanfaatan (utilisasi) adalah pelayanan yang diterima pada tempat atau pemberi pelayanan

kesehatan. Efek dari pemanfaatan adalah mereka puas (permintaan yang terpuaskan) atau tidak puas. Mereka yang tidak puas akan meninggalkan rumah sakit dan mencari pelayanan lain

Menurut Dever (1984), faktor yang mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan terdiri dari beberapa faktor seperti pada gambar berikut :



Sumber: Dever (1984). *Epidemiology in Health Service Management an Aspen Publication*. Rockville, Maryland.

Gambar 2.1 Faktor yang mempengaruhi Utilisasi Pelayanan Kesehatan

Tiga faktor yang dapat mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan, yaitu:

1. Faktor sosio kultural, yang meliputi:
 - a. Norma dan nilai yang ada di masyarakat, akan mempengaruhi pola perilaku pencarian pengobatan masyarakat.

b. Teknologi yang digunakan dalam memberikan pelayanan.

Kemajuan di bidang teknologi dapat meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan sehingga pada akhirnya dapat mengurangi angka kesakitan serta secara tidak langsung dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

2. Faktor Organisasi, antara lain:

a. Ketersediaan Sumber daya

Sumber daya yang cukup baik kualitas maupun kuantitasnya sangat mempengaruhi pelayanan kesehatan.

b. Keterjangkauan lokasi

Lokasi yang dapat dijangkau dengan mudah akan sangat mempengaruhi pengambilan keputusan seseorang dalam menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan.

c. Keterjangkauan sosial

Sikap petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan merupakan faktor Karakteristik struktur formal organisasi dan dari cara penyampai pelayan kesehatan.

3. Faktor interaksi konsumen-provider

a. Faktor yang berhubungan dengan konsumen

- 1) Faktor sosio demografi, meliputi umur, jenis kelamin, ras, status perkawinan, jumlah keluarga, sosek, pendidikan, pekerjaan, penghasilan.
- 2) Faktor psikologis, meliputi persepsi sakit, gejala sakit, kepercayaan, keyakinan terhadap pelayanan medis.

- 3) Faktor epidemiologis, meliputi morbiditas, mortalitas, disabilitas dan populasi berisiko (*population at risk/ health service area*)
 - b. Faktor yang berhubungan dengan provider, meliputi faktor ekonomi dan karakteristik provider.

Mutu pelayanan kesehatan bersifat multidimensional tergantung dari latar belakang dan kepentingan masing-masing dari pemberi penilaian. Namun demikian karena penyelenggara pelayanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan pasien maka pelayanan kesehatan yang bermutu adalah yang memuaskan pasien (Azwar, 1994). Parasuraman *et al.* (1991) merumuskan 5 dimensi penilaian kualitas pelayanan yaitu : *Tangibles* (nyata), *Reliability* (handal), *Responsiveness* (tanggung jawab), *Empathy* (perhatian) dan *Assurance* (jaminan).

Silalahi (1989), menyatakan bahwa kepuasan pasien merupakan keseimbangan antara harapan-harapan pasien dengan persepsi yang dialaminya dari pelayanan kesehatan yang telah diperolehnya. Nelson *et al.* (1992) menyimpulkan bahwa apabila suatu tempat pelayanan kesehatan ingin menghasilkan kepuasan pasien yang tinggi perlu memiliki kekuatan finansial untuk mengembangkan, memperbaharui dan meningkatkan pelayanan mereka dalam lingkungan yang makin kompetitif.

Menurut William dan Torrens (1980), kepuasan pasien adalah ukuran yang merefleksikan *outcome*, proses dan struktur pelayanan. Kepuasan dipandang sebagai konsep multidimensional yang melibatkan biaya, kemudahan sarana, aspek teknis dan interpersonal dari asuhan serta keluaran. Kepuasan pasien berhubungan dengan masukan, proses atau keluaran pelayanan. Dengan proses, kepuasan pasien terkait dengan dua aspek utama pelayanan keprofesian yaitu (1)

aspek layanan teknis tentang ilmu dan teknologi kedokteran, aspek ini menyangkut diagnosis, terapi, tindakan atau prosedur medik, penanggulangan komplikasi, tindak lanjut dan sebagainya; (2) aspek seni dalam layanan kesehatan, yang menyangkut interaksi psikologi dan sosial antara pemberi jasa dan klien.

Dinyatakan oleh Kotler (1994), bahwa kualitas jasa harus dimulai dari pemenuhan kebutuhan pasien dan berakhir pada persepsi pasien sehingga dapat dikatakan bahwa pasien adalah penentu kualitas jasa karena pasienlah yang langsung mengkonsumsi jasa, demikian pula persepsi yang diperoleh dari interaksi pasien dengan fasilitas jasa akan berpengaruh terhadap kualitas jasa tersebut di mata pasien. Pasien merupakan pelanggan eksternal rumah sakit yang dapat dikelompokkan menjadi 5 kategori (Supriyanto, 2003) yaitu :

- a. Prospek adalah pelanggan yang pernah dan mengenal keberadaan rumah sakit
- b. Pelanggan potensial adalah calon pelanggan yang pernah berkunjung ke rumah sakit (mengunjungi teman yang rawat inap) atau pernah kontak dengan rumah sakit (mengantar pasien) tetapi belum pernah menggunakan rumah sakit tersebut
- c. Pelanggan adalah mereka yang pernah memanfaatkan rumah sakit tersebut
- d. Pelanggan loyal adalah pelanggan yang menggunakan ulang pelayanan rumah sakit
- e. Advokasi adalah pelanggan yang menganjurkan orang lain (saudara, tetangga yang sakit) untuk menggunakan pelayanan rumah sakit tersebut.

Di samping pelanggan eksternal, sekarang berkembang pemahaman tentang pelanggan yang bersifat internal yang merupakan pihak dalam rumah sakit yang berkepentingan seperti tenaga medis dan paramedis.

2.1.3 Sarana dan Prasarana Rumah Sakit

Menurut Tjiptono (1994), unsur yang perlu dipertimbangkan dalam desain fasilitas jasa meliputi:

- a. Perencanaan spasial: simetri, proporsi, warna, tekstur dll.
- b. Perencanaan ruangan: sirkulasi, elemen pengisi dll.
- c. Fasilitas perabotan, perlengkapan
- d. Tata cahaya
- e. Warna
- f. Pesan yang disampaikan secara gratis

Hutton dan Richardson (1995) menjelaskan bahwa dimensi-dimensi lingkungan yang terdiri dari kondisi ambient, spasial dan simbol, benda seni, tanda-tanda dapat mempengaruhi *internal responses* pengguna lingkungan yang menimbulkan perilaku. Keluaran yang dihasilkan bertujuan agar pasien menjadi puas, berkeinginan untuk kembali, berkeinginan untuk memberikan pujian, mempunyai nilai dan kualitas. Keluaran tersebut ditentukan oleh bagaimana dimensi-dimensi lingkungan fisik tersebut sesuai dengan apa yang dirasakan pengguna ruangan. Selanjutnya Bitner (1992), menyatakan bahwa *setting* fisik dapat mempengaruhi tingkat kepuasan pengguna bangunan terhadap pelayanan yang diberikan, sehingga faktor penting yang harus diperhatikan adalah mengidentifikasi tuntutan pengguna atau pasien. Aspek perilaku merupakan unsur penting yang harus diperhatikan di dalam evaluasi lingkungan fisik di samping aspek teknis dan fungsi, karena perilaku manusia adalah sebagai pengguna utama yang mempunyai kebutuhan interaksi sosial dan psikologis yang sesuai dengan keinginan mereka (Lawton,1986).

Secara umum Aditama (2002), menyatakan bahwa sarana dan prasarana rumah sakit harus dapat menjalankan fungsinya untuk:

- a. Memuaskan pasien
- b. Memuaskan tenaga medis yang juga merupakan konsumen
- c. Memberi pelayanan yang mampu bersaing dengan pesaing lain
- d. Mampu memberi harga yang kompetitif
- e. Dapat meminimalkan gangguan dan kerusakan yang merugikan.

2.1.4 Sumber Daya Manusia Dalam Pelayanan Kesehatan

Pengembangan Sumber daya manusia untuk menciptakan orang-orang terbaik dalam suatu organisasi berhubungan dengan total quality manajemen dari suatu organisasi. Menurut Meisenheimer (1997), SDM adalah aset terbesar dalam organisasi, untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dibutuhkan sejumlah staf dengan pengetahuan dan ketrampilan yang mendasar. Organisasi harus menekankan bahwa staf mempunyai orientasi yang beragam, kompetensinya dinilai serta mendorong pengembangan diri dalam pembelajaran yang berkelanjutan. Prof. Ishikawa, menyatakan bahwa *total quality* dimulai dan berakhir dengan pendidikan. Pendidikan berbeda dengan pelatihan. Pelatihan terkait dengan keterampilan (*skills-related*), sedangkan pendidikan terkait dengan konsep pembentukan pribadi (*people building concept*).

Pendapat Shortell dan Kaluzny (1996) bahwa, dimensi pelayanan mencakup budaya, perilaku, sikap, penilaian, keputusan, dan tindakan. Pencapaian mutu dalam pelayanan tergantung kepada pemahaman, pengaruh, arahan, dan faktor-faktor manusia dalam pelayanan. Kesalahan manusia, baik besar ataupun kecil, adalah penyebab utama pelayanan yang bermutu rendah di satu sisi dan

manajemen operasional pada sisi yang lain. Sumber daya manusia merupakan elemen penting dalam manajemen mutu apapun bentuk manajemen mutu yang dilaksanakan di suatu organisasi. Misalnya, dalam *total quality management*, manajer harus menyeimbangkan antara dimensi struktural dan dimensi manusia. Dimensi struktural adalah hierarki organisasi, strategi, anggaran, pengendalian rencana, dan prosedur. Dimensi manusia adalah kepemimpinan, komitmen, kerja sama tim, dan partisipasi total dalam program perbaikan mutu yang berkesinambungan. Dengan demikian, jelas rumah sakit sebagai pemberi pelayanan harus menilai tinggi perangkat lunaknya, yaitu sumber daya manusia, lebih dari perangkat kerasnya, yaitu peralatan administrasi, penunjang medis, atau peralatan medis.

Teknologi yang digunakan rumah sakit menuntut kualitas sumber daya manusia tertentu yang tidak hanya terampil dan mahir menjalankan peralatan dan teknologi itu, tetapi juga memiliki keyakinan dasar dan nilai-nilai dasar yang mendukung terwujudnya pelayanan yang manusiawi dan berfokus pada pelanggan.

Berhubungan dengan pelayanan yang manusiawi dan berfokus pada pelanggan, rumah sakit perlu mengembangkan pelayanan prima dalam upaya memenuhi kebutuhan pelanggannya baik internal maupun eksternal.

2.1.5 Service Excellence

Secara harfiah pelayanan prima dapat diartikan pelayanan tanpa cacat atau “*zero accident*” atau “*zero defect*”, artinya prima dari kaca mata atau bagi pasien (*customer/pengguna*), prima bagi provider dan prima bagi produknya sendiri. Prima dari kaca mata pasien artinya bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan

dapat memberikan kepuasan pada pasien, prima bagi provider artinya bahwa keamanan dan keselamatan provider dalam melaksanakan pekerjaannya terjamin. Sedangkan prima bagi produknya sendiri artinya bahwa pengobatan, perawatan maupun service yang diberikan kepada pasien betul-betul dirasakan manfaatnya oleh pasien dan tidak menimbulkan efek negatif atau efek samping pada pasien (Damayanti dan Supriyanto, 2001). Disamping itu, Damayanti dan Supriyanto (2001) juga mengingatkan bahwa pelayanan kesehatan adalah pelayanan jasa dan ciri khusus pelayanan jasa yang terpenting adalah bahwa proses produksi terjadi di depan pasien. Karenanya dalam pelayanan jasa kesehatan, unsur proses adalah unsur yang sangat penting.

Menurut Tjiptono (2002) yang dimaksud dengan *service excellence* atau pelayanan yang unggul, yaitu suatu sikap atau cara karyawan dalam melayani pelanggan secara memuaskan. Secara garis besar ada empat unsur pokok dalam konsep ini, yaitu:

1. Kecepatan.
2. Ketepatan.
3. Keramahan.
4. Kenyamanan

Keempat komponen tersebut merupakan suatu kesatuan pelayanan yang terintegrasi, maksudnya pelayanan atau jasa menjadi tidak *excellence* bila ada komponen yang kurang. Untuk mencapai tingkat *excellence* setiap karyawan harus memiliki keterampilan tertentu, diantaranya berpenampilan baik dan rapi, bersikap ramah, memperhatikan gairah kerja dan sikap untuk siap melayani, tenang dalam bekerja, tidak tinggi hati karena merasa dibutuhkan, menguasai

pekerjaan baik yang berkaitan pada bagian atau departemennya maupun bagian lainnya, mampu berkomunikasi dengan baik, mampu memahami bahasa isyarat pelanggan, memiliki kemampuan menangani keluhan pelanggan secara profesional.

2.1.6 Model Kualitas Jasa

Ada banyak model yang dapat dipergunakan untuk menganalisa kualitas jasa. Pemilihan terhadap suatu model tergantung pada tujuan analisa, jenis perusahaan, dan situasi pasar. Model-model yang ada dapat dikelompokkan menjadi tiga kelompok utama yaitu *customer-perceived quality*, *the processes in the creation of the service* dan *the whole service (system models)* (Edvardsson, et al., 1994).

Model yang paling banyak digunakan dalam penelitian adalah gap model yang dikembangkan oleh Parasuraman, et al. 5 Gap yang dikemukakan oleh Parasuraman, et al tersebut antara lain:

1. Gap antara harapan konsumen dan persepsi manajemen.
2. Gap antara persepsi manajemen terhadap harapan konsumen dan spesifikasi kualitas jasa.
3. Gap antara spesifikasi kualitas jasa dan penyampaian jasa.
4. Gap antara penyampaian jasa dan komunikasi eksternal.
5. Gap antara jasa yang dirasakan dan jasa yang diharapkan

Kesimpulan dari penelitian yang dilakukan Parasuraman, et al tersebut meliputi:

1. Penilaian pelanggan terhadap kualitas jasa adalah hasil dari perbandingan antara harapan (sebelum menerima jasa) dan pengalaman mereka (setelah

menerima jasa). Jika harapannya terpenuhi, maka mereka akan puas dan persepsinya positif, dan sebaliknya jika tidak terpenuhi maka tidak puas dan persepsinya negatif. Sedangkan bila kinerja jasa melebihi harapannya, mereka bahagia (lebih dari sekedar puas).

2. Penilaian pelanggan pada kualitas jasa dipengaruhi oleh proses penyampaian jasa dan output dari jasa.
3. Kualitas jasa ada dua macam, yaitu kualitas dari jasa yang normal dan kualitas dari deviasi jasa yang normal.
4. Apabila timbul masalah, perusahaan harus meningkatkan kontakannya dengan pelanggan. (Tjiptono, 2002).

2.2 Asuransi Kesehatan (ASKES)

2.2.1 Definisi Asuransi Kesehatan

Salah satu definisi yang cukup komprehensif tentang asuransi adalah yang dikemukakan oleh Athern (1960) dalam Ilyas, (2003) yaitu sebagai berikut:

“Asuransi adalah suatu instrumen sosial yang menggabungkan risiko individu menjadi risiko kelompok dan menggunakan dana yang dikumpulkan kelompok tersebut untuk membayar kerugian yang diderita. Esensi asuransi adalah suatu instrumen sosial yang melakukan kegiatan pengumpulan dana secara sukarela, mencakup kelompok risiko dan setiap individu atau badan yang menjadi anggotanya mengalihkan risikonya kepada seluruh kelompok.”

Asuransi pada dasarnya adalah suatu mekanisme untuk mengalihkan risiko (ekonomi) perorangan menjadi risiko kelompok sehingga akan menjadi lebih ringan, yaitu pihak bertanggung diwajibkan membayar premi yang jumlahnya kecil namun dapat melindungi dari terkena risiko yang mungkin besar.

Selanjutnya dapat dikatakan bahwa asuransi kesehatan merupakan salah satu cara untuk meningkatkan pembiayaan kesehatan dan juga sebagai sumber untuk pembiayaan kesehatan khususnya sebagai salah satu sumber pendapatan rumah sakit pada waktu yang akan datang (Sulastomo, 1994).

2.2.2 Prinsip Asuransi Kesehatan

Agar konsep operasional asuransi dapat berjalan dengan baik, ada beberapa prinsip asuransi kesehatan yang perlu diperhatikan ,antara lain:

- a. Asuransi kesehatan adalah suatu sistem pembiayaan kesehatan yang berjalan berdasarkan konsep risiko. Masyarakat bersama-sama menjadi anggota asuransi kesehatan dengan dasar bahwa keadaan sakit merupakan suatu kondisi yang mungkin terjadi di masa mendatang sebagai suatu risiko kehidupan. Sehingga dalam hal ini orang yang jelas sakit tidak dapat membeli asuransi kesehatan komersial.
- b. Dalam sistem asuransi kesehatan, risiko sakit secara bersama-sama di tanggung oleh peserta dengan membayar premi ke suatu perusahaan. Dengan kata lain, fungsi asuransi adalah mentransfer risiko dari satu individu ke suatu kelompok dan membagi bersama jumlah kerugian dengan proporsi yang adil oleh seluruh anggota kelompok.
- c. Usaha asuransi kesehatan harus berdasarkan pada manajemen risiko mempunyai proses sebagai berikut: menentukan tujuan, identifikasi, risiko, mencari penanganan risiko, melaksanakan usaha pengurangan risiko dan melakukan evaluasi. Dengan manajemen risiko ini, dapat ditarik kesimpulan bahwa bila anggota suatu sistem asuransi kesehatan sebagian besar

anggotanya mempunyai risiko besar, maka premi yang harus dibayar oleh para anggota menjadi besar.

Asuransi kesehatan apabila ditinjau dari cara imbal jasa terhadap pemberi pelayanan kesehatan dapat dibedakan antara lain (Sulastomo, 2000):

- a. *Reimbursement* yaitu pembayaran berdasarkan kunjungan peserta pada waktu mendapatkan pelayanan kesehatan ke penyedia pelayanan.
- b. *Prepayment* yaitu apabila biaya pelayanan kesehatan dihitung sebelumnya. Ada tiga bentuk *prepayment* antara lain (1) sistem kapitasi yaitu pembayaran di muka berdasarkan kesepakatan harga yang dihitung untuk tiap peserta dalam jangka waktu tertentu; (2) sistem paket yaitu pembayaran di muka berdasarkan kesepakatan harga yang dihitung untuk suatu paket pelayanan kesehatan tertentu; (3) sistem anggaran yaitu pembayaran dilakukan di muka berdasarkan kesepakatan.

Asuransi kesehatan di Indonesia mulai diperkenalkan pada tahun 1969 yang diperuntukkan bagi Pegawai Negeri Sipil, penerima pensiun, veteran dan perintis kemerdekaan, yang saat ini dikelola oleh PT ASKES (Persero). Pelayanan Kesehatan para peserta PT ASKES dilakukan secara bertingkat mulai dari pelayanan primer sampai pelayanan spesialisasi melalui sistem rujukan sehingga jaminan pemeliharaan kesehatannya meliputi rawat jalan tingkat pertama, rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat pertama dan rawat inap tingkat lanjutan. Mekanisme pembayaran menetapkan insentif bagi pelaku pelayanan yang akan mempengaruhi hubungan antara pemberi pelayanan kesehatan dengan pasien (Sulastomo, 1994). Farida dan Kushadiwijaya (1998) dalam penelitiannya menemukan bahwa tingkat kepuasan pasien ASKES terhadap pelayanan perawat

dan pelayanan administrasi lebih rendah dari pada pasien non-ASKES yang membayar secara langsung. Selain itu tingkat kepuasan pasien ASKES terhadap lima aspek pelayanan di rumah sakit lebih rendah dari pada pasien non-ASKES yang membayar secara langsung.

Menurut Sulastomo, (2003) bahwa hampir di seluruh dunia, prinsip asuransi dimanfaatkan sebagai mekanisme untuk membiayai pelayanan kesehatan, yang diawali dengan suatu pemikiran, bahwa biaya pelayanan kesehatan semakin lama semakin tidak mungkin dibiayai secara perorangan. Asuransi, pada dasarnya juga adalah suatu mekanisme untuk mengalihkan risiko (ekonomi) perorangan menjadi risiko kelompok.

2.2.3 Mekanisme Asuransi Kesehatan

Prinsip dasar penyelenggaraan asuransi kesehatan sebenarnya mirip dengan prinsip gotong royong, tetapi dengan besar kontribusi dan pertanggung jawaban yang telah ditetapkan sebelumnya. Dasar mekanisme ini adalah *the law of the large number* atau hukum bilangan besar. Sesuatu kejadian yang tidak pasti (*uncertain*) pada tingkat perorangan atau rumah tangga menjadi hampir pasti pada tingkat populasi yang besar. Dalam perkembangannya, mekanisme asuransi kesehatan telah ber- *proliferasi* sehingga kita dapatkan berbagai bentuk asuransi kesehatan di pasaran dunia. Bentuk modern pada awal perkembangannya, umumnya berupa transfer risiko pertanggung jawaban pergantian biaya (*reimbursement*). Risiko yang dipertanggung jawaban mulanya terbatas pada suatu risiko tertentu, seperti kecelakaan diri, perawatan rumah sakit dan tindakan bedah. Kemudian pertanggung jawaban berkembang menjadi pertanggung jawaban komprehensif. Model asuransi kesehatan tersebut kemudian menimbulkan masalah pembiayaan karena

terjadi “*overutilisasi*” dan tingginya inflasi biaya kesehatan. Hal ini dapat dimengerti karena adanya kecenderungan pemegang polis menggunakan pelayanan berlebihan dan tidak menggunakan pelayanan kesehatan yang benar. Dokter atau pemberi pelayanan kesehatan (PPK) cenderung memberikan pelayanan berlebih, kadang juga melakukan tindakan dan pemeriksaan yang berlebih karena dibayar dengan sistem *fee for service*. Dilain pihak, konsumen pada posisi *ignorance* yang praktis tidak memilih informasi yang cukup mengenai kesehatan dan pelayanan yang akan mereka terima dari PPK (Ilyas,2003).

2.3 Faktor-faktor Konsumen

2.3.1 Faktor Sociodemografi, Sosiopsikologi dan Epidemiologi

Dever, (1984) mengemukakan bahwa, variabel-variabel demografi dan sosial yang berhubungan dengan mortalitas dan morbiditas berhubungan juga dengan pemanfaatan layanan. Variabel-variabel ini meliputi usia, jenis kelamin, etnis, status perkawinan dan status sosial ekonomi (pendidikan pekerjaan, pendapatan). Kedua aspek hubungan antara karakteristik sosiodemografis dan utilisasi adalah sangat penting.

Penelitian-penelitian aspek epidemiologi untuk tujuan administrasi, perencanaan atau penyusunan kebijakan harus menggambarkan pemanfaatan layanan, khususnya untuk setiap aspek dari sosiodemografi sebagai penentu layanan kesehatan. Untuk suatu tingkat penyakit, apakah kelompok-kelompok usia, jenis kelamin, status sosial ekonomi cenderung menggunakan layanan kesehatan tertentu. Misalkan hubungan antara kelompok umur dengan pemanfaatan layanan kesehatan dapat digambarkan dengan contoh bahwa kelompok tua dan anak-anak menggunakan lebih banyak layanan kesehatan

dibandingkan dengan kelompok usia lain. Hal ini merupakan faktor utama yang harus dipertimbangkan manajer layanan kesehatan ketika merencanakan untuk memperluas dan mengembangkan layanan yang baru. Begitu juga lamanya rawat inap di rumah sakit terus meningkat seiring dengan usia dan konsumsi obat-obatan yang diresepkan. Sebuah survei tahun 1981 di Kanada menyatakan bahwa proporsi wanita yang melakukan tes pap smear tahunan banyak yang berkurang setelah usia 45 tahun, demikian juga proporsi wanita yang melaksanakan pemeriksaan payudara sendiri, meskipun risiko kanker payudara terus meningkat seiring dengan usia. Wanita lebih banyak memanfaatkan layanan kesehatan daripada pria mulai dari usia 15-44 tahun dan terus sampai usia tua, dimana kebanyakan perbedaan ini meliputi perawatan obstetric. Wanita juga lebih banyak memanfaatkan layanan kesehatan untuk perawatan operasi, gigi, pemeriksaan fisik preventif dan lebih banyak menggunakan obat-obatan. Pria melebihi jumlah wanita di rumah sakit jiwa.

Menyangkut faktor-faktor sosiopsikologis, Dever (1984) mengemukakan bahwa, dari hasil penelitian diketahui bahwa orang memandang gejala penyakit dengan cara yang tidak sama. Dapat dikatakan bahwa orang bertindak laku yang berbeda dalam mencari perawatan kesehatan sesuai persepsi mereka. Sebagian orang mungkin bertindak mencari pelayanan kesehatan berdasarkan beberapa gejala, sementara orang lain mungkin memilih untuk mengabaikan sepenuhnya atau tidak dapat mengambil tindakan dengan adanya gejala tersebut. Umumnya para peneliti melihat hubungan antara faktor-faktor sosiopsikologi dengan total pemanfaatan layanan. Persepsi, sikap dan keyakinan mempunyai pengaruh yang besar terhadap keputusan seseorang untuk mencari perawatan. Faktor

sosiopsikologi hanyalah sebagian dari banyak faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

2.3.2 Faktor Perilaku Konsumen

Perilaku manusia merupakan hasil segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Dengan kata lain, perilaku merupakan respon/reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya. Respon ini dapat bersifat pasif (tanpa tindakan : berfikir, berpendapat, berpersepsi, bersikap), maupun aktif (dengan tindakan). Sesuai dengan batasan ini, perilaku kesehatan dapat dirumuskan sebagai segala bentuk pengalaman dan interaksi individu dengan lingkungannya, khususnya menyangkut pengetahuan dan sikap tentang kesehatan, serta tindakannya yang berhubungan dengan kesehatan (Sarwono, 1993).

Menurut Notoatmodjo (1993) terdapat 5 konsep analisis perilaku sakit yaitu:

- a. Proses pencarian penyembuhan
- b. Proses pengobatan
- c. Proses penundaan pencarian pengobatan sewaktu gejala dirasakan
- d. Proses mengobati sendiri dengan berbagai obat yang dibeli di toko obat
- e. Proses menghentikan pengobatan yang sedang dilaksanakan.

Sedangkan perilaku pencarian pelayanan kesehatan terdiri dari:

- a. Tidak bertindak apa-apa
- b. Mengobati sendiri
- c. Mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan tradisional

- d. Mencari pengobatan dengan membeli obat ke warung atau toko
- e. Mencari pengobatan ke fasilitas yang disediakan pemerintah
- f. Mencari pengobatan ke fasilitas yang lebih mutakhir

Menurut Donabedian (1979) dua fenomena yang dapat diidentifikasi dan sangat penting untuk diukur oleh organisasi kesehatan yaitu perilaku klien, perilaku provider dan interaksinya. Pertama-tama bagaimana kebutuhan pengguna untuk memanfaatkan suatu layanan kesehatan harus diketahui oleh provider. Selanjutnya dalam proses perawatan medis, provider akan terus memperbaiki dan menyempurnakan proses pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan tersebut. Proses tersebut dimulai dengan kebutuhan dan diakhiri dengan modifikasi kebutuhan.

Selanjutnya telah diidentifikasi adanya 5 faktor yang mempengaruhi kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan (Sorkin, 1976), antara lain:

- a. Kebutuhan seseorang yang menderita suatu penyakit akan mencari pemeriksaan medis
- b. Kesadaran akan kebutuhan tersebut
- c. Sumber finansial yang harus tersedia untuk memperoleh pelayanan yang dibutuhkan
- d. Harus ada motivasi khusus untuk memperoleh pelayanan yang dibutuhkan
- e. Tersedianya fasilitas kesehatan yang sesuai harapan.

Selanjutnya Muzaham (1995), menegaskan bahwa variabel utama dalam proses pencarian pengobatan adalah:

- a. Hal yang menyangkut kemudahan dalam memperoleh pelayanan kesehatan, seperti kemampuan individu membayar biaya pelayanan kesehatan, kesadaran

mereka untuk menggunakan pelayanan kesehatan serta tersedianya fasilitas kesehatan

- b. Hal yang menyangkut sikap individu terhadap pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan terhadap manfaat pengobatan dan kepercayaan terhadap kualitas pelayanan yang tersedia
- c. Hal yang menyangkut ancaman penyakit seperti persepsi individu terhadap gejala penyakit dan kepercayaan terhadap gangguan serta akibat penyakit tersebut.
- d. Hal yang berkaitan dengan pengetahuan tentang penyakit
- e. Hal yang berkaitan dengan interaksi sosial individu, norma sosial dan struktur sosial
- f. Hal yang berkaitan dengan karakteristik demografi (status sosial, penghasilan, pendidikan).

2.4 Focus Group Discussion (FGD)

2.4.1 Pengertian

Focus Group Discussion atau diskusi kelompok terarah merupakan sarana untuk melakukan sosialisasi hasil analisis data. Pelaksanaannya merupakan satu bentuk diskusi kelompok yang dihadiri oleh kurang lebih 6-12 orang peserta dan satu orang moderator, dimana kelompok tersebut membicarakan satu topik tertentu secara bebas dan spontan.

FGD merupakan metode kualitatif dimana tujuannya adalah untuk mendapatkan informasi tentang konsep, persepsi, dan ide dari kelompok yang berdiskusi tersebut. Aktivitas FGD bukan sekedar tanya jawab saja melainkan ada proses pengembangan ide dari butir pertanyaan yang diajukan. Umumnya FGD

dipandu oleh seorang moderator selama proses pelaksanaannya sehingga diskusi tetap terarah dan tidak menyimpang dari topik yang telah ditentukan. Teknik FGD sering digunakan oleh para pengambil keputusan untuk mendukung pendapat pencatat keputusan karena relatif lebih murah dan cepat dibandingkan metode kualitatif lainnya (Qomaruddin, 1998).

2.4.2 Teknik pengelolaan FGD

Teknik yang dapat digunakan pada saat pelaksanaan FGD perlu diketahui agar jawaban yang diperoleh lebih maksimal. Teknik pelaksanaan FGD antara lain adalah sebagai berikut:

- a. Klasifikasi atau elaborasi, yaitu setelah peserta menjawab pertanyaan maka moderator atau fasilitator diharapkan mengulangi jawaban dalam bentuk pertanyaan untuk mendapatkan jawaban lebih lanjut.
- b. Reorientasi, yaitu fasilitator menggunakan jawaban dari seorang peserta untuk ditanyakan kepada peserta lain. Hal ini dimaksudkan agar FGD lebih hidup dan menarik.
- c. Usahakan agar ahli atau orang lain yang berpengaruh tidak hadir. Hal ini dimaksudkan agar kebebasan peserta untuk mengeluarkan pendapat tidak dibatasi oleh pengaruh yang dimiliki oleh orang atau ahli tersebut.
- d. Fasilitator berusaha mengontrol pelaksanaan diskusi agar tidak ada peserta yang dominan atau mungkin peserta yang diam. Diharapkan semua peserta yang hadir turut berpartisipasi aktif menjawab pertanyaan.
- e. Penggunaan alat bantu atau foto diperbolehkan untuk membantu penjelasan topik yang akan dibicarakan. (Qomaruddin, 1998).

2.4.3 Keuntungan dan Kerugian FGD

Bila digunakan secara benar, FGD memberikan beberapa keuntungan yaitu:

- a. *Sinergisme*, suatu kelompok mampu menghasilkan informasi, ide dan pandangan yang lebih luas
- b. *Snowballing*, komentar yang didapatkan secara acak dari responden dapat memacu mulainya suatu reaksi rantai respon yang menghasilkan ide baru.
- c. *Stimulation*, pengalaman dalam kelompok sendiri merupakan sesuatu yang menyenangkan dan mendorong partisipasi
- d. *Security*, individu responden merasa aman di dalam kelompok dan lebih merasa bebas mengutarakan perasaan atau pikiran
- e. *Spontanitas*, individu tidak diharapkan menjawab setiap pertanyaan karena itu diharapkan bahwa jawaban lebih memiliki arti, karena melalui suatu aktivitas kelompok.

Disamping keuntungan yang disebutkan di atas, teknik FGD juga memiliki kelemahan yaitu:

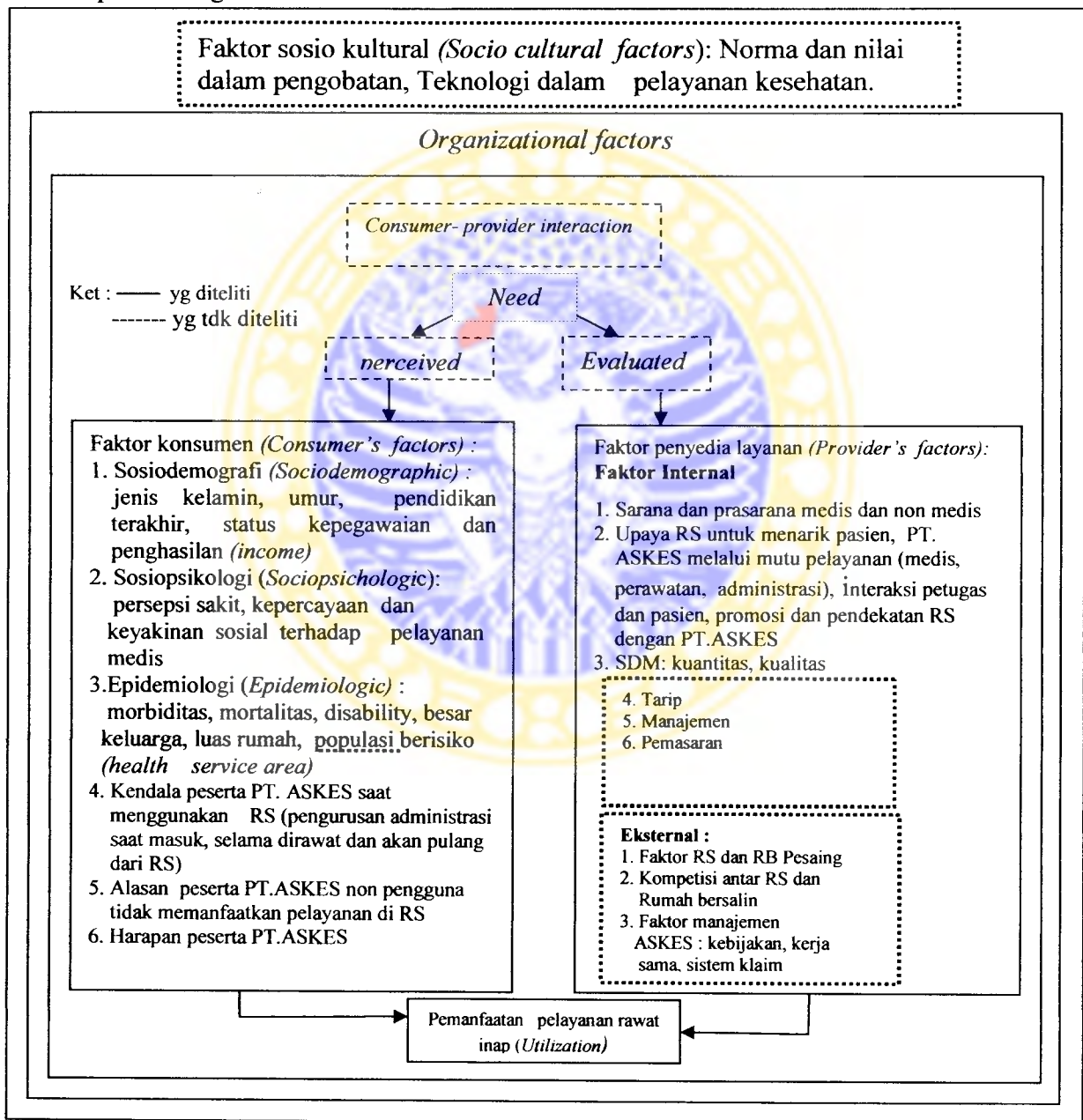
- a. Teknik FGD relatif mudah dilaksanakan namun sulit melakukan interpretasi data.
- b. Pelaksanaannya memerlukan moderator yang terampil (Qomaruddin, 1998).

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan tinjauan pustaka dapat disusun kerangka konseptual sebagai berikut :



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian

3.2 Penjelasan Kerangka Konseptual :

Berhubungan dengan pemanfaatan rawat inap, rumah sakit haruslah dapat memperhatikan faktor utama yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan yaitu, menyangkut faktor sosio kultural (*Sociocultural factors*), faktor organisasi (*Organizational factors*) dan faktor interaksi konsumen- provider (*Consumer-provider interaction*). Pemanfaatan pelayanan kesehatan terkait erat dengan faktor penyedia pelayanan (*provider*) dengan konsumen. Penyedia pelayanan harus dapat memahami kebutuhan (*perceived*) konsumen, dan juga harus dapat mengevaluasi kebutuhannya secara internal (*evaluated*) untuk dapat memenuhi kebutuhan konsumen. Interaksi antara faktor konsumen dan penyedia pelayanan (*provider*) sangat berpengaruh pada pemanfaatan (*utilization*) rumah sakit.

a. Faktor sosio kultural (*Sociocultural factors*)

Dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan rumah sakit haruslah dapat memberikan perhatian terhadap norma dan nilai yang ada di masyarakat. Norma dan nilai yang ada di masyarakat tersebut turut mempengaruhi pola perilaku masyarakat dalam pencarian pengobatan. Selanjutnya teknologi yang digunakan rumah sakit diharapkan dapat meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan sehingga, angka kesakitan dapat dikurangi yang secara langsung dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

b. Faktor Organisasi (*organizational factors*)

Faktor organisasi dalam hal ini faktor penyedia pelayanan (*provider*) baik secara internal rumah sakit maupun faktor eksternal perlu untuk dikaji dan dievaluasi

dengan baik dalam upaya meningkatkan pelayanan rawat inap. Ketersediaan sarana dan prasarana yang baik akan sangat menunjang proses pelayanan kesehatan yang optimal. Selanjutnya faktor utama yang menentukan kepuasan pasien adalah proses pelayanan sesuai standar yang telah ditetapkan (*standard of conduct*), interaksi antara pasien dengan petugas kesehatan (Damayanti, 2000).

Selain itu, ketersediaan Sumber daya Manusia yang cukup baik kualitas maupun kuantitasnya akan sangat menentukan mutu suatu pelayanan kesehatan. Adapun tenaga kesehatan yang sangat berperan dalam pemanfaatan ruang rapat inap di Rumah Sakit yaitu :

1. Dokter.

Dokter merupakan kelompok panutan yang paling mempengaruhi seseorang untuk memilih rumah sakit (Woodside, 1984), dengan demikian dokter khususnya dokter spesialis sangat berperan dalam meningkatkan pemanfaatan rawat inap.

2. Perawat.

Perawat adalah sumber daya manusia rumah sakit yang pertama dan terlama kontak dengan pasien, karenanya perawat memegang posisi kunci dalam membangun citra rumah sakit (Lumenta, 1989; Fosbinder; 1994; Damayanti, 2000). Selanjutnya kepuasan pasien akan mempengaruhi tingkat pemanfaatan pelayanan Rawat Inap. Oleh karena itu rumah sakit harus memberdayakan SDM kesehatan secara efisien dan efektif sambil tetap berupaya meningkatkan mutu pelayanan. Tarif pelayanan juga akan berpengaruh pada pemanfaatan rumah

sakit. Seseorang yang memperoleh produk berkualitas tinggi pada tingkat harga yang kompetitif akan menceritakan kepada teman-temannya sehingga permintaan akan produk itu akan meningkat (Gaspersz, 1997). Hal ini akhirnya akan memperluas pasar yang berarti akan meningkatkan pangsa pasar (*Market Share*). Dengan demikian dalam konteks rumah sakit kebijakan penetapan tarif ruangan akan mempengaruhi permintaan terhadap produk jasa penggunaan ruang yang selanjutnya akan mempengaruhi peningkatan pemanfaatan Rawat Inap.

c. Faktor Konsumen (*consumer factors*)

Kebutuhan konsumen berkaitan dengan pemahaman penyedia pelayanan tentang kebutuhan konsumen baik menyangkut faktor sosiodemografi yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan penghasilan. Faktor sosiopsikologi yaitu persepsi sakit, kepercayaan dan keyakinan sosial terhadap pelayanan medis. Faktor epidemiologi yang meliputi morbiditas, mortalitas, disabilitas dan faktor risiko. Disamping itu, penyedia pelayanan (*provider*) perlu memahami tentang kendala-kendala yang dihadapi konsumen, alasan konsumen untuk tidak menggunakan jasa layanan kesehatan yang tersedia maupun harapan konsumen. Hal ini dapat dijadikan suatu bahan dasar evaluasi mutu pelayanan kesehatan serta suatu langkah yang baik untuk menciptakan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan dan harapan konsumen sehingga konsumen tertarik untuk memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan yang tersedia.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan pendekatan studi *cross sectional*.

4.2 Populasi Penelitian

Populasi penelitian ini adalah peserta PT ASKES Kantor Cabang Pasuruan yang berdomisili di Kabupaten dan Kota Pasuruan.

4.3 Sampel, Besar Sampel, dan Cara Penentuan serta Pengambilan Sampel

4.3.1 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah pasien peserta PT. ASKES baik pengguna maupun non pengguna RSDSP serta jajaran pimpinan RSDSP yang ada pada saat penelitian.

4.3.2 Besar Sampel

Besar sampel untuk pasien peserta PT. ASKES pengguna RSDSP adalah semua pasien peserta PT. ASKES yang ada di instalasi rawat inap RSDSP selama penelitian dalam bulan juni 2005 sebesar 33 responden.

Besar sampel untuk pasien peserta PT. ASKES non pengguna RSDSP dibatasi sampai memenuhi kuota 85 responden. Kuota ditentukan dari rumus:

$$n = \frac{Nz^2 p(1-p)}{Nd^2 + z^2 p(1-p)}$$

Keterangan:

n = besar sampel

N = besar populasi

z = nilai standar normal yang besarnya tergantung α

Bila $\alpha = 0,05$ maka $z = 1,96$

Bila $\alpha = 0,01$ maka $z = 1,67$

p = probabilitas suatu kejadian

d = besarnya penyimpangan yang masih bisa ditolerir. (Poerwadi dkk, 1993).

Besar sampel untuk jajarannya pimpinan RSDSP adalah semua pimpinan yang ada pada saat penelitian di RSDSP. Selama penelitian diperoleh 14 responden pimpinan RSDSP.

4.3.3 Cara Penentuan dan Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel dalam penelitian ini dengan teknik *purposive sampling*, dimana sampel dipilih berdasarkan pertimbangan-pertimbangan tertentu. Kriteria sampel untuk pengguna RSDSP adalah:

1. Pasien telah dirawat minimal 2 hari dengan pertimbangan bahwa selama waktu tersebut mereka telah merasakan dan menilai pelayanan yang diterima.
2. Pasien dalam keadaan sadar dan mampu berkomunikasi.

3. Jika pasien tidak dapat berkomunikasi maka responden adalah keluarga atau yang bertanggung jawab dalam menjaga pasien.

Pengambilan sampel dilakukan oleh peneliti dan asisten peneliti yang sebelumnya telah dilatih terlebih dahulu untuk menjalankan penelitian.

4.4 Lokasi Penelitian

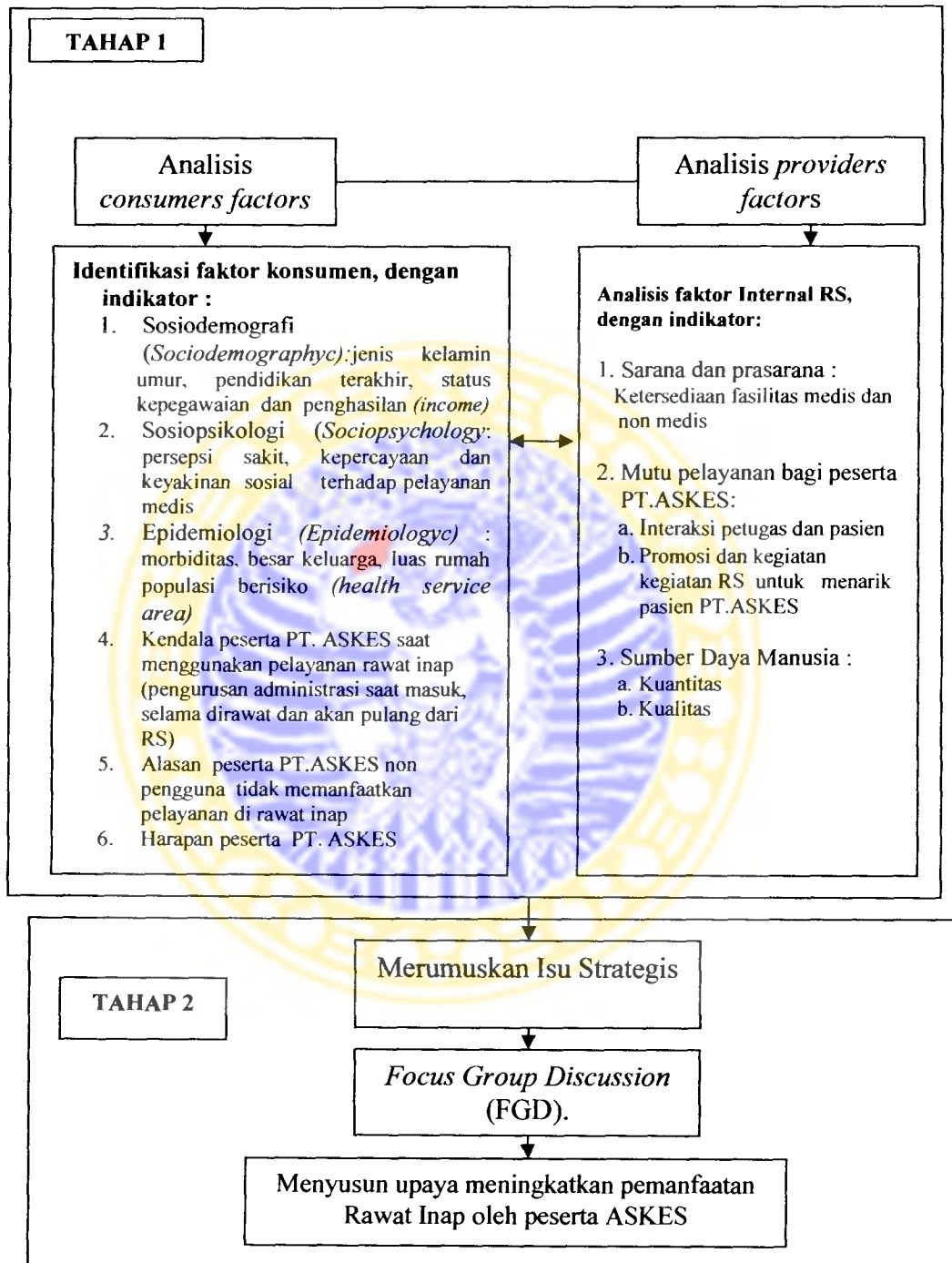
Penelitian ini dipusatkan di Rumah Sakit Daerah Dr. R. Soedarsono Kota Pasuruan, khususnya pada pelayanan rawat inap.

4.5 Waktu Penelitian

Pengambilan data dilakukan selama 1 bulan yaitu pada bulan Juni 2005.



4.6 Kerangka Operasional Penelitian



Gambar 4.1 Kerangka Operasional Penelitian.

4.7 Penjelasan Kerangka Operasional

Tahap I

1. Identifikasi Faktor Konsumen

Pada tahap ini dilakukan identifikasi terhadap faktor interaksi konsumen-provider menyangkut faktor sosiodemografi, sosiopsikologi dan epidemiologi peserta PT.ASKES pengguna dan non pengguna RSDSP.

2. Mengalisis kendala peserta PT.ASKES pengguna RSDSP, alasan peserta PT.ASKES non pengguna untuk tidak memanfaatkan RSDSP dan harapan peserta PT.ASKES pengguna dan non pengguna.

3. Selanjutnya menganalisis faktor internal RSDSP menyangkut sarana, prasarana, mutu pelayanan dan SDM dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada peserta PT.ASKES .

Tahap II

Dari hasil di atas maka dirumuskan isu strategi dan selanjutnya menyusun upaya peningkatan pemanfaatan RSDSP oleh peserta PT.ASKES melalui *Focus Group Discussion (FGD)*.

4.8 Definisi Operasional Variabel

Variabel penelitian	Definisi Operasional Variabel	Instrumen dan Cara Pengukuran	Skala	Jenis Data
Tahap I a. Identifikasi faktor konsumen	Menganalisis karakteristik peserta PT.ASKES yang memanfaatkan maupun yang tidak memanfaatkan RSDSP menyangkut faktor sosiodemografi, sosiopsikologi dan epidemiologi yaitu:	Angket, wawancara ditujukan kepada responden yang memanfaatkan dan tidak memanfaatkan RSDSP		
1. Sosiodemografi	Sosiodemografi yaitu pengukuran identitas konsumen menyangkut : umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan penghasilan:			
a. Jenis kelamin	Karakteristik seksual yang dimiliki peserta ASKES	Kategori : 1. Pria 2. wanita	Nominal	Primer
b. Umur	Selisih antara tahun sekarang dan tahun kelahiran dari peserta ASKES	Kategori : 1. < 5 tahun 2. 6–12 tahun 3. 13–25 tahun 4. 26– 60 tahun 5. > 60 tahun	Ordinal	Primer
c. Pendidikan terakhir	Pendidikan terakhir peserta ASKES	Kategori : 1. SD 2. SLTP/ sederajat 3. SMU/ sederajat 4. PT	Ordinal	Primer

Variabel penelitian	Definisi Operasional Variabel	Instrumen dan Cara Pengukuran	Skala	Jenis Data
d. Status kepegawaian peserta	Status kepegawaian peserta	Kategori : 1. PNS 2. Pensiunan	Ordinal	Primer
e. Penghasilan (<i>income</i>)	Gaji yang diterima dari pekerjaan peserta ASKES	Kategori : 1. Kurang dari 1 juta rupiah 2. 1 juta rupiah 3. 1-2 juta rupiah 4. Lebih dari 2 juta rupiah	Ordinal	Primer
2. Sosiopsikologi	Sosiopsikologi yaitu total skor atau meliputi: persepsi konsumen tentang sakit, kepercayaan dan keyakinan sosial terhadap pelayanan medis. Indikator yang diukur :			
a. Persepsi sakit	yaitu pemahaman peserta ASKES tentang adanya gejala sakit dan harus diobati. Hal ini diukur dengan pemahaman peserta ASKES tentang adanya gejala sakit dan harus diobati.	Kategori 1. Saat sudah parah 2. Saat gejala tidak sembuh 3. Saat mulai terasa gejala 4.	Ordinal	Primer
b. Kepercayaan dan keyakinan sosial terhadap pelayanan medis.	Yaitu pengambilan keputusan konsumen dalam mencari pengobatan medis pada saat sakit karena percaya bahwa penyakitnya dapat disembuhkan. Hal ini diukur melalui :			

Variabel penelitian	Definisi Operasional Variabel	Instrumen dan Cara Pengukuran	Skala	Jenis Data
	a. cara pasien / keluarga berobat bila sakit atau ada gejala sakit.	Kategori 1. Supranatural 2. Alternatif 3. Obati sendiri (tradisional) 4. Pengobatan medis (rumah sakit)	Ordinal	Primer
	b. Kepercayaan dan keyakinan sosial pasien bahwa pelayanan kesehatan yang digunakan memiliki dapat membantu menyembuhkan.	Kategori 1. Supranatural 2. Alternatif 3. Obati sendiri (tradisional) 4. Pengobatan medis (rumah sakit)	Ordinal	Primer
3.Epidemiologi	3.Epidemiologi yaitu total skor atau meliputi morbiditas, besar keluarga, luas rumah dan populasi berisiko (<i>health service area</i>) untuk mengetahui gap dalam pelayanan kesehatan. Indikator yang digunakan yaitu:	Angket, wawancara ditujukan kepada responden yang memanfaatkan dan tidak memanfaatkan RSDSP		
	a. Morbiditas (frekwensi sakit) dalam satu tahun	Kategori : 1. <5 th...kali 2. 6–12 th.... kali 3.13–25 tahun kali 4. 26 – 60 th... kali 5. > 60 th.... kali	Ordinal	Primer

Variabel penelitian	Definisi Operasional Variabel	Instrumen dan Cara Pengukuran	Skala	Jenis Data
3. Epidemiologi	b. Besar keluarga	Kategori: 1. 6-7 orang 2. 5-6 orang 3. 3- 4 orang 4. 1- 2 orang	Ordinal	Primer
	c. Luas rumah	Kategori: 1. 36- 44 M ² 2. 45- 59 M ² 3. 60 - 70 M ² 4. > 70 M ²	Ordinal	Primer
	d. Jenis penyakit yang pernah diderita keluarga terakhir kali	1. < 5 tahun. Sakit.... 2. 6–12 thn. Sakit..... 3. 13 – 25 tahun. Sakit..... 4. 26 – 60 tahun. Sakit..... 5. > 60 tahun. Sakit.....	Ordinal	Primer
	e. Pendataan populasi berisiko (<i>health service area</i>)	Kategori 1. Tidak pernah 2. Belum pernah	Nominal	Primer
4. Kendala peserta PT. ASKES saat menggunakan RSDSP	Kendala-kendala peserta PT.ASKES saat menggunakan RSDSP (saat mulai mendaftar sampai keluar). Indikator yang diukur yaitu :	Angket, wawancara ditujukan kepada responden yang memanfaatkan RSDSP		
	a. Pasien berobat ke RSDSP untuk semua penyakit yang diderita	Kategori : 1. Tidak, kadang-kadang ke rumah sakit lain 2. Tidak, untuk penyakit tertentu saja 3. Ya, untuk semua penyakit 4.	Ordinal	Primer

Variabel penelitian	Definisi Operasional Variabel	Instrumen dan Cara Pengukuran	Skala	Jenis Data
4. Kendala peserta PT. ASKES saat menggunakan RSDSP	b. Alasan menggunakan rumah sakit lain untuk mendapat pelayanan kesehatan	Kategori : 1. Mudah dijangkau 2. Fasilitas medis lebih lengkap dari RSD dr. Soedarsono 3. Merasa cocok dengan dokter di tempat tersebut 4. Petugas kesehatannya ramah-ramah	Ordinal	Primer
	c. Pendapat peserta ASKES: Pelayanan petugas administrasi saat mendaftar	Kategori : 1. Tidak baik 2. Kurang baik 3. Baik 4. Sangat baik	Ordinal	Primer
	d. Pendapat peserta ASKES saat mendapat pengobatan: Pelayanan perawat, pelayanan dokter	Kategori : 1. Tidak baik 2. Kurang baik 3. Baik 4. Sangat baik	Ordinal	Primer
	e. Pendapat peserta ASKES saat di rawat inap di RSDSP: 1) Pelayanan dokter 2) Pelayanan perawat 3) Pelayanan gizi 4) Pelayanan obat 5) Pelayanan administrasi dan Keuangan	Angket,wawancara Kategori : 1. Tidak baik 2. Kurang baik 3. Baik 4. Sangat baik	Ordinal	Primer

Variabel penelitian	Definisi Operasional Variabel	Instrumen dan Cara Pengukuran	Skala	Jenis Data
4. Kendala peserta PT. ASKES saat menggunakan RSDSP	f. Ketersediaan fasilitas yaitu: 1) Medis (Radiologi, Laboratorium, Gizi, Apotik) dan non medis (Ruang tunggu, Kamar mandi, WC) 2) Pendapat peserta tentang fasilitas yang sebaiknya dimiliki RSDSP.	Kategori : 1. Tidak lengkap 2. Kurang lengkap 3. Lengkap 4. Sangat Lengkap	Ordinal	Primer
	g. Ada tidaknya penyuluhan dari rumah sakit tentang hak dan kewajiban peserta PT.ASKES	Kategori : 1. Tidak pernah 2. Tidak tahu 3. Pernah (1 kali) 4. Pernah (lebih dari 1 kali)	Ordinal	Primer
	h. Pendapat pasien tentang Pelaksanaan penyuluhan tersebut	Kategori : 1. Tidak memahami 2. kurang memahami 3. Memahami 4. Sangat memahami	Ordinal	Primer
	i. Ketentuan instansi tempat kerja ke rumah sakit tertentu	Kategori : 1. Tidak ada 2. Ada	Nominal	Primer

Variabel penelitian	Definisi Operasional Variabel	Instrumen dan Cara Pengukuran	Skala	Jenis Data
5. Alasan peserta PT.ASKES untuk tidak memanfaatkan pelayanan di RSDSP	Menganalisis alasan-alasan peserta ASKES non pengguna RSDSP untuk tidak memanfaatkan pelayanan di RSDSP. Meliputi :	Angket, wawancara ditujukan kepada responden peserta PT.ASKES yang tidak memanfaatkan RSDSP		
	a. Pendapat peserta ASKES non pengguna tentang keterjangkauan RSDSP untuk pengobatan dan alasan menggunakan RSDSP	Kategori : 1. Tidak terjangkau 2. Kurang terjangkau 3. Terjangkau 4. Sangat terjangkau	Ordinal	Primer
	b. Alasan di rawat inap di rumah sakit lain	Angket, wawancara Kategori 1. Kemauan sendiri 2. Rujukan dari Puskesmas 3. Rujukan dari RSD dr. Soedarsono 4. Lain-lain		Primer
	c. Alasan utama ke rumah sakit lain	Kategori 1. Mudah dijangkau 2. Fasilitas pemeriksaan medis lengkap 3. Merasa cocok dengan pengobatan dokter 4. Petugas kesehatan ramah-ramah	Ordinal	Primer

Variabel penelitian	Definisi Operasional Variabel	Instrumen dan Cara Pengukuran	Skala	Jenis Data
5. Alasan peserta PT.ASKES untuk tidak memanfaatkan pelayanan di RSDSP	d. Alasan-alasan lain tidak memanfaatkan RSDSP	Wawancara kepada responden yang tidak memanfaatkan RSDSP		Primer
6. Harapan peserta PT. ASKES pengguna dan non pengguna tentang pelayanan kesehatan di RSDSP.	Keyakinan peserta PT.ASKES pengguna dan non pengguna tentang pelayanan kesehatan yang akan di terima di RSDSP meliputi : a. Pelayanan dokter b. Pelayanan perawat c. Pelayanan gizi d. Pelayanan Obat e. Pelayanan administrasi keuangan	Wawancara kepada responden yang memanfaatkan dan tidak memanfaatkan RSDSP	Ordinal	Primer
Faktor Penyedia layanan (Provider) : Menganalisis Faktor Internal Rumah sakit	Menganalisis faktor-faktor internal RSDSP menyangkut sarana prasarana, mutu pelayanan (dokter,perawat dan administrasi keuangan) dan sumber daya manusia untuk menarik pasien PT. ASKES yaitu :	Angket, wawancara ditujukan kepada pimpinan RSDSP		

Variabel penelitian	Definisi Operasional Variabel	Instrumen dan Cara Pengukuran	Skala	Jenis Data
1. Sarana dan prasarana	a. Ketersediaan / kelengkapan fasilitas medis : radiology, Laboratorium, Gizi, apotik dalam menunjang pelayanan.	Kategori : 1. Tidak lengkap 2. Kurang lengkap 3. Lengkap 4. Sangat lengkap	Ordinal	Primer
	b. Ketersediaan / kelengkapan fasilitas non medis: ruang tunggu, kamar mandi, WC yang dapat menunjang pelayanan.	Kategori : 1. Tidak lengkap 2. Kurang lengkap 3. Lengkap 4. Sangat lengkap	Ordinal	Primer
	c. Fasilitas medis untuk pemeriksaan dan pengobatan yang sebaiknya dimiliki di RSDSP	Angket, Wawancara ditujukan kepada pimpinan RSDSP		Primer
2. Mutu Pelayanan (pelayanan medis, keperawatan, gizi, obat, administrasi dan keuangan)	Mutu pelayanan medis dan administrasi yaitu pelayanan yang diberikan oleh petugas medis dan non medis menyangkut : interaksi petugas dan pasien dalam pelayanan Dokter, perawat, gizi, obat, administrasi dan keuangan, dan kegiatan-kegiatan untuk menarik pasien PT.ASKES. meliputi :	Angket, wawancara ditujukan kepada pimpinan RSDSP		

Variabel penelitian	Definisi Operasional Variabel	Instrumen dan Cara Pengukuran	Skala	Jenis Data
2. Mutu Pelayanan (pelayanan medis, keperawatan, gizi, obat, administrasi dan keuangan)	1. Mutu pelayanan : a. Pelayanan Dokter b. Pelayanan Perawat c. Pelayanan Gizi d. Pelayanan Obat e. Pelayanan administrasi keuangan	Kategori : 1. Tidak bermutu 2. Kurang 3. Baik 4. Sangat baik	Ordinal	Primer
	2. Sosialisasi, pelayanan prima oleh pimpinan dan pelaksanaannya oleh petugas (medis dan non medis) di RSDSP			
	a. Sosialisasi oleh pimpinan RSDSP	Kategori : 1. Tidak pernah 2. Kurang 3. Baik 4. Sangat baik	Ordinal	Primer
	b. Ikut serta dalam pelatihan tentang pelayanan prima	Kategori : 1. Tidak pernah 2. Kurang 3. Baik 4. Sangat baik	Ordinal	Primer
	c. Pelaksanaan pelayanan prima oleh petugas medis dan non medis dalam interaksi dengan peserta yang meliputi:	Kategori: 1. Belum dilaksanakan 2. Sudah dilaksanakan Kalau belum dilaksanakan mohon kemukakan alasannya.....		Primer

Variabel penelitian	Definisi Operasional Variabel	Instrumen dan Cara Pengukuran	Skala	Jenis Data
2. Mutu Pelayanan (pelayanan medis, keperawatan, gizi, obat, administrasi dan keuangan)	1) Saat mulai mendaftar 2) Saat perawat memberi pelayanan di rawat inap 3) Saat dokter memberi pelayanan di rawat inap 4) Saat petugas melayani pasien yang akan keluar dari rawat inap	Kategori: 1. Tidak baik 2. Kurang baik 3. Baik 4. Baik sekali	Ordinal	Primer
	d. Rujukan ke Rumah sakit lain: Presentase dan alasan	Kategori: 1. Fasilitas tidak tersedia untuk penyakit tersebut 2. Tidak tersedia dokter spesialis untuk penyakit tersebut 3. Kemauan pasien sendiri	Ordinal	Primer
	e. Kegiatan-kegiatan RSDSP untuk menarik pasien PT. ASKES	1. Penyuluhan 2. Brosur 3. Jenis lainnya :.....		Primer dan penelusuran dokumen
	f. Frekwensi kegiatan	1. Setahun sekali 2. Enam bulan sekali 3. Satu bulan sekali	Ordinal	Primer

Variabel penelitian	Definisi Operasional Variabel	Instrumen dan Cara Pengukuran	Skala	Jenis Data
2. Mutu Pelayanan (pelayanan medis, keperawatan, gizi, obat, administrasi dan keuangan)	g. Pelaksanaan dengan lembaga terkait (ASKES, Pemda)	Kategori: 1. Tidak melibatkan 2. Ya, kalau diperlukan 3. Setiap kali melibatkan	Ordinal	Primer
	h. Pendataan tentang pasien ASKES di sekitar area pelayanan (<i>health service area</i>)	1. Tidak pernah 2. Pernah	Nominal	Primer
3. SDM : Kuantitas, kualitas	Sumber daya manusia yaitu tersedianya karyawan (medis, perawat, administrasi dan penunjang medis) yang dapat menunjang proses pelayanan baik kuantitas sesuai standar yang ditentukan dan kualitas (kualifikasi pendidikan).		Ordinal	Primer
	Indikator yang diukur yaitu: a. Jumlah dokter sesuai standart kesehatan/rumah sakit	Kategori : 1. Tidak sesuai 2. Kurang sesuai 3. Sesuai 4. Sangat sesuai	Ordinal	Primer dan penelusuran dokumen
	b. Jumlah dokter spesialis sesuai standar kesehatan/rumah sakit	Kategori : 1. Tidak sesuai 2. Kurang 3. Sesuai 4. Sangat Sesuai	Ordinal	Primer dan penelusuran dokumen

Variabel penelitian	Definisi Operasional Variabel	Instrumen dan Cara Pengukuran	Skala	Jenis Data
3. SDM : Kuantitas, kualitas	c. Jumlah perawat sesuai standar kesehatan/rumah sakit	Kategori : 1. Tidak sesuai 2. Kurang 3. Sesuai 4. Sangat Sesuai	Ordinal	Primer dan penelusuran dokumen
	d. Jumlah petugas non medis sesuai standar kesehatan/ rumah sakit	Kategori : 1. Tidak sesuai 2. Kurang 3. Sesuai 4. Sangat Sesuai	Ordinal	Primer dan penelusuran dokumen
	e. Kualitas (kualifikasi pendidikan)	Kategori : 1. Tidak sesuai 2. Kurang 3. Sesuai 4. Sangat Sesuai	Ordinal	Primer dan penelusuran dokumen
	f. Peningkatan kualitas dokter melalui kegiatan-kegiatan seminar ilmiah, dan sebagainya sesuai standar kesehatan	Kategori: 1. Sangat kurang 2. Kurang 3. Baik 4. Baik sekali	Ordinal	Primer dan penelusuran dokumen
	g. Manfaatnya dalam pelayanan di RSDSP	Kategori: 1. Tidak bermanfaat 2. Kurang 3. Bermanfaat 4. Bermanfaat sekali	Ordinal	Primer
	h. Peningkatan kualitas perawat melalui kegiatan-kegiatan seminar ilmiah, pelatihan-pelatihan dan sebagainya sesuai standar kesehatan	Kategori: 1. Sangat kurang 2. Kurang 3. Baik 4. Baik sekali	Ordinal	Primer dan penelusuran dokumen

Variabel penelitian	Definisi Operasional Variabel	Instrumen dan Cara Pengukuran	Skala	Jenis Data
3. SDM : Kuantitas, kualitas	i. Manfaatnya dalam pelayanan di RSDSP	Kategori 1. Tidak bermanfaat 2. Kurang 3. Bermanfaat 4. Bermanfaat sekali	Ordinal	Primer
	j. Peningkatan kualitas petugas non medis melalui kegiatan-kegiatan pelatihan atau lainnya sesuai standar kesehatan	1. Sangat kurang 2. Kurang 3. Baik 4. Baik sekali	Ordinal	Primer dan penelusuran dokumen
	k. Manfaatnya dalam pelayanan di RSDSP	1. Tidak bermanfaat 2. Kurang 3. Bermanfaat 4. Bermanfaat sekali	Ordinal	Primer

4.9 Instrumen dan Pengumpulan Data

4.9.1 Instrumen

Data primer dalam penelitian dikumpulkan dengan menggunakan angket dan *Focus Group Discussion* (FGD). Sedangkan data sekunder dikumpulkan dari dokumen yang telah ada di RSDSP yang berkaitan langsung dengan pelayanan rawat inapnya.

4.9.2 Uji validitas dan reliabilitas

Sebelum dilaksanakan penelitian, dilakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap instrumen penelitian yang akan digunakan pada 30 responden di RSDSP. Uji validitas dilakukan dengan cara mengkorelasikan skor masing-masing butir pernyataan pada tiap-tiap variabel dengan skor totalnya yang menggunakan rumus korelasi *Product Moment* (Sanusi, 2003). Angket dinyatakan valid apabila nilai koefisien korelasi lebih besar dari nilai yang tercantum dalam tabel pada $\alpha = 5\%$.

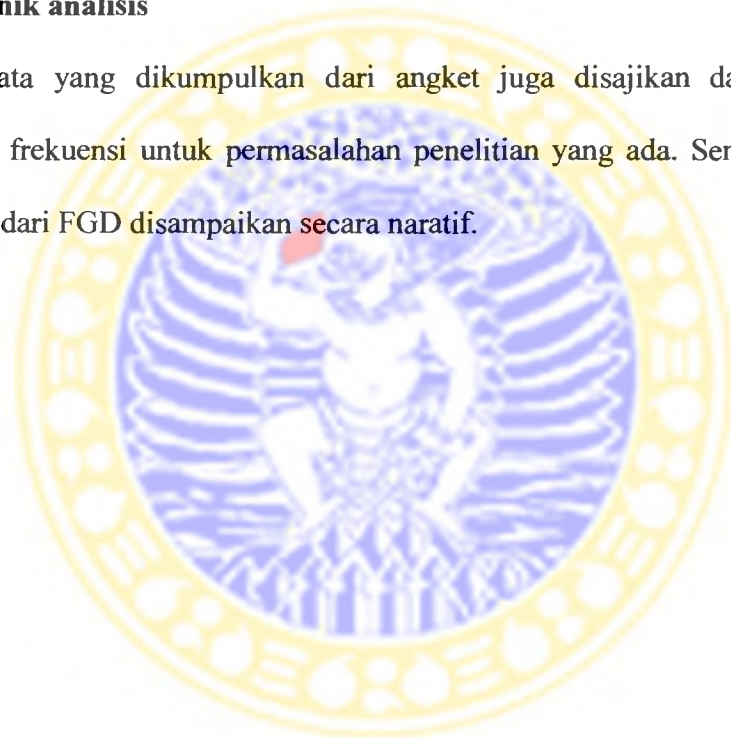
Pengujian reliabilitas dilakukan dengan cara pengukuran ulang, yaitu angket diberikan kepada responden yang sama pada waktu yang berbeda yaitu selang 21 hari (Sanusi, 2003). Selanjutnya skor total dari masing-masing pengukuran itu dikorelasikan dengan menggunakan rumus *Product Moment* sebagaimana menghitung validitas. Angket dinyatakan reliabel apabila nilai koefisien korelasi lebih besar dari nilai yang tercantum dalam tabel pada $\alpha = 5\%$. Berdasarkan pengujian dengan menggunakan program SPSS, semua item dalam kuesioner valid dan reliabel.

4.9.3 Cara pengumpulan data

Dalam penelitian ini mengumpulkan data primer dengan cara pengambilan data menggunakan metode kuantitatif. Data diperoleh dari jawaban angket yang diisi oleh responden. Di samping itu juga akan dikumpulkan data sekunder yang berkaitan dengan pemanfaatan pelayanan rawat inap di lokasi penelitian.

4.10 Tehnik analisis

Data yang dikumpulkan dari angket juga disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi untuk permasalahan penelitian yang ada. Sementara untuk data kualitatif dari FGD disampaikan secara naratif.



BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Rumah Sakit Daerah Dr. R. Soedarsono

5.1.1 Kondisi dan potensi unit kerja

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soedarsono merupakan rumah sakit pemerintah tipe C yang berdiri pada tahun 1921. Jumlah tempat tidur 155 buah. Rumah Sakit Daerah Dr. R. Soedarsono didirikan di atas tanah seluas 3,1 hektar, dengan luas bangunan 7.800m², biaya bangunan adalah dari APBD dan APBN/Depkes.

Unit penunjang dan hasil kegiatan selama tahun 2000 di RSDSP dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Unit

Terdiri dari unit rawat inap dan unit rawat jalan.

Jenis unit rawat inap yang terdiri dari:

- 1) Ruang penyakit dalam (paru, jantung, interna, syaraf)
- 2) Ruang anak
- 3) Ruang kandungan
- 4) Ruang bedah
- 5) Ruang bayi
- 6) Pavilyun

Jenis Unit rawat jalan, yang terdiri dari:

- 1) Poli gigi
- 2) Poli mata

- 3) Poli THT
- 4) Poli umum
- 5) Poli anak
- 6) Poli interna
- 7) Poli KIA
- 8) Poli Bedah
- 9) Poli kulit
- 10) Poli paru
- 11) Poli syaraf
- 12) Poli rehabilitasi medis

2. Penunjang

Fasilitas penunjang yang tersedia saat ini:

- 1) Radiologi
- 2) Laboratorium
- 3) Instalasi farmasi
- 4) Instalasi gizi
- 5) Instalasi pemeliharaan sarana
- 6) Kamar jenazah

3. Hasil kegiatan rumah sakit tahun 2000

- | | | |
|--|---|-----------|
| 1) Rata-rata kunjungan per hari | : | 167 orang |
| 2) Angka pemanfaatan tempat tidur | : | 52,8 % |
| 3) Selang waktu pemakaian tempat tidur (TOI) | : | 2,8 hari |
| 4) Frekuensi pemakaian tempat tidur (BTO) | : | 61,3 kali |
| 5) Rata-rata lama rawat (LOS) | : | 4,1 hari |

6) Angka kematian umum (GDR)	:	45,9 ‰
7) Angka kematian Netto (NDR)	:	22,5 ‰
8) Penderita rawat inap	:	9599/tahun
9) Jenis yang diperiksa di laboratorium	:	48524/tahun
10) Pemeriksaan Rontgen	:	3541/tahun
11) Kegiatan yang dilakukan dokter gigi	:	6662/tahun
12) Penderita yang masuk di UGD	:	3239/tahun
13) Penderita rawat jalan baru	:	34419/tahun
14) Tindakan operasi	:	3690/tahun
15) Persalinan normal	:	747/tahun
16) Kematian perinatal	:	80/tahun

5.1.2 Tugas pokok dan fungsi

1. Tugas pokok

Sesuai dengan Perda Nomor 1 tahun 1997 Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soedarsono mempunyai tugas pokok untuk melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan yang dilaksanakan secara serasi terpadu, peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan upaya rujukan.

2. Fungsi

Untuk melaksanakan tugas pokok tersebut RSUD Dr. R Soedarsono mempunyai fungsi:

- 1) Penyelenggaraan pelayanan medis
- 2) Penyelenggaraan pelayanan penunjang medis
- 3) Penyelenggaraan pelayanan dan asuhan keperawatan

- 4) Penyelenggaraan pelayanan rujukan
- 5) Penyelenggaraan pelayanan pendidikan dan pelatihan
- 6) Penyelenggaraan pelayanan penelitian dan pengembangan
- 7) Penyelenggaraan pelayanan administrasi umum dan keuangan

5.1.3 Kondisi penunjang

1. Sumber daya manusia

Jumlah personil yang ada di RSUD Dr. R. Soedarsono Pasuruan sebanyak 286 orang dengan perincian sebagai berikut:

Menurut Golongan

- 1) Golongan IV : 7 orang
- 2) Golongan III : 57 orang
- 3) Golongan II : 141 orang
- 4) Golongan I : 5 orang
- 5) Kontrak : 75 orang

2. Tenaga profesi :

- 1) Dokter spesialis : 17 orang
 - a. Bedah Umum : 2 orang
 - b. Internis : 2 orang
 - c. Obsgyn : 2 orang
 - d. Anak : 2 orang
 - e. THT : 1 orang
 - f. Saraf : 1 orang
 - g. Paru : 1 orang
 - h. Orthopedi : 1 orang

- i. Radiologi : 1 orang
 - j. Kulit dan kelamin : 1 orang
 - k. Anestesi : 1 orang
 - l. Patologi klinik : 1 orang
 - m. Bedah mulut : 1 orang
 - 2) Dokter umum : 9 orang
 - 3) Dokter gigi : 3 orang
 - 4) Bidan : 11 orang
 - 5) Perawat/perawat gigi : 100 orang
 - 6) Pembantu perawat : 22 orang
3. Anggaran rutin
- 1) Belanja pegawai : Rp. 744.530.300
 - 2) Belanja barang : Rp. 563.833.550
 - 3) Belanja pemeliharaan : Rp. 23.750.000
 - 4) Belanja Perjalanan Dinas : Rp. 4.500.000
 - 5) Belanja lain-lain : Rp. 27.940.000
 - 6) Anggaran pembangunan operasional : Rp. 100.000.000
4. Sarana dan prasarana
- 1) Rawat Jalan

Rawat jalan yang ada sebanyak 12 Poli yang terdiri dari: Gigi, Mata, THT, Umum, Anak, Interna, KIA, Bedah, Kulit, Paru, Syaraf, Rehabilitasi medis.
 - 2) Rawat Inap terdiri dari 155 tempat tidur (TT)
 - 3) Unit Gawat Darurat (UGD)

- 4) Laboratorium
 - 5) Kamar Jenazah
 - 6) Pelayanan Radiologi
 - 7) Instalasi Pemeliharaan Sarana
 - 8) Instalasi gizi
5. Visi, Misi, Motto dan *Values*

Visi RSUD Dr. R. Soedarsono Pasuruan adalah ” menjadikan rumah sakit pilihan utama masyarakat dalam bidang pelayanan kesehatan”

Misi RSUD Dr. R. Soedarsono Kabupaten Pasuruan adalah

- 1) Meningkatkan profesionalisme dalam pelayanan
- 2) Mewujudkan kepuasan setiap pengunjung rumah sakit
- 3) Mewujudkan pelayanan proaktif
- 4) Meningkatkan kesejahteraan karyawan

Sedangkan motto RSDSP adalah “Anda puas kamipun puas”.

Values RSDSP Pasuruan adalah sebagai berikut:

- 1) Selalu mengutamakan penderita dengan penuh kerendahan hati dan kebersediaan untuk menolong
- 2) Selalu mengembangkan diri demi pelayanan yang lebih baik
- 3) Dengan kebersamaan semuanya menjadi lebih mudah
- 4) Setiap pelayanan dilandasi oleh rasa kemanusiaan, etik dan keihlasan pada Tuhan.

5.2 Karakteristik peserta PT. ASKES yang Memanfaatkan dan Tidak Memanfaatkan RSDSP

Karakteristik responden terdiri dari faktor sosiodemografi, sosiopsikologis dan epidemiologis. Faktor sosiodemografi meliputi jenis kelamin, umur, pendidikan terakhir, status kepegawaian dan penghasilan (*income*).

5.2.1 Faktor Sosiodemografi

5.2.1.1 Jenis Kelamin

Karakteristik responden peserta PT.ASKES yang memanfaatkan dan tidak memanfaatkan RSDSP berdasarkan jenis kelamin terdiri dari laki-laki dan perempuan seperti pada tabel 5.1 berikut:

Tabel 5.1 Distribusi Jenis Kelamin Responden Peserta PT.ASKES yang Memanfaatkan dan Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005.

No	Jenis Kelamin	Responden yang Memanfaatkan RSDSP		Responden yang Tidak Memanfaatkan RSDSP	
		Σ	%	Σ	%
1.	Laki-laki	20	60,6	38	44,7
2.	Perempuan	13	39,4	47	55,3
Jumlah		33	100,0	85	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5.1 diatas dapat diketahui bahwa responden yang memanfaatkan RSDSP sebagian besar adalah laki-laki yaitu sebesar 60,6% sedangkan responden yang tidak memanfaatkan RSDSP berimbang antara laki-laki dan perempuan.

5.2.1.2 Umur

Karakteristik responden peserta PT.ASKES yang memanfaatkan dan tidak memanfaatkan RSDSP berdasarkan umur dapat dilihat pada tabel 5.2 dibawah ini:

Tabel 5.2 Distribusi Umur Responden Peserta PT.ASKES yang Memanfaatkan dan Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005.

No	Umur	Responden yang memanfaatkan RSDSP		Responden yang tidak memanfaatkan RSDSP	
		Σ	%	Σ	%
1.	25-32 tahun	1	3,0	0	0,0
2.	33-40 tahun	0	0,0	2	2,4
3.	41-48 tahun	12	36,4	1	1,2
4.	49-56 tahun	13	39,4	30	35,3
5.	> 56 tahun	7	21,2	52	61,1
Jumlah		33	100,0	85	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5.2 dapat diketahui bahwa distribusi umur responden yang memanfaatkan RSDSP yaitu antara 49-56 tahun dan 41-48 tahun masing-masing sebesar 39,4 % dan 36,4 % sedangkan untuk responden yang tidak memanfaatkan RSDSP sebagian besar berumur > 56 tahun yaitu sebesar 61,1 %.

5.2.1.3 Pendidikan Terakhir

Pendidikan terakhir responden peserta PT.ASKES yang memanfaatkan dan yang tidak memanfaatkan RSDSP terdiri dari tamatan SD, SLTP atau sederajat, SLTA atau sederajat dan perguruan tinggi, seperti pada tabel 5.3 berikut:

Tabel 5.3 Distribusi Pendidikan Terakhir Responden Peserta PT.ASKES Yang Memanfaatkan Dan Yang Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005

No	Pendidikan Terakhir	Responden yang memanfaatkan RSDSP		Responden yang tidak memanfaatkan RSDSP	
		Σ	%	Σ	%
1.	SD	2	6,1	8	9,4
2.	SLTP	2	6,1	16	18,8
3.	SLTA	15	45,5	47	55,3
4.	Perguruan Tinggi	14	42,4	14	16,5
Jumlah		33	100,0	85	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5.3 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden yang memanfaatkan RSDSP adalah tamatan SLTA.

5.2.1.4 Status Kepegawaian

Status kepegawaian responden peserta PT.ASKES yang memanfaatkan dan yang tidak memanfaatkan RSDSP terdiri dari Pegawai Negeri Sipil (PNS), dan pensiunan PNS. Distribusi responden berdasarkan status kepegawaian dapat dilihat pada tabel 5.4 berikut:

Tabel 5.4 Distribusi Status Kepegawaian Responden Peserta PT.ASKES Yang Memanfaatkan Dan Yang Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005

No	Status Kepegawaian	Responden yang memanfaatkan RSDSP		Responden yang tidak memanfaatkan RSDSP	
		Σ	%	Σ	%
1.	PNS	26	78,8	33	38,8
2.	Pensiunan	7	21,2	52	61,2
Jumlah		33	100,0	85	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5.4 dapat diketahui bahwa sebagian besar pengguna RSDP adalah Pegawai Negeri Sipil (PNS) yaitu sebesar 78,8% dan non pengguna RSDSP adalah pensiunan yaitu sebesar 61,2 %.

5.2.1.5 Penghasilan Tiap Bulan

Penghasilan (*income*) responden peserta PT.ASKES yang memanfaatkan dan yang tidak memanfaatkan RSDSP tiap bulan dapat berupa penghasilan atau gaji yang diperoleh tiap bulan atau pensiunan dikelompokkan menjadi 4 yaitu kurang dari 1 juta rupiah, 1 juta rupiah, 1-2 juta rupiah dan lebih dari 2 juta rupiah seperti pada tabel 5.5 berikut:

Tabel 5.5 Distribusi Pendapatan Tiap Bulan Responden Peserta PT.ASKES Yang Memanfaatkan Dan Yang Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005

No	Pendapatan Tiap Bulan	Responden yang memanfaatkan RSDSP		Responden yang tidak memanfaatkan RSDSP	
		Σ	%	Σ	%
1.	< 1 juta rupiah	10	30,2	4	4,7
2.	1 juta rupiah	8	24,3	20	23,5
3.	1-2 juta rupiah	13	39,4	61	71,8
4.	> 2 juta rupiah	2	6,1	0	0,0
Jumlah		33	100,0	85	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5.5 dapat diketahui bahwa penghasilan responden peserta PT.ASKES yang memanfaatkan dan yang tidak memanfaatkan RSDSP sebagian besar antara 1 juta sampai 2 juta rupiah.

5.2.2 Faktor Sosiopsikologis

Faktor sosio psikologis pasien meliputi persepsi sakit, kepercayaan dan keyakinan sosial untuk memanfaatkan pelayanan medis disajikan pada tabel 5.6 sebagai berikut:

Tabel 5.6 Distribusi Persepsi Sakit Kaitannya dengan Pemanfaatan Pelayanan Medis Oleh Responden Peserta PT.ASKES yang Memanfaatkan dan yang tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005.

No	Persepsi Sakit	Responden yang memanfaatkan RSDSP		Responden yang tidak memanfaatkan RSDSP	
		Σ	%	Σ	%
1.	Bila kondisi sudah parah	2	6,1	4	4,7
2.	Bila tidak ada tanda sembuh setelah diobati sendiri	11	33,3	6	7,1
3.	Bila yakin bukan karena roh	0	0,00	0	0,0
4.	Bila mulai terasa gejala sakit	20	60,6	75	88,2
Jumlah		33	100,0	85	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5.6 dapat dijelaskan bahwa persepsi responden tentang sakit dan memerlukan pelayanan medis adalah bila mulai terasa gejala sakit. Hal ini dikemukakan oleh 60,6% responden yang memanfaatkan RSDSP dan 88,2% responden yang tidak memanfaatkan RSDSP.

Kepercayaan dan keyakinan sosial terhadap pelayanan medis dapat dipelajari dari kepercayaan responden terhadap pelayanan yang dapat membantu menyembuhkan penyakit. Pelayanan kesehatan yang dituju responden antara lain: supranatural, alternatif, pengobatan sendiri (tradisional) dan pengobatan medis, seperti pada tabel 5.7 sebagai berikut:

Tabel 5.7 Distribusi Kepercayaan dan Keyakinan Sosial Terhadap Pelayanan Medis Oleh Responden Peserta PT.ASKES yang Memanfaatkan dan yang tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005.

No	Kepercayaan dan Keyakinan Sosial	Responden yang memanfaatkan RSDSP		Responden yang tidak memanfaatkan RSDSP	
		Σ	%	Σ	%
1.	Supranatural	0	0,0	0	0,0
2.	Alternatif	0	0,0	0	0,0
3.	Pengobatan sendiri	1	3,0	0	0,0
4.	Pengobatan Medis	32	97,0	85	100,0
Jumlah		33	100,0	85	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5.7 dapat diketahui bahwa 85 (100,0%) responden yang tidak memanfaatkan RSDSP melakukan pengobatan medis bila sakit dan 32 (97,0%) responden yang memanfaatkan RSDSP melakukan pengobatan medis bila sakit. Hanya 1 (3,0%) responden yang melakukan pengobatan sendiri jika sakit.

5.2.3 Faktor Epidemiologi

Faktor epidemiologi diukur dengan indikator : morbiditas, besar keluarga, luas rumah dan populasi berisiko (*health services area*).

5.2.3.1 Morbiditas

Morbiditas atau episode dalam satu tahun dikelompokkan berdasarkan kelompok umur yaitu kurang dari 5 tahun, 6-12 tahun, 13-25 tahun, 26-60 tahun dan lebih dari 60 tahun seperti pada tabel 5.8 sebagai berikut:

Tabel 5.8 Distribusi Frekwensi Sakit Keluarga Responden Peserta PT.ASKES yang Memanfaatkan dan Tidak Memanfaatkan RSDSP Berusia Kurang Dari 5 Tahun sampai lebih dari 60 tahun

No	Usia Responden	Morbiditas (Episode/Tahun)										Total
		1 x		2 x		3 x		4 x		5 x		
		P	NP	P	NP	P	NP	P	NP	P	NP	
1.	<5 thn	14 (73,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (15,8)	0 (0,0)	2 (10,12)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	19 (100,0)
2.	6-12 thn	0 (0,0)	0 (0,0)	2 50,0	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 50,0	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (100,0)
3.	13-25 thn	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (100,0)
4.	26-60 thn	3 (50,0)	17 (27,4)	0 (0,0)	20 (32,3)	2 (33,3)	7 (11,3)	0 (0,0)	9 (14,5)	0 (0,0)	9 (14,5)	67 (100,0)
5.	> 60 thn	2 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (17,4)	0 (0,0)	6 (26,1)	2 (50,0)	7 (30,4)	0 (0,0)	6 (26,1)	27 (100,0)

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Keterangan:

NP : Non Pengguna

P : Pengguna

Berdasarkan tabel 5.8 dapat diketahui bahwa frekuensi sakit keluarga responden pada usia kurang dari 5 tahun adalah 1 kali selama setahun terakhir yaitu sebanyak 14 (73,7%) responden, 3 kali selama setahun sebanyak 3 (15,8%) responden dan hanya 2 (10,5 %) responden yang frekwensi sakitnya 4 kali selama setahun terakhir sejak dilakukan penelitian. Selanjutnya keluarga responden yang tidak memanfaatkan RSDSP tidak ada yang sakit pada kelompok usia kurang dari 5 tahun.

Pada usia 6 sampai 12 tahun frekuensi sakit responden yang memanfaatkan RSDSP adalah sebanyak 2 kali dan 4 kali selama 1 tahun terakhir yaitu masing-masing sebanyak 2 (50,0%) responden sejak dilakukan penelitian. Sedangkan untuk responden dan keluarga responden yang tidak memanfaatkan RSDSP tidak ada yang sakit selama 1 tahun terakhir selama dilakukan penelitian.

Frekuensi sakit responden pada usia 13 sampai 25 tahun responden yang memanfaatkan RSDSP adalah sebanyak 2 kali dan 4 kali selama 1 tahun terakhir yaitu masing-masing sebanyak 2 responden (50,0%) sejak dilakukan penelitian. Sedangkan untuk responden dan keluarga non pengguna RSDSP tidak ada yang sakit selama 1 tahun terakhir selama dilakukan penelitian.

Selanjutnya frekuensi sakit responden dan keluarga responden yang memanfaatkan RSDSP pada usia 26 sampai 60 tahun yaitu 1 kali sebanyak 3 (50,0%) responden dan 3 kali sebanyak 2 responden (33,3%) dan lebih dari 5 kali hanya 1 (16,7%) responden selama 1 tahun terakhir sejak dilakukan penelitian. Selanjutnya untuk responden yang tidak memanfaatkan RSDSP, frekuensi sakit terbesar yaitu, 2 kali setahun sebanyak 20 responden (32,3%), 1 kali setahun sebanyak 17 (27,4%) responden, 4 dan 5 kali setahun sebanyak masing-masing 9 (14,5%) responden. Selanjutnya frekuensi sakit responden dan keluarga responden yang berusia lebih dari 60 tahun frekwensi sakit 1 kali dan 4 kali selama 1 tahun terakhir sejak dilakukan penelitian yaitu masing-masing 2 (50,9%) responden yang memanfaatkan RSDSP. Pada usia lebih dari 60 tahun bagi responden yang tidak memanfaatkan RSDSP, frekuensi sakit responden terbesar yaitu 4 kali dalam setahun sebanyak 7 (30,4%) responden, 3 kali dan lebih dari 5 kali selama setahun terakhir masing-masing sebanyak 6 (26,1%) responden.

5.2.3.2 Jumlah Anggota Keluarga

Jumlah anggota keluarga responden peserta PT.ASKES yang memanfaatkan dan tidak memanfaatkan RSDSP dapat diketahui pada tabel 5.9 berikut ini:

Tabel 5.9 Distribusi Jumlah Anggota Keluarga Responden Peserta PT.ASKES yang Memanfaatkan dan tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005

No	Jumlah Anggota Keluarga	Responden yang memanfaatkan RSDSP		Responden yang tidak memanfaatkan RSDSP	
		Σ	%	Σ	%
1.	6-7 orang	1	3,0	6	7,1
2.	5-6 orang	8	24,3	26	30,5
3.	3-4 orang	10	30,3	47	55,3
4.	1-2 orang	14	42,4	6	7,1
Jumlah		33	100,0	85	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5.9 sebanyak 14 (42,4%) responden yang memanfaatkan RSDSP memiliki jumlah anggota keluarga 1-2 orang dan 47(55,3%) responden non pengguna RSDSP memiliki jumlah anggota keluarga 3-4 orang.

5.2.3.3 Luas Rumah

Luas rumah responden dikelompokkan menjadi 36-44m², 45-59m², 60-70m² dan lebih dari 70 m². Distribusi responden berdasarkan luas rumah dapat dipelajari pada Tabel 5.10 berikut:

Tabel 5.10 Distribusi Luas Rumah Responden Peserta PT.ASKES yang Memanfaatkan Dan Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005.

No	Luas Rumah	Responden yang memanfaatkan RSDSP		Responden yang tidak memanfaatkan RSDSP	
		Σ	%	Σ	%
1.	36-44m ²	8	24,2	0	0,0
2.	45-59m ²	5	15,2	0	0,0
3.	60-70m ²	1	3,0	6	7,1
4.	lebih dari 70m ²	19	57,6	79	92,9
Jumlah		33	100,0	85	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5.10 dapat diketahui bahwa pada responden yang memanfaatkan dan tidak memanfaatkan RSDSP umumnya memiliki luas rumah lebih dari 70m².

5.2.3.4 Populasi Berisiko (*Health Servis Area*)

Populasi berisiko meliputi penyakit yang pernah diderita responden dan keluarga responden terakhir kali, seperti pada tabel 5.11 berikut:

Tabel 5.11 Distribusi Kelompok Umur dan Penyakit yang Pernah Di Derita Terakhir Kali Oleh Responden Peserta PT.ASKES yang Memanfaatkan dan Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005

Keterangan	<5 tahun	6-12 tahun	13-25 tahun	26-60 tahun	>60 tahun
Jenis Penyakit Responden Pengguna	Asma, Batuk Pilek, DBD, Diare, Influenza, GE, Ispa, Nyeri sendi, Radang tenggorokan, Thypus	Diabetes Thypus	Pusing	Benjolan di Payudara, Darah rendah, Influenza, Kram lambung, THT	Batuk, Stroke, Tumor

Lanjutan Tabel 5.11 Distribusi Kelompok Umur dan Penyakit yang Pernah Di Derita Terakhir Kali Oleh Responden Peserta PT.ASKES yang Memanfaatkan dan Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005

Keterangan	<5 tahun	6-12 tahun	13-25 tahun	26-60 tahun	>60 tahun
Jenis Penyakit Responden Non Pengguna	-	-	Diabetes, Hipertensi, Epilepsi	Asam Urat, Batu ginjal, Darah tinggi, Hepatitis, Hernia, Hipertensi, Jantung, Kanker, Kecelakaan, Kista, Rematik, Liver, Neorologi, Pusing, Sesak, Store, Thypus	Diabetes, Gagal ginjal, Hipertensi, Kolesterol, Luka lambung, Sesak, Tekanan Darah Rendah.

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Pola pencarian pelayanan kesehatan bagi responden yang memanfaatkan RSDSP dapat diketahui yaitu apabila responden sakit apakah selalu menggunakan pelayanan di RSDSP atau ke pelayanan kesehatan lainnya, dapat dilihat pada tabel 5.12 sebagai berikut:

Tabel 5.12 Distribusi Pencarian Pelayanan Kesehatan Jika Sakit Oleh Responden Peserta PT.ASKES yang Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005.

No.	Pencarian pelayanan kesehatan	Responden Yang Memanfaatkan RSDSP	
		Σ	%
1.	Kadang-kadang ke RS lain untuk berobat.	13	39,4
2.	Ke RSDSP untuk penyakit tertentu	12	36,4
3.	Ke RSDSP untuk semua penyakit.	8	24,2
Jumlah		33	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5.12 dapat diketahui bahwa sebanyak 13 (39,4 %) responden tidak selalu menggunakan pelayanan kesehatan di RSDSP jika sakit

dan kadang-kadang ke rumah sakit lain untuk berobat. Selanjutnya sebanyak 12 (36,4%) responden menyatakan akan menggunakan pelayanan kesehatan di RSDSP untuk penyakit tertentu dan hanya 8 (24,2%) responden yang menyatakan selalu menggunakan pelayanan kesehatan di RSDSP untuk semua jenis penyakit. Alasan 13 responden menggunakan pelayanan kesehatan di rumah sakit lain dapat dilihat pada tabel 5.13 berikut:

Tabel 5.13 Distribusi Alasan Menggunakan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Lain Oleh Responden Peserta PT.ASKES yang Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005.

No.	Alasan menggunakan fasilitas	Responden Yang Memanfaatkan RSDSP	
		Σ	%
1.	Mudah dijangkau	7	53,8
2.	Fasilitas medis lebih lengkap	3	23,1
3.	Cocok dengan dokter di RS tersebut	2	15,4
4.	Petugas kesehatan lebih ramah	1	7,7
Jumlah		13	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5.13 dapat diketahui bahwa sebanyak 7 (53,8%) responden yang memanfaatkan RSDSP menyatakan bahwa mereka memilih menggunakan pelayanan kesehatan di rumah sakit lain karena mudah dijangkau, 3 (23,1%) responden menyatakan karena fasilitas medis lebih lengkap dan 2 (15,4%) responden merasa cocok dengan dokter di rumah sakit lain.

5.3 Kendala Peserta PT ASKES Saat Menggunakan RSDSP

Kendala Peserta PT ASKES saat menggunakan RSDSP dapat berupa kendala dari pelayanan petugas administrasi, perawat, dokter, pelayanan gizi, pelayanan obat dan pelayanan administrasi dan keuangan. Penilaian responden yang memanfaatkan RSDSP dapat dipelajari pada tabel 5.14 sebagai berikut:

Tabel 5.14 Distribusi Penilaian Pelayanan Kesehatan di RSDSP Oleh Responden Peserta PT.ASKES yang Memanfaatkan RSDSP

No	Jenis Pelayanan	Penilaian Responden yang Memanfaatkan RSDSP									
		Tidak Baik		Kurang Baik		Baik		Sangat Baik		Total	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
1.	Pelayanan Petugas Administrasi	1	3,0	1	3,0	29	87,9	2	6,1	33	100,0
2.	Pelayanan Perawat	0	0,0	1	3,0	29	87,9	3	9,1	33	100,0
3.	Pelayanan Dokter	0	0,0	3	9,1	29	87,9	1	3,0	33	100,0
4.	Pelayanan Gizi	1	3,0	12	36,4	18	54,5	2	6,1	33	100,0
5.	Pelayanan Obat	0	0,0	5	15,2	24	72,7	4	12,1	33	100,0
6.	Pelayanan Administrasi dan Keuangan	0	0,0	8	24,2	23	69,7	2	6,1	33	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5.14 dapat diketahui bahwa sebanyak 12 (36,4%) responden menyatakan pelayanan gizi kurang baik, dan 8 (24,2%) responden menyatakan pelayanan administrasi dan keuangan kurang baik serta 5 (15,2%) responden menyatakan pelayanan obat kurang baik. Selanjutnya sebanyak 29 (87,9%) responden menyatakan pelayanan petugas administrasi, pelayanan perawat dan pelayanan dokter telah dinilai baik oleh responden.

5.4 Harapan Peserta PT.ASKES tentang Pelayanan di RSDSP

Harapan peserta PT. ASKES yang memanfaatkan RSDSP ditujukan terhadap pelayanan administrasi pada saat mendaftar, pelayanan tenaga medis dan perawat, pelayanan gizi, pelayanan obat, pelayanan administrasi dan keuangan. Harapan peserta ASKES terhadap pelayanan administrasi pada saat mendaftar dapat dipelajari pada Tabel 5.15 dibawah ini:

Tabel 5.15 Distribusi Harapan Terhadap Pelayanan Administrasi Pada Saat Mendaftar, Dirawat dan Akan Pulang Oleh Responden Peserta PT. ASKES Pengguna RSDSP Tahun 2005.

No.	Harapan	Jumlah	Persentase
1.	Responden dapat dilayani dengan lebih cepat.	5	23,8
2.	Pelayanan administrasi diperbaiki	11	52,4
3.	Responden diberi informasi tentang tata cara penggunaan Askes beserta obat yang tersedia.	1	4,8
4.	Petugas administrasi lebih baik dan ramah.	3	14,2
5.	Pelayanan prima bagi segala lapisan masyarakat.	1	4,8
Total		21	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan Tabel 5.15 dapat diketahui bahwa 52,4% responden yang memanfaatkan RSDSP berharap pelayanan administrasi diperbaiki dan 23,8% responden yang memanfaatkan RSDSP mendapatkan pelayanan yang lebih cepat. Sedangkan 12 responden tidak mengungkapkan harapannya. Harapan responden pengguna RSDSP terhadap pelayanan perawat dapat dipelajari pada tabel berikut:

Tabel 5.16 Distribusi Harapan Terhadap Pelayanan Perawat Oleh Responden Peserta PT. ASKES Pengguna RSDSP

No.	Harapan	Jumlah	Persentase
1.	Responden diberi informasi tentang perkembangan kesehatan pasien.	1	5,9
2.	Perawat lebih perhatian dan sabar terhadap pasien.	8	47,0
3.	Pelayanan perawat lebih cepat dan tepat.	6	35,3
4.	Pengetahuan perawat dalam bidang keperawatan lebih ditingkatkan.	2	11,8
Total		17	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan Tabel 5.16 dapat diketahui bahwa 47% responden yang memanfaatkan RSD Dr. R. Soedarsono berharap perawat lebih sabar dan

perhatian terhadap pasien. Sedangkan 16 responden yang memanfaatkan RSD Dr. R. Soedarsono tidak mengungkapkan harapannya. Harapan responden yang memanfaatkan RSD Dr. R. Soedarsono terhadap pelayanan gizi dapat dipelajari pada tabel berikut:

Tabel 5.17 Distribusi Harapan Terhadap Pelayanan Gizi Oleh Responden Peserta PT. ASKES Pengguna RSDSP Tahun 2005

No.	Harapan	Jumlah	Persentase
1.	Menu makanan disesuaikan dengan penyakitnya.	3	12,5
2.	Gizi ditingkatkan supaya pasien cepat sembuh.	8	33,3
3.	Menu makanan lebih bervariasi dan menimbulkan selera makan pasien.	8	33,3
4.	Pelayanan gizi 4 sehat 5 sempurna	3	12,5
5.	Selama di rawat inap tidak ada pelayanan gizi, mohon diberi pelayanan gizi.	2	8,4
Total		24	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan Tabel 5.17 dapat diketahui bahwa 9 orang responden tidak mengungkapkan harapannya. Sebesar 33,3% responden yang memanfaatkan RSDSP mengharapkan gizi ditingkatkan supaya pasien cepat sembuh dan menu makanan lebih bervariasi dan menimbulkan selera makan pasien. Harapan responden yang memanfaatkan RSDSP terhadap pelayanan obat dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.18 Distribusi Harapan Terhadap Pelayanan Obat Responden Peserta PT. ASKES yang Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005

No.	Harapan	Jumlah	Persentase
1.	Diberi obat yang mutunya baik.	1	5,9
2.	Rumah sakit memiliki apotek sendiri.	1	5,9
3.	Harga obat lebih murah	1	5,9
4.	Resep khusus untuk anggota Askes.	2	11,8
5.	Obat yang dibutuhkan diharapkan ada semua di Askes.	8	47,0
6.	Petugas obat lebih ramah.	1	5,9
7.	Pelayanan obat lebih cepat dan lengkap.	3	17,6
Total		17	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan Tabel 5.18 dapat diketahui bahwa 47% responden yang memanfaatkan RSDSP berharap obat yang dibutuhkan ada semua di Askes. Sedangkan 16 responden yang memanfaatkan RSDSP tidak mengungkapkan harapannya terhadap pelayanan obat. Harapan responden terhadap pelayanan administrasi dan keuangan saat mendapat pelayanan di rawat inap dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.19 Distribusi Harapan Terhadap Pelayanan Administrasi dan Keuangan Responden Peserta PT. ASKES yang Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005

No	Harapan	Jumlah	Persentase
1.	Diberi penjelasan yang transparan tentang jaminan Askes dan yang tidak dijamin.	1	20,0
2.	Perlu adanya peningkatan kinerja pelayanan administrasi dan keuangan.	1	20,0
3.	Proses administrasi tidak rumit dan transparan.	1	20,0
4.	Biaya tidak terlalu mahal.	1	20,0
5.	Informasi yang jelas untuk masing-masing kelas dan nilai tanggungan Askes.	1	20,0
Total		5	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan Tabel 5.19 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden tidak mengungkapkan harapannya terhadap pelayanan administrasi dan keuangan. 20% responden yang memanfaatkan RSDSP mengharapkan diberi penjelasan yang transparan tentang jaminan Askes dan yang tidak dijamin. Perlu adanya peningkatan kinerja pelayanan administrasi dan keuangan. Responden berharap proses administrasi tidak rumit dan transparan. Biaya tidak terlalu mahal. Informasi yang jelas untuk masing-masing kelas dan nilai tanggungan Askes. Namun sebanyak 28 responden tidak mengungkapkan harapannya.

Kendala Peserta PT. ASKES saat menggunakan RSDSP juga dapat berupa kendala dari kelengkapan fasilitas radiologi, fasilitas laboratorium, fasilitas gizi, fasilitas apotek, fasilitas ruang tunggu untuk rawat inap, fasilitas kamar mandi, fasilitas WC seperti pada tabel 5.20 sebagai berikut:

Tabel 5.20 Distribusi Penilaian Fasilitas Oleh Responden Peserta PT.ASKES yang Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005

No	Macam Fasilitas	Penilaian Responden Pengguna RSDSP									
		Tidak Memadai		Kurang Memadai		Baik		Sangat Baik		Total	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
1.	Radiologi	1	3,0	15	45,5	17	51,5	0	0,0	33	100,0
2.	Laboratorium	1	3,0	14	42,4	18	54,5	0	0,0	33	100,0
3.	Gizi	1	3,0	18	54,5	13	39,4	1	3,0	33	100,0
4.	Apotek	3	9,1	13	39,4	17	51,5	0	0,0	33	100,0
5.	Ruang tunggu untuk rawat inap	3	9,1	10	30,3	18	54,5	2	6,1	33	100,0
6.	Kamar mandi	1	3,0	6	18,2	25	75,8	1	3,0	33	100,0
7.	WC	4	12,1	3	9,1	26	78,8	0	0,0	33	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5.20 dapat diketahui bahwa 18 (54,5%) responden pengguna menyatakan bahwa fasilitas gizi kurang memadai, 15 (45,5%) responden menyatakan fasilitas radiologi kurang memadai, 14 (42,2%) responden menyatakan fasilitas laboratorium kurang memadai, 13 (39,4%) fasilitas apotek

kurang memadai dan 30,3% responden menyatakan fasilitas ruang tunggu untuk rawat inap kurang memadai. Pada umumnya responden merasa bahwa fasilitas yang disediakan di RSDSP dirasa kurang memadai.

Saran yang diberikan responden tentang fasilitas yang sebaiknya dimiliki RSDSP antara lain:

1. CT Scan
2. Emergensi
3. Laboratorium
4. Medis Alternatif.
5. Pemeriksaan sistem komputer
6. Terapi bagi bekas pecandu narkoba.
7. Radiologi

Penyuluhan tentang hak dan kewajiban peserta ASKES yang dilakukan oleh rumah sakit dan petugas ASKES diterima oleh responden berdasarkan frekuensi penerimaan penyuluhan seperti pada tabel 5.21 berikut:

Tabel 5.21 Distribusi Frekuensi Mendapatkan Penyuluhan Hak dan Kewajiban Peserta ASKES Oleh Responden Peserta PT.ASKES Pengguna RSDSP Tahun 2005.

No	Peserta ASKES	Pengguna RSDSP	
		Σ	%
1.	Tidak Pernah	21	63,5
2.	Tidak Tahu	2	6,1
3.	Pernah (1 kali)	5	15,2
4.	Pernah (lebih dari 1 kali)	5	15,2
Total		33	100

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5.21 dapat diketahui bahwa 21 (63,6%) responden pengguna tidak pernah mendapatkan penyuluhan hak dan kewajiban peserta ASKES dan 2 (6,1%) responden tidak tahu mengenai penyuluhan hak dan

kewajiban peserta ASKES Pendapat responden tentang penyuluhan hak dan kewajiban peserta ASKES dapat dipelajari pada tabel 5.22 sebagai berikut:

Tabel 5. 22 Distribusi Pendapat Mengenai Penyuluhan Hak dan Kewajiban Peserta ASKES Oleh Responden Peserta PT.ASKES Pengguna RSDSP Tahun 2005

No	Peserta ASKES	Pengguna RSDSP	
		Σ	%
1.	Tidak Memahami	1	10,0
2.	Kurang Memahami	1	10,0
3.	Memahami	8	80,0
4.	Sangat Memahami	0	0,0
Total		10	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005

Berdasarkan tabel 5. 22 dapat diketahui bahwa 8(80,0%) responden yang pernah mengikuti penyuluhan telah memahami hak dan kewajiban peserta ASKES. Alasan responden yang tidak memahami penyuluhan hak dan kewajiban peserta ASKES antara lain:

1. Birokrasi berbelit-belit
2. Tim penyuluhan masih kurang.

Berdasarkan survei yang telah dilakukan mengenai ketentuan instansi untuk menggunakan rumah sakit tertentu, 87,9% responden menyatakan tidak ada ketentuan instansi untuk menggunakan rumah sakit tertentu dan 12,1% responden menyatakan ada ketentuan.

5.5 Alasan Peserta PT.ASKES yang Tidak Memanfaatkan RSDSP

5.5.1 Keterjangkauan RSDSP

Keterjangkauan RSDSP dari tempat tinggal responden yang tidak memanfaatkan RSDSP meliputi tidak terjangkau, kurang terjangkau, terjangkau dan sangat terjangkau seperti pada tabel 5.23 berikut ini :

Tabel 5. 23 Distribusi Keterjangkauan dari Tempat Tinggal Oleh Responden yang Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005.

No	Jarak tempat tinggal peserta dengan RSDSP	Responden yang Tidak Memanfaatkan RSDSP	
		Σ	%
1.	Tidak Terjangkau	0	0,0
2.	Kurang Terjangkau	0	0,0
3.	Terjangkau	79	92,9
4.	Sangat Terjangkau	6	7,1
Total		85	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Tabel 5. 23 menunjukkan bahwa 79 (92,9%) responden yang tidak memanfaatkan RSDSP menyatakan letak RSDSP terjangkau dari tempat tinggalnya dan 6(7,1%) menyatakan sangat terjangkau dari tempat tinggalnya.

5.5.2 Penyuluhan Hak dan Kewajiban Peserta ASKES

Penyuluhan tentang hak dan kewajiban peserta ASKES yang dilakukan oleh rumah sakit dan petugas ASKES diterima oleh responden berdasarkan frekuensi penerimaan penyuluhan seperti pada tabel 5. 24 sebagai berikut:

Tabel 5. 24 Distribusi Frekuensi Mendapatkan Penyuluhan Hak dan Kewajiban Peserta ASKES Oleh Responden yang Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005

No	Penyuluhan hak dan kewajiban peserta ASKES	Responden yang Tidak Memanfaatkan RSDSP	
		Σ	%
1.	Tidak Pernah	81	95,3
2.	Tidak Tahu	0	0,0
3.	Pernah (1 kali)	4	4,7
4.	Pernah (lebih dari 1 kali)	0	0,0
Total		85	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5. 24 dapat dijelaskan bahwa 81 (95,3%) responden yang tidak memanfaatkan RSDSP tidak pernah mendapatkan penyuluhan hak dan kewajiban peserta ASKES dan 4 (4,7%) responden pernah satu kali mendapatkan

penyuluhan hak dan kewajiban peserta ASKES. Pendapat responden non pengguna RSDSP tentang penyuluhan hak dan kewajiban peserta ASKES disajikan pada tabel 5.25 sebagai berikut:

Tabel 5.25 Distribusi Pendapat Mengenai Penyuluhan Hak dan Kewajiban Peserta ASKES Oleh Responden yang Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005.

No	Pendapat Mengenai Penyuluhan yang Diikuti	Responden yang Tidak Memanfaatkan RSDSP	
		Σ	%
1.	Tidak Memahami	2	50,0
2.	Kurang Memahami	2	50,0
3.	Memahami	0	0,0
4.	Sangat Memahami	0	0,0
Total		4	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5.25 dapat diketahui bahwa 2 (50,0%) Responden yang tidak memanfaatkan RSDSP dari total responden yang mengikuti penyuluhan menyatakan tidak memahami dan 2 (50,0%) responden kurang memahami penyuluhan hak dan kewajiban peserta ASKES. Alasan responden yang tidak memahami penyuluhan hak dan kewajiban peserta ASKES antara lain karena peserta tidak memahami prosedur masalah rujukan.

5.5.3 Ketentuan dari Instansi Responden

Ketentuan dari instansi responden untuk berobat dan rawat inap pada rumah sakit tertentu bagi responden non pengguna RSD Dr. Soedarsono dapat dipelajari pada tabel 5.26 sebagai berikut:

Tabel 5.26 Distribusi Ketentuan Instansi Responden yang Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005.

No	Ketentuan Instansi	Responden yang Tidak Memanfaatkan RSDSP	
		Σ	%
1.	Tidak ada ketentuan	85	100,0
2.	Ada ketentuan	0	0,0
Total		85	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5.26 dapat diketahui bahwa 85 (100,0%) Responden yang tidak memanfaatkan RSDSP tidak ditentukan oleh instansi untuk memilih rumah sakit tertentu untuk berobat. Alasan responden menggunakan rumah sakit lain untuk berobat dapat dipelajari pada tabel 5.27 berikut:

Tabel 5.27 Distribusi Alasan Tidak Menggunakan RSDSP Oleh Responden yang Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005

No	Dasar pemilihan RS	Responden yang Tidak Memanfaatkan RSDSP	
		Σ	%
1.	Kemauan sendiri	83	97,6
2.	Rujukan dari Puskesmas	2	2,4
3.	Rujukan dari RSD Dr. Soedarsono	0	0,0
4.	Lain-lain	0	0,0
Total		85	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5.27 dapat diketahui bahwa 83 (97,6%) Responden yang tidak memanfaatkan RSDSP memilih berobat ke rumah sakit lain karena kemauan sendiri dan 2 (2,4%) responden karena dirujuk dari Puskesmas. Alasan responden memilih rumah sakit lain untuk mendapatkan pelayanan kesehatan disajikan pada tabel 5.28 berikut ini:

Tabel 5.28 Distribusi Alasan Memilih Rumah Sakit Lain Oleh Responden yang Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005.

No	Alasan Memilih Rumah sakit lain	Responden yang Tidak Memanfaatkan RSDSP	
		Σ	%
1.	Mudah dijangkau	4	4,7
2.	Fasilitas Medis lebih lengkap dari pada RSD Dr. Soedarsono	77	90,7
3.	Merasa cocok dengan dokter di tempat tersebut	2	2,3
4.	Petugas kesehatan lebih ramah	2	2,3
Total		85	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5.28 dapat diketahui bahwa 77 (90,7%) Responden yang tidak memanfaatkan RSDSP memilih berobat ke rumah sakit lain karena fasilitas medis lebih lengkap dari RSDSP dan 4 responden (4,7%) menyatakan rumah sakit lain lebih mudah dijangkau. Sedangkan alasan yang lainnya dapat dipelajari pada tabel 5. 29 berikut:

Tabel 5. 29 Distribusi Alasan Lain Tidak Berobat Di RSDSP Oleh Responden Peserta PT. ASKES yang Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005.

No.	Alasan	Jumlah	Persentase
1.	Dokter dan fasilitas di rumah sakit lain lebih lengkap.	21	24,7
2.	Pelayanan kurang memuaskan	4	4,7
3.	Rumah sakit lain dekat dengan pekerjaan.	1	1,2
4.	Dokter jaga di RSD Dr. R. Soedarsono kurang siap dan jarang ada di tempat.	3	3,5
5.	Dokter spesialis di RSD Dr. R. Soedarsono kurang lengkap.	4	4,7
6.	Jumlah perawat di RSD Dr. R. Soedarsono kurang memadai	2	2,4
7.	Tidak memberikan alasan lain	50	58,8
Total		85	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan Tabel 5.29 dapat ketahu bahwa 24,7% responden yang tidak memanfaatkan RSDSP memilih rumah sakit lain karena dokter dan fasilitas di

rumah sakit lain lebih lengkap. Sedangkan 58,8% responden tidak mengungkapkan alasan lain tidak berobat ke RSDSP. Harapan peserta PT Askes yang tidak memanfaatkan RSDSP terhadap pelayanan dokter dapat dipelajari pada tabel berikut:

Tabel 5.30 Distribusi Harapan Terhadap Pelayanan Dokter di RSDSP Oleh Responden Peserta PT. ASKES yang Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005.

No.	Harapan	Jumlah	Persentase
1.	Pelayanan tepat waktu dan mementingkan kepentingan umum	16	18,8
2.	Peningkatan kualitas dan kuantitas dokter.	10	10,7
3.	Dokter spesialis harus tepat waktu dan sesuai jam kerja	7	8,2
4.	Dokter siap sewaktu-waktu (24 jam).	11	12,9
5.	Tidak mengungkapkan harapan	42	49,4
Total		85	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan Tabel 5.30 dapat diketahui bahwa 18,8% responden yang tidak memanfaatkan RSDSP berharap mendapatkan pelayanan dokter yang tepat waktu dan mementingkan kepentingan umum. Harapan responden terhadap pelayanan perawat dapat dipelajari pada tabel berikut:

Tabel 5.31 Distribusi Harapan Terhadap Pelayanan Perawat di RSDSP Oleh Responden Peserta PT. ASKES yang Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005

No.	Harapan	Jumlah	Persentase
1.	Perawat lebih perhatian kepada pasien.	2	2,4
2.	Perawat lebih ramah dan cekatan.	9	10,6
3.	Pelayanan perawat mohon ditingkatkan.	27	31,7
4.	Pelayanan tepat waktu dan sesuai jam kerja	2	2,4
5.	Tidak mengungkapkan harapan	45	52,9
Total		85	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan Tabel 5.31 dapat diketahui bahwa 31,7% responden yang tidak RSDSP berharap pelayanan perawat ditingkatkan lagi. 10,6% responden yang tidak memanfaatkan RSDSP berharap perawat lebih ramah dan cekatan. Harapan responden terhadap pelayanan gizi dapat dipelajari pada tabel berikut:

Tabel 5.32 Distribusi Harapan Terhadap Pelayanan Gizi di RSDSP Oleh Responden Peserta PT. ASKES yang Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005.

No.	Harapan	Jumlah	Persentase
1.	Ahli gizi selalu berkonsultasi dengan dokter	1	1,2
2.	Kebersihan mohon diperhatikan	1	1,2
3.	Pelayanan mohon ditingkatkan lagi	8	9,4
4.	Menu gizi mohon diperhatikan	10	11,8
5.	Tidak mengungkapkan harapan	65	76,4
Total		85	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan Tabel 5.32 dapat diketahui bahwa 11,8% responden yang tidak memanfaatkan RSDSP berharap menu gizi untuk pasien lebih diperhatikan lagi. 9,4% responden berharap pelayanan lebih ditingkatkan lagi. Sedangkan 76,4% responden tidak mengungkapkan harapannya terhadap pelayanan gizi. Harapan responden yang tidak memanfaatkan RSDSP terhadap pelayanan administrasi dan keuangan dapat dipelajari pada tabel berikut:

Tabel 5.33 Distribusi Harapan Terhadap Pelayanan Administrasi dan Keuangan di RSDSP Oleh Responden Peserta PT. ASKES yang Tidak Memanfaatkan RSDSP Tahun 2005.

No.	Harapan	Jumlah	Persentase
1.	Jangan dibebani biaya tambahan.	9	10,6
2.	Pelayanan mohon ditingkatkan.	2	2,4
3.	Pelayanan mohon sesuai dengan peraturan daerah.	3	3,5
4.	Tidak mengungkapkan harapan	71	83,5
Total		85	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005

Berdasarkan Tabel 5.33 dapat diketahui bahwa 10,6% responden berharap tidak diberi biaya tambahan pada saat mendapatkan pelayanan administrasi. Sedangkan 83,5% responden tidak mengungkapkan harapannya terhadap pelayanan administrasi dan keuangan.

5.6 Kelengkapan Sarana dan Prasarana Dalam Menunjang Pelayanan

5.6.1 Kelengkapan Fasilitas Medis

Kelengkapan fasilitas penunjang meliputi kelengkapan fasilitas radiologi, kelengkapan fasilitas Laboratorium, kelengkapan fasilitas Gizi, kelengkapan fasilitas apotek dalam menunjang pelayanan menurut pimpinan rumah sakit, dapat dipelajari pada tabel 5.34 berikut:

Tabel 5.34 Penilaian Pimpinan Terhadap Kelengkapan Fasilitas Penunjang di RSDSP, Tahun 2005

No	Fasilitas RSDSP	Penilaian pimpinan									
		Tidak Lengkap		Kurang Lengkap		Lengkap		Sangat Lengkap		Total	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
1.	Radiologi	0	0,0	10	71,4	4	28,6	0	0,0	14	100,0
2.	Laboratorium	0	0,0	10	71,4	4	28,6	0	0,0	14	100,0
3.	Gizi	1	7,1	10	71,4	3	21,4	0	0,0	14	100,0
4.	Apotek	1	7,1	11	78,6	2	14,3	0	0,0	14	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5.34 dapat diketahui bahwa menurut responden (pimpinan rumah sakit) pada umumnya fasilitas medis di RSDSP kurang lengkap. 71,4% responden (pimpinan rumah sakit) menilai fasilitas radiologi, laboratorium dan gizi kurang lengkap. Sedangkan apotek dinilai 7,1% responden tidak lengkap dan 78,6% responden kurang lengkap.

5.6.2 Kelengkapan Fasilitas Non Medis

Kelengkapan fasilitas non medis meliputi kelengkapan fasilitas ruang tunggu, kamar mandi, WC yang dapat menunjang pelayanan. Penilaian jajaran pimpinan terhadap kelengkapan fasilitas non medis, dapat dipelajari pada tabel 5.35 sebagai berikut:

Tabel 5.35 Penilaian Pimpinan Terhadap Kelengkapan Fasilitas Non Medis di RSDSP, Tahun 2005

No	Fasilitas non medis	Penilaian pimpinan									
		Tidak Memadai		Kurang Memadai		Baik		Sangat Baik		Total	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
1.	Fasilitas ruang Tunggu	2	14,3	3	21,4	9	64,3	0	0,0	14	100,0
2.	Fasilitas kamar mandi	0	0,0	7	50,0	6	42,9	1	7,1	14	100,0
3.	Fasilitas WC	0	0,0	7	50,0	6	42,9	1	7,1	14	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005

Berdasarkan tabel 5.35 dapat diketahui bahwa fasilitas kamar mandi dan WC dinilai oleh masing-masing 7 (50%) responden kurang memadai, sedangkan fasilitas ruang tunggu dinilai oleh 3 (21,4 %) responden kurang memadai.

Menurut pimpinan RSD Dr. Soedarsono fasilitas medis untuk pemeriksaan dan pengobatan yang sebaiknya dimiliki RSD Dr. Soedarsono terlihat pada tabel 5.36 sebagai berikut:

Tabel 5.36 Fasilitas Medis untuk Pemeriksaan dan Pengobatan menurut Pimpinan yang Sebaiknya dimiliki di RSDSP

No.	Prioritas fasilitas medis		
	Pertama	Kedua	Ketiga
1.	CT Scan	ICCU	EEG
2.	ECG	NICU	Fisioterapi <i>toolkit</i>
3.	Electrolite Analyzer	O ₂ sentral	Pen untuk
4.	ICU	Rontgen Mobile	orthopedi
5.	Mammo graph	<i>Diagnostic set</i>	-
6.	Poliklinik Jantung	-	-

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

5.6.3 Mutu Pelayanan

Mutu pelayanan di RSDSP meliputi mutu pelayanan dokter, perawat, pelayanan gizi, pelayanan apotik, pelayanan administrasi dan keuangan seperti pada tabel 5. 37 sebagai berikut:

Tabel 5.37 Penilaian Pimpinan Terhadap Mutu Pelayanan di RSDSP Tahun 2005

No	Jenis pelayanan	Penilaian pimpinan									
		Tidak Bermutu		Kurang Bermutu		Bermutu		Sangat Bermutu		Total	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
1.	Dokter	1	7,1	5	35,7	8	57,1	0	0,0	14	100,0
2.	Perawatan	1	7,1	3	21,4	10	71,4	0	0,0	14	100,0
3.	Gizi	0	0,0	8	57,1	6	42,9	0	0,0	14	100,0
4.	Apotek	0	0,0	6	42,9	8	57,1	0	0,0	14	100,0
5.	Administrasi dan keuangan	0	0,0	6	42,9	8	57,1	0	0,0	14	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5.37 dapat diketahui bahwa 8 (57,1%) responden (pimpinan) menilai pelayanan gizi kurang bermutu, pelayanan apotek dan pelayanan administrasi dan keuangan masing-masing sebanyak 6 (42,9%) responden menilai kurang bermutu, 5 (35,7%) esponden menilai pelayanan medis oleh dokter kurang bermutu dan 3 (21,4%) responden menilai pelayanan perawatan oleh perawat juga kurang bermutu. Begitu juga pelayanan dokter dinilai 5 (35,7%) responden kurang bermutu.

5.6.4 Pelayanan Prima

Kegiatan sosialisasi dan pelatihan pelayanan prima di RSDSP tentang konsep dan manfaat pelayanan prima untuk memberikan pelayanan bermutu kepada pasien dapat dipelajari pada tabel 5.38 sebagai berikut:

Tabel 5.38 Penilaian Pimpinan Terhadap Kegiatan Pelayanan Prima di RSDSP, Tahun 2005

No	Kegiatan pelayanan prima	Penilaian pimpinan									
		Tidak Pernah		Kurang		Baik		Sangat Baik		Total	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
1.	Sosialisasi Pelayanan Prima	1	7,1	4	28,6	9	64,3	0	0,0	14	100,0
2.	Pelatihan Pelayanan Prima	4	28,6	2	14,3	8	57,1	0	0,0	14	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5.38 diketahui bahwa sosialisasi pelayanan prima masih dinilai kurang oleh 4 (28,6%) responden pimpinan. Selain itu, terdapat 4 (28,6 %) responden menyatakan tidak pernah ikut serta dalam pelatihan pelayanan prima. Selanjutnya pelaksanaan pelayanan prima oleh petugas (medis dan non medis), perawat, dokter, petugas administrasi dan keuangan, dapat dipelajari pada tabel 5.39 berikut :

Tabel 5.39 Penilaian Pimpinan Terhadap Pelaksanaan Pelayanan Prima di RSDSP, Tahun 2005

No	Pelaksanaan Pelayanan prima	Penilaian pimpinan									
		Tidak Pernah		Kurang		Baik		Sangat Baik		Total	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
1.	Petugas (medis dan non medis) saat mulai mendaftar	0	0,0	4	28,6	10	71,4	0	0,0	14	100,0
2.	Perawat saat dirawat inap	0	0,0	1	7,1	13	92,9	0	0,0	14	100,0
3.	Dokter saat di rawat inap	0	0,0	5	35,7	9	64,3	0	0,0	14	100,0
4.	Petugas administrasi & keuangan, saat akan keluar RS.	0	0,0	14	100,0	0	0,0	0	0,0	14	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5.39 dapat diketahui bahwa pelayanan prima sudah dilaksanakan secara baik oleh petugas (medis dan non medis) saat mulai mendaftar yaitu sebanyak 10 (71,4%) responden, oleh perawat saat merawat pasien dirawat inap sebanyak 13 (92,9%) responden, pelayanan dokter saat pasien di rawat inap sebesar 9 (64,3%) responden sudah dilakukan secara baik. Selanjutnya pelayanan prima oleh petugas administrasi dan keuangan, saat pasien akan keluar RSDSP dinilai masih kurang baik yaitu sebanyak 14 (100,0%) responden.

Persentase rujukan pasien ke rumah sakit lain dalam waktu satu tahun ini dapat dipelajari pada tabel 5.40 sebagai berikut:

Tabel 5.40 Penilaian Responden (Pimpinan) Terhadap Rujukan ke Rumah Sakit Lain

No.	Rujukan	Responden Pimpinan	
		Σ	%
1.	Tinggi	7	50,0
2.	Rendah	7	50,0
Total		14	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5.40 dapat diketahui bahwa sebanyak 7 (50,0%) responden menilai rujukan ke rumah sakit lain tinggi. Alasan RSDSP merujuk pasien ke rumah sakit lain antara lain:

1. Fasilitas tidak tersedia untuk penyakit tersebut.
2. Tidak tersedia dokter spesialis untuk penyakit tersebut.
3. Koordinasi antara dokter spesialis dan UGD kurang.

5.7 Upaya RSDSP Menarik Pasien PT.ASKES

5.7.1 Bentuk Kegiatan Promosi

Bentuk kegiatan promosi yang dilakukan RSDSP untuk menarik pasien PT. ASKES berobat antara lain dapat dipelajari pada tabel 5.41 sebagai berikut:

Tabel 5.41 Bentuk Kegiatan Promosi RSDSP, Tahun 2005

No.	Jenis promosi	Frekuensi	
		Σ	%
1.	Penyuluhan	5	35,7
2.	Brosur	2	14,3
3.	Penyuluhan dan Brosur	4	28,6
4.	Lain-lain: Dialog interaktif di radio	3	21,4
Total		14	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5. 41 dapat diketahui bahwa sebagian besar promosi yang dilakukan RSDSP untuk menarik pasien PT. ASKES adalah dengan melakukan penyuluhan. Sedangkan frekuensi kegiatan promosi dapat dipelajari pada tabel 5.42 sebagai berikut:

Tabel 5.42 Frekuensi Kegiatan Promosi RSDSP Tahun 2005

No.	Kegiatan promosi	Frekuensi	
		Σ	%
1.	Setahun sekali	8	57,1
2.	Lain-lain: saat pasien dirawat, tidak rutin	6	42,9
Total		14	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5.42 dapat diketahui bahwa kegiatan promosi pada umumnya dilakukan setahun sekali. Sedangkan keterlibatan pihak terkait seperti PT. ASKES dan Pemerintah Daerah kota Pasuruan dapat dipelajari pada tabel 5.43:

Tabel 5.43 Keterlibatan Pihak Terkait Pada Kegiatan Promosi RSDSP Tahun 2005.

No.	Keterlibatan pihak terkait	Frekuensi	
		Σ	%
1.	Tidak	2	14,3
2.	Kalau diperlukan saja	5	35,7
3.	Setiap kali	7	50,0
Total		14	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5.43 dapat dijelaskan bahwa 7 (50,0%) responden pimpinan berpendapat bahwa setiap kegiatan promosi setiap kali melibatkan pihak terkait antara lain PT. ASKES dan Pemerintah Daerah Kota Pasuruan. Penilaian tentang pendataan jumlah pasien ASKES yang ada di sekitar rumah sakit dapat dilihat pada tabel 5.44 sebagai berikut:

Tabel 5.44 Pendataan Pasien ASKES di Sekitar RSDSP, Tahun 2005.

No.	Pendataan	Frekuensi	
		Σ	%
1.	Tidak Pernah didata	9	64,3
2.	Pernah didata	5	35,7
Total		14	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5.44 dapat dijelaskan bahwa sebanyak 9 (64,3%) responden menyatakan tidak pernah melakukan pendataan terhadap pasien ASKES yang berada di sekitar RSDSP, sedangkan 5 (35,7%) responden menyatakan pernah melakukan pendataan terhadap pasien ASKES yang berada di sekitar RSDSP. Alasan tidak pernah melakukan pendataan antara lain:

1. Jumlah pasien cukup banyak dan mutu pelayanan masih kurang.
2. Tidak ada kegiatan pendataan.

Sedangkan menurut pimpinan rumah sakit yang pernah melakukan pendataan, tindak lanjut dari kegiatan pendataan itu antara lain:

1. Digunakan untuk pengajuan klaim ke PT. ASKES

2. Agar mudah pendataan.
3. Sebagai bahan evaluasi perbaikan mutu pelayanan.

rangka menarik pasien peserta ASKES antara lain:

1. Koordinasi antara RSDSP dengan PT. ASKES
2. Membuka kantor pelayanan ASKES di RSDSP
3. Menambah fasilitas dan memberi kemudahan administrasi.
4. Meningkatkan mutu pelayanan.
5. Saling menunjang program
6. Tersedianya fasilitas lengkap dan penerapan pelayanan prima.

5.8 Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia yang dimiliki RSDSP meliputi dokter, petugas medis (perawat) dan petugas non medis. Kesesuaian jumlah sumber daya manusia di RSDSP dengan standar tenaga kesehatan rumah sakit menurut responden (pimpinan) dapat dipelajari pada tabel 5.45 sebagai berikut:

Tabel 5.45 · Penilaian Pimpinan Rumah Sakit Terhadap Kesesuaian Jumlah Sumber Daya Manusia RSDSP dengan Standar Tenaga Kesehatan Rumah Sakit, Tahun 2005.

No	Responden	Penilaian terhadap kesesuaian jumlah SDM									
		Tidak Sesuai		Kurang Sesuai		Sesuai		Sangat Sesuai		Total	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
1.	Dokter	0	0,0	1	7,1	12	85,7	1	7,1	14	100,0
2.	Perawat	0	0,0	10	71,4	4	28,6	0	0,0	14	100,0
3.	Petugas non medis	0	0,0	9	64,3	5	35,7	0	0,0	14	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5.45 dapat diketahui bahwa 12 (85,7%) responden menyatakan jumlah dokter telah sesuai dengan standar kesehatan, sedangkan

sebanyak 10 (71,4%) responden menyatakan jumlah perawat kurang sesuai dengan standar tenaga kesehatan rumah sakit dan 9 (64,3 %) responden menyatakan petugas non medis kurang sesuai dengan standar tenaga kesehatan rumah sakit. Sedangkan kualifikasi pendidikan sumber daya manusia yang dimiliki RSDSP dapat dipelajari pada tabel 5.46 sebagai berikut:

Tabel 5.46 Penilaian Pimpinan Rumah Sakit Terhadap Kualifikasi Pendidikan Sumber Daya Manusia RSDSP, Tahun 2005.

No	Respoden	Penilaian terhadap kualifikasi pendidikan SDM									
		Tidak Sesuai		Kurang Sesuai		Sesuai		Sangat Sesuai		Total	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
1.	Dokter dan perawat	0	0,0	4	28,6	10	71,4	0	0,0	14	100,0
2.	Petugas non medis	0	0,0	5	35,7	9	64,3	0	0,0	14	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005

Berdasarkan tabel 5.46 dapat diketahui bahwa sebanyak 5 (35,7%) responden pimpinan menilai kualifikasi pendidikan petugas non medis kurang sesuai. Selanjutnya sebanyak 4 (28,6%) responden pimpinan menilai kualifikasi pendidikan dokter dan perawat kurang sesuai. Penilaian responden terhadap kegiatan-kegiatan seperti seminar ilmiah untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia di RSDSP dapat dipelajari pada tabel 5.47 sebagai berikut:

Tabel 5.47 Penilaian Pimpinan Rumah sakit Terhadap Pelaksanaan Kegiatan Seminar Ilmiah untuk Peningkatan Sumber Daya Manusia RSDSP, Tahun 2005.

No	Seminar Ilmiah	Penilaian pimpinan									
		Sangat kurang		Kurang		Baik		Sangat Baik		Total	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
1.	Kegiatan untuk dokter	1	7,1	8	57,1	5	35,7	0	0,0	14	100,0
2.	Kegiatan untuk perawat	1	7,1	7	50,0	6	42,9	0	0,0	14	100,0
3.	Kegiatan untuk petugas non medis	1	7,1	10	71,4	3	21,4	0	0,0	14	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5.47 dapat diketahui bahwa kegiatan peningkatan kualifikasi pendidikan untuk dokter, perawat dan petugas non medis pada umumnya masih kurang. Sedangkan manfaat dengan diadakannya kegiatan tersebut dapat dipelajari pada tabel 5.48 berikut:

Tabel 5.48 Penilaian Pimpinan Rumah sakit Terhadap Manfaat Kegiatan Peningkatan Sumber Daya Manusia RSDSP, Tahun 2005.

No	Seminar Ilmiah	Penilaian pimpinan									
		Tidak Bermanfaat		Kurang Bermanfaat		Bermanfaat		Sangat Bermanfaat		Total	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
1.	Kegiatan untuk dokter	0	0,0	0	0,0	14	100,0	0	0,0	14	100,0
2.	Kegiatan untuk perawat	0	0,0	0	0,0	13	92,9	1	7,1	14	100,0
3.	Kegiatan untuk petugas non medis	0	0,0	2	14,3	11	78,6	1	7,1	14	100,0

Sumber: Data Primer Melalui Kuesioner Tahun 2005.

Berdasarkan tabel 5.48 dapat diketahui bahwa pada umumnya kegiatan peningkatan kualitas sumber daya manusia seperti pengadaan seminar ilmiah dinilai bermanfaat oleh responden (pimpinan).

5.9 Isu Strategis dan Hasil *Focus Group Discussion* (FGD) di RSDSP

Berdasarkan isu strategis yang diperoleh melalui analisis hasil penelitian dan hasil *Focus Group Discussion* (FGD) yang dilaksanakan di RSDSP pada hari Senin tanggal 13 Februari 2006. Isu strategis dan hasil FGD dapat dilihat pada tabel 5.49 berikut:



Tabel 5.49 Isu Strategis dan Hasil *Focus Group Discussion* (FGD) di RSDSP Tahun 2006

No.	Isu Strategis	Hasil FGD		Telaah Peneliti
		Penyebab Masalah	Upaya Penyelesaian	
1.	Pengguna RSDSP tidak selalu menggunakan pelayanan di RSDSP.	<p>a. Jam pelayanan dokter tidak konsisten</p> <p>b. Petugas Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan belum berorientasi kepada pelanggan</p>	<p>a. 1. Kunjungan ruangan dilakukan setelah kegiatan Poliklinik. 2. Apabila dokter ruangan ada 2 orang, 1 orang melayani ruangan dan yang lain melayani Poli.</p> <p>b. Meningkatkan kemampuan dan ketrampilan petugas dalam memberikan pelayanan.</p>	<p>a. Penegakan disiplin sesuai peraturan kepegawaian.</p> <p>b. Mengalokasikan dana untuk menambah kemampuan dan ketrampilan petugas.</p>
2.	Pelayanan gizi kurang baik.	<p>a. Pasien tidak bisa memilih menu.</p> <p>b. Konsultasi gizi belum dioptimalkan</p>	<p>a. Menyediakan variasi menu sebanyak 10 macam untuk 10 hari pelayanan.</p> <p>b. Memberikan penjelasan kepada pasien tentang menu yang dianjurkan oleh dokter.</p>	<p>a. Menyediakan alternatif menu yang bisa dipilih pengguna dengan tetap memperhatikan diet yang dianjurkan</p> <p>b. Petugas gizi selalu memberikan penyuluhan gizi kepada pasien.</p>
3.	a. Prasarana untuk lansia tidak memadai, padahal sebagian besar pengguna RSDSP adalah lansia.	a. Rumah Sakit tidak menyiapkan sarana, prasarana dan SDM dibutuhkan oleh lansia untuk pelayanan kesehatan.	a. Membuka Poliklinik lansia.	a. Merencanakan dan mempersiapkan Poliklinik khusus lansia yang ditangani oleh dokter gerontologi.

No.	Isu Strategis	Hasil FGD		Telaah Peneliti
		Penyebab Masalah	Upaya Penyelesaian	
	b. Tidak pernah mendapatkan penyuluhan tentang ASKES	b. Belum pernah mendapatkan penyuluhan tentang hak dan kewajiban bagi peserta PT. ASKES.	b. Kerjasama dengan PT. ASKES untuk memberikan penyuluhan.	b. Berkoordinasi dengan PT. ASKES untuk merencanakan penyuluhan baik melalui penyuluhan langsung maupun melalui brosur ataupun leaflet.
4.	Peserta ASKES mengharapkan dokter dalam penulisan resep ada di dalam daftar obat-obatan yang disediakan oleh PT. ASKES.	Ada sebagian obat yang ditulis dokter tidak terdaftar DPHO yang semestinya ada dalam DPHO.	a. Penyegaran kepada dokter untuk selalu meresepkan obat DPHO dalam pertemuan antara RS dan PT. ASKES setiap 3 bulan sekali. b. Mengusulkan ke PT. ASKES untuk menambah jenis obat yang sesuai dengan keinginan dokter.	a. Mengoptimalkan jenis obat yang tersedia dalam DPHO b. Usul penambahan jenis obat dalam DPHO kepada PT. ASKES.
5.	Peserta ASKES terutama non pengguna banyak memanfaatkan rumah sakit lain karena sarana dan prasarana RSDSP kurang lengkap.	Terbatasnya anggaran untuk pengadaan sarana dan prasarana.	Memprioritaskan penambahan sarana dan prasarana sesuai dengan kemampuan anggaran RS.	Usul penambahan anggaran untuk pengadaan sarana dan prasarana ke Pemda Tahun 2006.

No.	Isu Strategis	Hasil FGD		Telaah Peneliti
		Penyebab Masalah	Upaya Penyelesaian	
6.	Perawat lebih perhatian, sabar dan ramah kepada Pasien.	Kode etik keperawatan kurang dilaksanakan sepenuhnya.	Mengoptimalkan peran komite keperawatan.	1. Mengoptimalkan peran komite keperawatan dalam mengaplikasikan kode etik keperawatan. 2. Sosialisasi "3S" (sapa, senyum, sabar)
7.	Keikutsertaan dalam seminar ilmiah dan sejenisnya untuk meningkatkan SDM masih kurang	Terbatasnya dana yang disediakan	Melaksanakan kebijakan yang sudah ditentukan yaitu menganggarkan alokasi dana untuk pelatihan sebesar 5% dari pendapatan RS.	Melaksanakan kebijakan 5% dari pendapatan RS.

5.10 Rekomendasi Upaya Peningkatan Pemanfaatan Pelayanan Rawat Inap bagi Peserta PT.ASKES di RSDSP

Berdasarkan isu strategis, penyebab masalah, telaah peneliti dan hasil FGD maka upaya peningkatan pemanfaatan pelayanan rawat inap bagi peserta PT.ASKES di RSDSP dapat dirumuskan sebagai berikut:

Bagi Rumah Sakit

- a. Kunjungan Ruangan oleh dokter spesialis dilakukan setelah kegiatan poliklinik. Apabila dokter spesialis yang ada 2 orang, diatur yang satu orang melayani rawat jalan dan yang lainnya melayani ruangan.
- b. Penyegaran kepada dokter untuk selalu menggunakan obat DPHO dalam pertemuan antara Rumah Sakit dan PT. ASKES setiap 3 bulan sekali.
- c. Membuat ringkasan obat-obatan yang sering ditulis oleh dokter.
- d. Meningkatkan kemampuan dan ketrampilan petugas dalam memberikan pelayanan melalui seminar, pelatihan, bimbingan teknik.

- e. Melaksanakan kebijakan yang sudah ditentukan yaitu mengalokasikan dana untuk pelatihan sebesar 5% dari pendapatan Rumah Sakit.
- f. Menyediakan variasi menu sebanyak sepuluh macam untuk sepuluh hari pelayanan.
- g. Memberikan penjelasan kepada pasien tentang menu yang dianjurkan oleh dokter.
- h. Membuka Poliklinik lansia.
- i. Memprioritaskan penambahan sarana dan prasarana sesuai dengan kemampuan anggaran rumah sakit.
- j. Optimalisasi peranan Komite Keperawatan.

Bagi PT. ASKES KC Pasuruan

- a. Meningkatkan penyuluhan kepada peserta PT. ASKES tentang hak dan kewajiban bagi peserta ASKES, kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien.
- b. Menambah jenis obat yang ada dalam DPHO dan obat paten yang sering diresepkan dokter.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Karakteristik Responden

Kebutuhan individu untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan dipengaruhi secara langsung oleh variabel psikologi yang meliputi: selera, persepsi sehat sakit, harapan, penilaian terhadap provider. Karakteristik individu meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan jenis pekerjaan. Faktor yang tidak langsung mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah faktor sosio ekonomi dan budaya. Faktor ini berpengaruh pada pengguna layanan kesehatan melalui faktor karakteristik individu dan faktor psikologi (Donabedian, 1979 dalam Supriyanto, 2003).

Pengaruh komposisi umur penduduk di sekitar rumah sakit bila jumlah penduduk usia lanjut tinggi maka akan meningkatkan jumlah permintaan pelayanan kesehatan (Gesler, 1988). Sedangkan menurut Hull *et al* (1976) dalam Gesler (1988) menyatakan pada umumnya penggunaan pelayanan kesehatan adalah tinggi pada anak-anak dan orang tua. Orang tua yang berpendidikan dan berpenghasilan tinggi mempunyai kecenderungan lebih sering menggunakan pelayanan kesehatan. Menurut Notoatmodjo (1997) distribusi umur akan memberikan gambaran pola kesakitan atau kematian menurut golongan umur tertentu.

Karakteristik responden yang menggunakan pelayanan kesehatan pada penelitian ini terdiri dari jenis kelamin, umur, ras, status perkawinan, jumlah keluarga, sosial ekonomi, pendidikan, pekerjaan dan penghasilan. Sesuai hasil

penelitian pada bab 5 bahwa peserta ASKES yang menggunakan pelayanan di RSDSP adalah laki-laki dan perempuan mulai dari usia 25 tahun sampai usia lanjut. Namun dapat diketahui bahwa sebagian besar responden berumur 49-56 tahun, artinya bahwa sebagian besar responden adalah orang dewasa sesuai dengan teori Hull *et al* (1976) dalam Gesler (1988) mengatakan pada umumnya pengguna pelayanan kesehatan adalah tinggi pada anak-anak dan orang tua.

Jika dilihat dari tingkat pendidikan, pasien yang menggunakan pelayanan berasal dari semua golongan pendidikan. Hanya saja responden yang berpendidikan SLTA dan perguruan tinggi jumlahnya lebih banyak. Hal ini berpengaruh terhadap kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan sebagaimana gesler (1988) mengemukakan tingkat pendidikan dapat mempengaruhi penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan, pendidikan yang lebih tinggi akan mempunyai informasi tentang kesehatan yang lebih banyak dibandingkan dengan pendidikan rendah, sehingga sadar akan arti mempertahankan kesehatan dirinya.

Asuransi kesehatan merupakan salah satu cara untuk meningkatkan pembiayaan kesehatan dan juga sebagai sumber untuk pembiayaan kesehatan khususnya sebagai salah satu sumber pendapatan rumah sakit pada waktu yang akan datang (Sulastomo, 1994). Jika dilihat dari status kepegawaian dan penghasilan tiap bulan, peserta ASKES yang menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan di RSDSP adalah PNS dengan penghasilan kurang dari satu juta rupiah.

Menyangkut faktor- faktor sosiopsikologis, Dever (1984) mengemukakan bahwa, dari hasil penelitian diketahui bahwa orang memandang gejala penyakit dengan cara yang tidak sama. Sebagian besar responden Peserta PT ASKES

pengguna dan non pengguna RSDSP akan menggunakan pelayanan medis bila mulai terasa sakit. Jika responden merasa sakit maka akan menggunakan pelayanan medis.

Dapat dikatakan bahwa orang bertingkah laku yang berbeda dalam mencari perawatan kesehatan sesuai persepsi mereka. Sebagian orang mungkin bertindak mencari pelayanan kesehatan berdasarkan beberapa gejala, sementara orang lain mungkin memilih untuk mengabaikan sepenuhnya atau tidak dapat mengambil tindakan dengan adanya gejala tersebut. Umumnya para peneliti melihat hubungan antara faktor-faktor sosiopsikologi dengan total pemanfaatan layanan. Persepsi, sikap dan keyakinan mempunyai pengaruh yang besar terhadap keputusan seseorang untuk mencari perawatan (Dever, 1984).

Dever, (1984) mengemukakan bahwa, variabel-variabel demografi dan sosial yang berhubungan dengan mortalitas dan morbiditas berhubungan juga dengan pemanfaatan layanan. Variabel-variabel ini meliputi usia, jenis kelamin, etnis, status perkawinan dan status sosial ekonomi (pendidikan pekerjaan, pendapatan). Kedua aspek hubungan antara karakteristik sosiodemografis dan utilisasi adalah sangat penting.

Berdasarkan data pada bab 4 hasil penelitian dapat diketahui bahwa frekuensi sakit keluarga responden yang paling banyak adalah keluarga responden penggunaan RSDSP yang berusia 20 sampai 60 tahun sebanyak 2 kali dalam satu tahun. Hal ini sesuai dengan teori Dever tahun 1984 yang menyatakan untuk suatu tingkat penyakit, apakah kelompok-kelompok usia, jenis kelamin, status sosial ekonomi cenderung menggunakan layanan kesehatan tertentu. Kelompok tua dan

anak-anak menggunakan lebih banyak layanan kesehatan dibandingkan dengan kelompok usia lain.

Populasi berisiko meliputi penyakit yang pernah diderita responden dan keluarga responden terakhir kali. Jenis penyakit responden pengguna RSDSP untuk usia 26-60 tahun adalah Benjolan di Payudara, Darah rendah, Influenza, Kram lambung, THT. Sedangkan jenis penyakit responden non pengguna RSDSP untuk usia 26-60 tahun adalah Asam Urat, Batu ginjal, Darah tinggi, Hepatitis, Hernia, Hipertensi, Jantung, Kanker, Kecelakaan, Kista, Rematik, Liver, Neorologi, Pusing, Sesak, Store, Thypus.

Jika dilihat dari pola pencarian pelayanan kesehatan, responden peserta PT. ASKES pengguna RSDSP kadang-kadang ke rumah sakit lain untuk berobat, karena mudah dijangkau. Norma yang ada di masyarakat dan kebiasaan yang dilakukan oleh masyarakat dalam mencari pelayanan kesehatan dan mempengaruhi pemanfaatan tempat pelayanan kesehatan yang tersedia. Norma dan kebiasaan masyarakat tersebut dapat digambarkan melalui alasan pemanfaatan tempat pelayanan dan kuatnya dorongan orang lain atau keluarga dalam memperoleh peralatan kesehatan.

6.2 Kendala peserta PT. ASKES saat menggunakan RSDSP

Pelayanan rawat inap merupakan suatu kegiatan pemberian pertolongan dengan dilandasi keahlian kepada penderita-penderita yang mengalami gangguan fisik, jiwa, orang-orang yang sedang dalam penyembuhan dan mereka yang kurang sehat (Bauwhuizen, 1991). Menurut Supriyanto tahun 2003 pemanfaatan (utilisasi) adalah pelayanan yang diterima pada tempat atau pemberi pelayanan kesehatan. Efek dari pemanfaatan adalah mereka puas (permintaan yang

terpuaskan) atau tidak puas. Mereka yang tidak puas akan meninggalkan rumah sakit dan mencari pelayanan lain.

Menurut Dever (1984), faktor yang mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan terdiri dari beberapa faktor yaitu: faktor sosio kultural, faktor organisasi dan faktor interaksi konsumen-provider.

Penilaian responden terhadap pelayanan di RSDSP pada umumnya sudah baik, hanya pada pelayanan gizi dan pelayanan administrasi dan keuangan yang masih dinilai kurang baik oleh responden.

Harapan responden pengguna RSDSP terhadap pelayanan administrasi adalah pelayanan administrasi diperbaiki. Harapan terhadap pelayanan perawat adalah perawat lebih perhatian dan sabar terhadap pasien serta pelayanan perawat lebih cepat dan tepat. Harapan responden terhadap pelayanan gizi adalah pelayanan gizi ditingkatkan supaya pasien cepat sembuh dan menu makanan lebih bervariasi dan menimbulkan selera makan pasien. Harapan responden terhadap pelayanan obat adalah obat yang dibutuhkan diharapkan selalu ada semua di ASKES. Harapan responden terhadap pelayanan administrasi dan keuangan adalah diberi penjelasan yang transparan tentang jaminan AKSES dan yang tidak dijamin, perlu adanya peningkatan kinerja. Perlu adanya peningkatan kinerja pelayanan administrasi dan keuangan Responden berharap proses administrasi tidak rumit dan transparan. Biaya tidak terlalu mahal. Informasi yang jelas untuk masing-masing kelas dan nilai tanggungan Askes.

Silalahi (1989), menyatakan bahwa kepuasan pasien merupakan keseimbangan antara harapan-harapan pasien dengan persepsi yang dialaminya dari pelayanan kesehatan yang telah diperolehnya. Nelson *et al.* (1992)

menyimpulkan bahwa apabila suatu tempat pelayanan kesehatan ingin menghasilkan kepuasan pasien yang tinggi perlu memiliki kekuatan finansial untuk mengembangkan, memperbaharui dan meningkatkan pelayanan mereka dalam lingkungan yang makin kompetitif.

6.3 Alasan Peserta PT.ASKES yang Tidak Memanfaatkan RSDSP

Menurut Donabedian, (1979) bahwa, dua fenomena yang dapat diidentifikasi dan sangat penting untuk diukur oleh organisasi kesehatan yaitu perilaku klien, perilaku provider dan interaksinya. Pertama-tama bagaimana kebutuhan pengguna untuk memanfaatkan suatu layanan kesehatan harus diketahui oleh provider. Selanjutnya dalam proses perawatan medis, provider akan terus memperbaiki dan menyempurnakan proses pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan tersebut. Proses tersebut dimulai dengan kebutuhan dan diakhiri dengan modifikasi kebutuhan.

Berdasarkan hasil penelitian pada bab 5, sebagian besar responden peserta PT. ASKES non pengguna RSDSP tidak pernah mendapatkan penyuluhan hak dan kewajiban sebagai peserta ASKES. Bagi responden yang pernah mendapatkan penyuluhan mengenai hak dan kewajiban peserta ASKES tidak memahami materi yang disuluhkan.

Responden memilih rumah sakit lain untuk berobat karena fasilitas medis lebih lengkap dibandingkan dengan RSDSP. Sesuai dengan teori Sorkin tahun 1976, salah satu faktor yang mempengaruhi kebutuhan pelayanan kesehatan adalah tersedianya fasilitas kesehatan sesuai dengan yang diharapkan.

6.4 Kelengkapan Sarana Dan Prasarana Dalam Menunjang Pelayanan di RSDSP

Hutton dan Richardson (1995) menjelaskan bahwa dimensi-dimensi lingkungan yang terdiri dari kondisi ambient, spasial dan simbol, benda seni, tanda-tanda dapat mempengaruhi *internal responses* pengguna lingkungan yang menimbulkan perilaku.

Berdasarkan hasil penelitian pada bab 5, sebagian besar responden pimpinan RSDSP menilai fasilitas medis yang kurang lengkap di RSDSP adalah fasilitas radiologi, fasilitas laboratorium, fasilitas gizi dan fasilitas apotek. Sedangkan fasilitas non medis yang dinilai kurang lengkap dan kurang memadai adalah fasilitas kamar mandi dan WC.

Sesuai dengan Bitner (1992), menyatakan bahwa *setting* fisik dapat mempengaruhi tingkat kepuasan pengguna bangunan terhadap pelayanan yang diberikan, sehingga faktor penting yang harus diperhatikan adalah mengidentifikasi tuntutan pengguna / pasien. Aspek perilaku merupakan unsur penting yang harus diperhatikan di dalam evaluasi lingkungan fisik di samping aspek teknis dan fungsi, karena perilaku manusia adalah sebagai pengguna utama yang mempunyai kebutuhan interaksi sosial dan psikologis yang sesuai dengan keinginan mereka (Lawton,1986).

6.5 Upaya RSDSP Menarik Pasien PT. ASKES

Berhubungan dengan pelayanan yang manusiawi dan berfokus pada pelanggan, rumah sakit perlu mengembangkan pelayanan prima dalam upaya memenuhi kebutuhan pelanggannya baik intenal maupun eksternal.

Secara harfiah pelayanan prima dapat diartikan pelayanan tanpa cacat atau “*zero accident*” atau “*zero defect*”, artinya prima dari kaca mata atau bagi pasien (*customer/pengguna*), prima bagi provider dan prima bagi produknya sendiri. Prima dari kaca mata pasien artinya bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan dapat memberikan kepuasan pada pasien, prima bagi provider artinya bahwa keamanan dan keselamatan provider dalam melaksanakan pekerjaannya terjamin. Sedangkan prima bagi produknya sendiri artinya bahwa pengobatan, perawatan maupun service yang diberikan kepada pasien betul-betul dirasakan manfaatnya oleh pasien dan tidak menimbulkan efek negatif atau efek samping pada pasien (Damayanti dan Supriyanto, 2001).

Berdasarkan hasil penelitian pada bab 5, penilaian responden pimpinan RSDSP terhadap sosialisasi dan pelatihan pelayanan prima masih kurang di RSDSP. Pelaksanaan pelayanan prima di RSDSP dinilai kurang oleh responden untuk pelayanan petugas medis dan non medis, dokter dan petugas administrasi dan keuangan. Upaya rujukan ke rumah sakit lain juga dinilai tinggi oleh 50% responden.

Bentuk kegiatan promosi kesehatan yang dilakukan RSDSP adalah penyuluhan dan penyuluhan dengan brosur. Kegiatan promosi kesehatan ini dilaksanakan setahun sekali, menurut penilaian sebagian besar responden. Setiap kali melakukan promosi maka pihak RSDSP selalu melibatkan pihak yang terkait. Menurut penilaian responden pimpinan RSDSP tidak ada pendataan pasien ASKES disekitar RSDSP.

6.6 Sumber Daya Manusia

Pengembangan Sumber daya manusia untuk menciptakan orang-orang terbaik dalam suatu organisasi berhubungan dengan total quality manajemen dari suatu organisasi. Menurut Soeroso, (2003) tujuan *total quality* adalah membentuk organisasi yang di dalamnya terdapat orang-orang terbaik di bidangnya. Untuk mewujudkan hal itu dibutuhkan pemberdayaan karyawan dan kebijakan yang memberikan mereka kesempatan untuk menyelesaikan masalah yang dihadapinya dan memiliki keterampilan untuk memecahkan masalah tersebut. Prof.Ishikawa, bapak kendali mutu Jepang, menyatakan bahwa *total quality* dimulai dan berakhir dengan pendidikan. Pendidikan berbeda dengan pelatihan. Pelatihan terkait dengan keterampilan (*skills-related*), sedangkan pendidikan terkait dengan konsep pembentukan pribadi (*people building concept*).

Berdasarkan hasil penelitian pada bab 5, penilaian responden pimpinan RSDSP terhadap jumlah petugas medis (perawat) dan petugas non medis masih belum sesuai. Sedangkan untuk kualifikasi pendidikan masih kurang sesuai untuk petugas non medis. Kegiatan peningkatan SDM masih kurang untuk dokter, perawat dan petugas non medis.

Menurut Soeroso, (2003) Pencapaian mutu dalam pelayanan tergantung kepada pemahaman, pengaruh, arahan, dan faktor-faktor manusia dalam pelayanan. Kesalahan manusia, baik besar ataupun kecil, adalah penyebab utama pelayanan yang bermutu rendah di satu sisi dan manajemen operasional pada sisi yang lain. Sumber daya manusia merupakan elemen penting dalam manajemen mutu apapun bentuk manajemen mutu yang dilaksanakan di suatu organisasi. Misalnya, dalam *total quality management*, manajer harus menyeimbangkan

antara dimensi struktural dan dimensi manusia. Dimensi struktural adalah hierarki organisasi, strategi, anggaran, pengendalian rencana, dan prosedur. Dimensi manusia adalah kepemimpinan, komitmen, kerja sama tim, dan partisipasi total dalam program perbaikan mutu yang berkesinambungan.

6.7 Upaya Peningkatan Pemanfaatan Rawat Inap Bagi Peserta PT. ASKES

Menurut William dan Torrens (1980), kepuasan pasien adalah ukuran yang merefleksikan *outcome*, proses dan struktur pelayanan. Kepuasan dipandang sebagai konsep multidimensional yang melibatkan biaya, kemudahan sarana, aspek teknis dan interpersonal dari asuhan serta keluaran.

Berdasarkan hasil penelitian pada bab 5, rekomendasi untuk meningkatkan pemanfaatan rawat inap bagi peserta PT.ASKES adalah sebagai berikut:

Bagi Rumah Sakit

- a. Kunjungan Ruangan oleh dokter spesialis dilakukan setelah kegiatan poliklinik. Apabila dokter spesialis yang ada 2 orang, diatur yang satu orang melayani rawat jalan dan yang lainnya melayani ruangan.
- b. Penyegaran kepada dokter untuk selalu menggunakan obat DPHO dalam pertemuan antara Rumah Sakit dan PT. ASKES setiap 3 bulan sekali.
- c. Membuat ringkasan obat-obatan yang sering ditulis oleh dokter.
- d. Meningkatkan kemampuan dan ketrampilan petugas dalam memberikan pelayanan melalui seminar, pelatihan, bimbingan teknik.
- e. Melaksanakan kebijakan yang sudah ditentukan yaitu menganggarkan alokasi dana untuk pelatihan sebesar 5% dari pendapatan Rumah Sakit.
- f. Menyediakan variasi menu sebanyak sepuluh macam untuk sepuluh hari pelayanan.

- g. Memberikan penjelasan kepada pasien tentang menu yang dianjurkan oleh dokter.
- h. Membuka Poliklinik lansia.
- i. Memprioritaskan penambahan sarana dan prasarana sesuai dengan kemampuan anggaran rumah sakit.
- j. Optimalisasi peranan Komite Keperawatan.

Bagi PT. ASKES KC Pasuruan

- a. Meningkatkan penyuluhan kepada peserta PT. ASKES tentang hak dan kewajiban bagi peserta ASKES, kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien.
- b. Menambah jenis obat yang ada dalam DPHO dan obat paten yang sering diresepkan dokter.

6.8 Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini masih banyak kekurangannya :

1. Untuk mengumpulkan data, peneliti memakai tenaga bantu sebanyak 2 orang, yang dilatih khusus untuk pengambilan data. Namun, ada petugas yang hanya mengantar dan mengambil kuesioner, tidak mengoreksi ulang apakah jawaban sudah lengkap sehingga banyak pertanyaan mengenai harapan responden yang tidak terjawab.
2. Pada pengukuran mutu pelayanan RSDSP seharusnya menggunakan standar, tetapi responden menilai dengan penilaiannya sendiri.

BAB 7**KESIMPULAN DAN SARAN****7.1 Kesimpulan**

Dari hasil penelitian mengenai upaya peningkatan pemanfaatan RSDSP oleh peserta PT.ASKES wilayah Pasuruan dapat disimpulkan bahwa:

1. Karakteristik responden peserta PT. ASKES baik yang memanfaatkan maupun yang tidak memanfaatkan RSDSP jumlahnya seimbang antara laki-laki dan perempuan, berusia antara 41-60 tahun, pendidikan terakhir SLTA, status kepegawaian PNS, income rata-rata tiap bulan 1-2 juta rupiah tiap bulan, jumlah anggota keluarga 3-4 orang. Persepsi sakit responden adalah bila mulai terasa gejala sakit, selalu berobat ke pengobatan medis, morbiditas tertinggi pada usia >60 tahun, dengan luas rumah lebih dari 70m². Responden yang memanfaatkan RSDSP sebagian besar akan menggunakan RS lain untuk berobat karena lebih mudah dijangkau dan fasilitas medis lebih lengkap.
2. Kendala peserta ASKES yang memanfaatkan RSDSP untuk mendapatkan pelayanan di rawat inap antara lain: pelayanan gizi dan pelayanan administrasi dan keuangan yang masih dinilai kurang baik oleh responden.
3. Alasan peserta PT.ASKES yang tidak memanfaatkan RSDSP untuk tidak memanfaatkan pelayanan di RSDSP adalah karena sebagian besar responden tidak pernah mendapatkan penyuluhan hak dan kewajiban sebagai peserta ASKES. Bagi responden yang pernah mendapatkan penyuluhan mengenai hak dan kewajiban peserta ASKES tidak memahami materi yang disuluhkan. Responden memilih RS lain karena fasilitas medis lebih lengkap dari RSDSP.

4. Harapan responden yang memanfaatkan RSDSP terhadap pelayanan administrasi adalah pelayanan administrasi diperbaiki. Harapan terhadap pelayanan perawat adalah perawat lebih perhatian dan sabar terhadap pasien serta pelayanan perawat lebih cepat dan tepat. Harapan responden terhadap pelayanan gizi adalah pelayanan gizi ditingkatkan supaya pasien cepat sembuh dan menu makanan lebih bervariasi dan menimbulkan selera makan pasien. Harapan responden terhadap pelayanan obat adalah obat yang dibutuhkan diharapkan selalu ada semua di ASKES. Harapan responden terhadap pelayanan administrasi dan keuangan adalah diberi penjelasan yang transparan tentang jaminan AKSES dan yang tidak dijamin, perlu adanya peningkatan kinerja. Perlu adanya peningkatan kinerja pelayanan administrasi dan keuangan Responden berharap proses administrasi tidak rumit dan transparan. Biaya tidak terlalu mahal. Informasi yang jelas untuk masing-masing kelas dan nilai tanggungan Askes.
5. Kelengkapan sarana dan prasarana dalam menunjang pelayanan di RSDSP, fasilitas medis yang kurang lengkap di RSDSP adalah fasilitas radiologi, fasilitas laboratorium, fasilitas gizi dan fasilitas apotek. Sedangkan fasilitas non medis yang dinilai kurang lengkap dan kurang memadai adalah fasilitas kamar mandi dan WC.
6. Upaya yang selama ini dilakukan oleh RSDSP guna meningkatkan pemanfaatan rawat inap oleh peserta PT. ASKES menyangkut mutu pelayanan dengan pelayanan prima, menurut penilaian responden pimpinan sosialisasi dan pelatihan pelayanan prima masih kurang di RSDSP. Pelaksanaan pelayanan prima di RSDSP dinilai kurang oleh responden untuk pelayanan

petugas medis dan non medis, dokter dan petugas administrasi dan keuangan. Upaya rujukan ke rumah sakit lain juga dinilai tinggi oleh responden pimpinan.

7. Sumber daya manusia yang dimiliki RSDSP dinilai oleh pimpinan RSDSP mengenai jumlah petugas medis (perawat) dan petugas non medis masih belum sesuai. Sedangkan untuk kualifikasi pendidikan masih kurang sesuai untuk petugas non medis. Kegiatan peningkatan SDM masih kurang untuk dokter, perawat dan petugas non medis.
8. Upaya peningkatan pemanfaatan rawat inap antara lain:

Bagi Rumah Sakit

- a. Kunjungan Ruang oleh dokter spesialis dilakukan setelah kegiatan poliklinik. Apabila dokter spesialis yang ada 2 orang, diatur yang satu orang melayani rawat jalan dan yang lainnya melayani ruangan.
- b. Penyegaran kepada dokter untuk selalu menggunakan obat DPHO dalam pertemuan antara Rumah Sakit dan PT. ASKES setiap 3 bulan sekali.
- c. Membuat ringkasan obat-obatan yang sering ditulis oleh dokter.
- d. Meningkatkan kemampuan dan ketrampilan petugas dalam memberikan pelayanan melalui seminar, pelatihan, bimbingan teknik.
- e. Melaksanakan kebijakan yang sudah ditentukan yaitu menganggarkan alokasi dana untuk pelatihan sebesar 5% dari pendapatan Rumah Sakit.
- f. Menyediakan variasi menu sebanyak sepuluh macam untuk sepuluh hari pelayanan.
- g. Memberikan penjelasan kepada pasien tentang menu yang dianjurkan oleh dokter.

- h. Membuka Poliklinik lansia.
- i. Memprioritaskan penambahan sarana dan prasarana sesuai dengan kemampuan anggaran rumah sakit.
- j. Optimalisasi peranan Komite Keperawatan.

Bagi PT. ASKES KC Pasuruan

- a. Meningkatkan penyuluhan kepada peserta PT. ASKES tentang hak dan kewajiban bagi peserta ASKES, kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien.
- b. Menambah jenis obat yang ada dalam DPHO dan obat paten yang sering diresepkan dokter.

7.2 Saran

- 1. Meletakkan brosur, leaflet pada tempat yang mudah dijangkau oleh peserta PT. ASKES yang berisi tentang jenis pelayanan yang ada di RSDSP.
- 2. Perlu adanya penelitian lanjutan mengenai pengetahuan dan keinginan pasien terhadap pelayanan yang telah diberikan selama menjadi peserta PT.ASKES.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T.Y. (2002). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta, Universitas Indonesia.
- Aditama, T.Y. (2003). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Edisi kedua, Jakarta, Universitas Indonesia, 6-7
- Azwar, A. (1994). *Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta, Ikatan Dokter Indonesia.
- Azwar, A. (1998). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta, Binarupa Aksara.
- Bauwhuizen, M. (1991). *Ilmu Keperawatan*. Jakarta, ERG Buku Kedokteran.
- Bitner, M.J. (1992). *Evaluating Service Encounter: The Effects of Physical Surroundings and Employee Responses*. *Journal of Marketing*, 54: 69-82.
- Dever, A. (1984). *Epidemiology in Health Service Management*. Rockville Maryland, An Aspen Publication.
- Donabedian, A. (1979). *Aspect of Medical care administration: specifying Requirements for health care*. Harvard University Press Cambridge Massachusetts and London, England.
- Farida dan Kushadiwijaya, H. (1998). *Cara Pembayaran sebagai Modifier terhadap Pengaruh Faktor-faktor Penentu Kepuasan Pasien pada Layanan Rawat Inap di RSUD Tegalyoso Klaten*. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 01(03): 161-170.
- Gesler W.M. (1988). *Locational and Population Factors in Health Seeking*. Health Service Research Vol 23.
- Green, L.W. (1980). *Health Education Planning*. Selection of Educational Strategic. London, Mayfield Publishing Company.
- Hutton, J.D. and Richardson, L.D. (1995). *Healthscapes: The Role of The Facility and Physical Environment on Conswner Attitudes, Satisfaction, Quality Assessments and Behaviors*. *Health Care Management Review*, 20: 4861.
- Ilyas Y, 2001. *Kinerja, Teori Penilaian dan Penelitian*. Jakarta, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

- Kotler, P. (1994). *Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation and Control*. New Jersey, Prentice Hall International Inc.
- Lawton, M.P. (1986). *Environment and Aging*. Center for The Study of Aging, New York, Albany.
- Meisenheimer, C.G. (1997). *Improving Quality*. Maryland : An Aspen Publication.
- Muzaham, F. (1995). *Sosiologi Kesehatan*. Jakarta, Universitas Indonesia.
- Nelson, E.C. et.al (1992). *Do Patient Perceptions of Quality Relate to Hospital Financial Performance*. **Journal of Health Care Marketing**, 12 (4): 6-13.
- Notoatmodjo, S. (1993). *Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Yogyakarta, Penerbit Andi Offset.
- Parasuraman, A., Berry, L.L. and Zeithmal, V.A. (1991). *A Refinement and Reassessment of The Servqual Scale*. **Journal of Retailing**, 67: 420-450.
- Sanusi, A. (2003). *Metodologi Penelitian Praktis*. Malang: Buntara Media.
- Sarwono, S. (1993). *Sosiologi Kesehatan*. Yogyakarta, Gadjah Mada University Press.
- Shortell, S.M. dan Kaluzny, A.D. (1996). *Essentials of Health Care Management*. London : Delmar Publisher.
- Silalahi, B. (1989). *Prinsip Manajemen Rumah Sakit*. Jakarta, Lembaga Pengembangan Manajemen Indonesia.
- Sorkin, A.S. (1976). *Health Economics in Developing Country*. Lexington, Lexington Books D.C. Health and Company.
- Sulastomo. (1994). *Asuransi Kesehatan, Konsep Dasar dan Perkembangannya*. Jakarta, PT ASKES Pub.
- Sulastomo. (2000). *Asuransi Kesehatan, Konsep Dasar dan Perkembangannya*. Jakarta, PT Askes Pub.
- Suparmoko, 1999. *Metode Penelitian Praktis*. Cetakan ke 2, BPFE UGM, Yogyakarta

Supriyanto, S. (2003). *Manajemen Pemasaran Jasa Pelayanan Kesehatan*. Surabaya, Universitas Airlangga.

Tjiptono, F. (1994). *Manajemen Jasa*. Yogyakarta, Andi Offset.

William, S.J. and Torrens, P.R. (1980). *Introduction to Health Service*. Canada, John Willey & Sons.



Lampiran : 1

**ANGKET UNTUK PESERTA ASKES PENGGUNA RSDSP
UPAYA PENINGKATAN PEMANFAATAN PELAYANAN RAWAT INAP
BAGI PESERTA PT ASKES
PADA RSD Dr. R. SOEDARSONO KOTA PASURUAN**

Pengisian angket ini semata-mata untuk tujuan ilmiah dan pengembangan ilmu pengetahuan, sekaligus sebagai masukan bagi rumah sakit dalam upaya pengembangan RSUD Dr. R. Soedarsono Kota Pasuruan. Semua jawaban dan pendapat Bapak/Ibu/saudara akan dirahasiakan oleh peneliti. Mohon bantuan Bapak/ Ibu/saudara untuk mengisi daftar pertanyaan di bawah ini, atas bantuannya kami ucapkan terima kasih.

Petunjuk Pengisian

Jawablah pertanyaan ini dengan melingkari salah satu jawaban yang sesuai dan mengisi titik-titik yang tersedia

Pertanyaan**A. Variabel Sosiodemografi**

Jenis kelamin	: Pria/Wanita	<input type="checkbox"/>
Umur	: tahun	<input type="checkbox"/>
Pendidikan terakhir	: SD/SLTP sederajat/SMU sederajat/PT	<input type="checkbox"/>
Status kepegawaian	: PNS/Pensiunan	<input type="checkbox"/>
Penghasilan/pensiunan/ bulan	: < Rp 1 juta/Rp 1 juta/Rp 1-2 juta/Rp > 2juta	<input type="checkbox"/>
Alamat Rumah	:	<input type="checkbox"/>

Petunjuk Pengisian

Jawablah pertanyaan ini dengan memberi tanda silang (X) pada salah satu jawaban yang tersedia

B. Variabel Sosiopsikologi

1. Selama ini dengan kondisi kesehatan seperti apa saudara menggunakan pelayanan kesehatan (rumah sakit atau klinik kesehatan)?

- a. Bila sakit sudah parah
- b. Bila tidak sembuh setelah diobati sendiri
- c. Bilayakin bukan karena gangguan roh
- d. Bila mulai terasa gejala sakit

2. Apabila anda atau keluarga sakit, menurut anda pelayanan kesehatan manakah yang dapat membantu menyembuhkan anda?

- a. Supranatural
- b. Alternatif
- c. Obati sendiri (tradisional)
- d. Pengobatan medis (rumah sakit)

C. Variabel Epidemiologi

3. Bagaimana frekwensi sakit dari anda dan keluarga untuk 1 tahun terakhir ini (berdasarkan kelompok umur)?

- a. < 5 tahun.....kali
- b. 6 – 12 tahun..... kali
- c. 13 – 25 tahun... kali
- d. 26 – 60 tahun... kali
- e. > 60 tahun..... kali

4. Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama anda saat ini ?

- a. 6-7 orang
- b. 5-6 orang
- c. 3- 4 orang
- d. 1- 2 orang

5. Menurut anda, berapa luas rumah yang ditempati bersama keluarga saat ini?

- a. 36- 44 M²
- b. 45- 59 M²
- c. 60 – 70 M²
- d. Lebih dari 70 M²

6. Jenis penyakit apa yang pernah anda derita terakhir kali?

- a. < 5 tahun. Sakit.....
- b. 6 – 12 tahun. Sakit.....
- c. 13 – 25 tahun. Sakit.....
- d. 26 – 60 tahun. Sakit.....
- e. > 60 tahun. Sakit.....

7. Apakah Anda/keluarga hanya berobat ke RSD dr.Soedarsono untuk semua penyakit yang diderita?
- a. Tidak, kadang-kadang ke rumah sakit lain
 - b. Ya, untuk kasus tertentu saja
 - c. Ya, untuk semua penyakit
 - d.
8. Berhubungan dengan pertanyaan nomor 7, kalau anda menjawab point a, karena apa anda menggunakan Rumah sakit lain ?
- a. Mudah dijangkau
 - b. Fasilitas medis lebih lengkap dari RSD dr. Soedarsono
 - c. Merasa cocok dengan dokter di tempat tersebut
 - d. Petugas kesehatannya ramah-ramah
 - e. Lainnya :.....
9. Berhubungan dengan pertanyaan nomor 7, kalau anda menjawab point b, kasus tertentu apa saja yang diobati di RSD dr.Soedarsono ?
-
-

D. Variabel Kendala Peserta PT ASKES Saat Menggunakan RSDSP.

No.	Pelayanan yang Diterima Pasien Askes di RSDSP	Tidak baik	Kurang baik	baik	Sangat baik
10.	Bagaimana pelayanan petugas administrasi saat anda mendaftar,saat dirawat dan akan pulang?				
11.	Mohon kemukakan harapan anda untuk pelayanan administrasi saat mendaftar, saat dirawat dan akan pulang dari RS dr. Soedarsono Pasuruan?.....				
12.	Bagaimana pelayanan perawat saat anda mendapat pemeriksaan kesehatan dan dirawat inap di RS dr. Soedarsono Pasuruan?				
13.	Mohon kemukakan harapan anda untuk pelayanan perawat saat mendapat pemeriksaan dan dirawat inap di RS dr. Soedarsono Pasuruan?				

No.	Pelayanan yang Diterima Pasien Askes di RSDSP	Tidak baik	Kurang baik	baik	Sangat baik
14.	Bagaimana pelayanan dokter saat anda mendapat pemeriksaan dan dirawat inap di RS dr. Soedarsono Pasuruan?				
15.	Bagaimana pelayanan gizi saat anda dirawat inap di rumah sakit dr. Soedarsono?				
16.	Bagaimana Harapan anda tentang pelayanan gizi saat anda dirawat inap di RSDSP?				
17.	Bagaimana pelayanan obat saat anda dirawat inap di rumah sakit dr. Soedarsono?				
18.	Bagaimana harapan anda tentang pelayanan obat saat anda dirawat inap di rumah sakit dr. Soedarsono?				
19.	Bagaimana pelayanan administrasi dan keuangan saat anda dirawat inap di rumah sakit dr. Soedarsono?				
20.	Bagaimana harapan anda tentang pelayanan administrasi dan keuangan saat anda dirawat inap di rumah sakit dr. Soedarsono?				

21. Bagaimana ketersediaan/ kelengkapan fasilitas radiolog untuk pemeriksaan kesehatan di RSD dr. Soedarsono ?
- Tidak lengkap
 - Kurang lengkap
 - Lengkap
 - Sangat lengkap
22. Bagaimana ketersediaan/kelengkapan fasilitas laboratorium untuk rawat inap di RSD dr. Soedarsono ?
- Tidak lengkap
 - Kurang lengkap
 - Lengkap
 - Sangat lengkap
23. Bagaimana ketersediaan/kelengkapan fasilitas gizi untuk rawat inap di RSD dr. Soedarsono ?
- Tidak lengkap
 - Kurang lengkap
 - Lengkap
 - Sangat lengkap

24. Bagaimana ketersediaan/kelengkapan fasilitas Apotik untuk rawat inap di RSD dr. Soedarsono ?
- Tidak lengkap
 - Kurang lengkap
 - Lengkap
 - Sangat lengkap
25. Bagaimana ketersediaan/kelengkapan fasilitas ruang tunggu untuk rawat inap di RSD dr. Soedarsono ?
- Tidak memadai
 - Kurang memadai
 - Baik
 - Sangat baik
26. Bagaimana ketersediaan/kelengkapan fasilitas kamar mandi untuk rawat inap di RSD dr. Soedarsono ?
- Tidak memadai
 - Kurang memadai
 - Baik
 - Sangat baik
27. Bagaimana ketersediaan/kelengkapan fasilitas WC untuk rawat inap di RSD dr. Soedarsono ?
- Tidak memadai
 - Kurang memadai
 - Baik
 - Sangat baik
28. Menurut anda, fasilitas medis untuk pemeriksaan dan pengobatan apa saja yang sebaiknya dimiliki RSDSP?
-
 -
 -
29. Apakah anda mendapatkan penyuluhan dari rumah sakit dan petugas ASKES tentang hak dan kewajiban peserta ASKES?
- Tidak pernah
 - Tidak tahu
 - Pernah (1 kali)
 - Pernah (lebih dari 1 kali)

30. Jika pernah, bagaimana pendapat anda tentang pelaksanaan penyuluhan tersebut?
- a. Tidak memahami
 - b. Kurang memahami
 - c. Memahami
 - d. Sangat memahami
31. Kalau tidak memahami, mohon kemukakan alasan anda
-
-
32. Apakah ada ketentuan dari instansi anda untuk berobat dan rawat inap pada rumah sakit tertentu ?
- a. Tidak ada
 - b. Ada



Lampiran : 2

**ANGKET UNTUK PESERTA ASKES NON PENGGUNA RSDSP
UPAYA PENINGKATAN PEMANFAATAN PELAYANAN RAWAT INAP
BAGI PESERTA PT ASKES
PADA RSD Dr. R. SOEDARSONO KOTA PASURUAN**

Pengisian angket ini semata-mata untuk tujuan ilmiah dan pengembangan ilmu pengetahuan, sekaligus sebagai masukan bagi rumah sakit dalam upaya pengembangan RSUD Dr. R. Soedarsono Kota Pasuruan. Semua jawaban dan pendapat Bapak/Ibu/saudara akan dirahasiakan oleh peneliti. Mohon bantuan Bapak/ Ibu/saudara untuk mengisi daftar pertanyaan di bawah ini, atas bantuannya kami ucapkan terima kasih.

Petunjuk Pengisian

Jawablah pertanyaan ini dengan melingkari salah satu jawaban yang sesuai dan mengisi titik-titik yang tersedia

Pertanyaan:**A. Variabel Sosiodemografi**

Jenis kelamin	: Pria/Wanita	<input type="checkbox"/>
Umur	: tahun	<input type="checkbox"/>
Pendidikan terakhir	: SD/SLTP sederajat/SMU sederajat/PT	<input type="checkbox"/>
Status kepegawaian	: PNS/Pensiunan	<input type="checkbox"/>
Penghasilan/pensiunan/ bulan	: < Rp 1 juta/Rp 1 juta/Rp 1-2 juta/Rp > 2juta	<input type="checkbox"/>
Alamat Rumah	:	<input type="checkbox"/>

Petunjuk Pengisian

Jawablah pertanyaan ini dengan memberi tanda silang (X) pada salah satu jawaban yang tersedia

B. Variabel Sosiopsikologi

1. Selama ini dengan kondisi kesehatan seperti saudara menggunakan pelayanan Kesehatan (rumah sakit atau klinik kesehatan)?
 - a. Bila sakit sudah parah
 - b. Bila tidak sembuh setelah diobati sendiri
 - c. Bilayakin bukan karena gangguan roh
 - d. Bila mulai terasa gejala sakit

2. Apabila anda atau keluarga sakit, menurut anda pelayanan kesehatan manakah yang dapat membantu menyembuhkan anda
- Supranatural
 - Alternatif
 - Obati sendiri (tradisional)
 - Pengobatan medis (rumah sakit)

C. Variabel Epidemiologi

3. Bagaimana frekwensi sakit dari anda dan keluarga untuk 1 tahun terakhir ini (berdasarkan kelompok umur)?
- < 5 tahun.....kali
 - 6 – 12 tahun..... kali
 - 13 – 25 tahun... kali
 - 26 – 60 tahun... kali
 - > 60 tahun..... kali
4. Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama anda saat ini ?
- 6-7 orang
 - 5-6 orang
 - 3- 4 orang
 - 1- 2 orang
5. Menurut anda, berapa luas rumah yang ditempati bersama keluarga saat ini?
- 36- 44 M²
 - 45- 59 M²
 - 60 – 70 M²
 - Lebih dari 70 M²
6. Jenis penyakit apa yang pernah anda derita terakhir kali?
- < 5 tahun. Sakit.....
 - 6 – 12 tahun. Sakit.....
 - 13 – 25 tahun. Sakit.....
 - 26 – 60 tahun. Sakit.....
 - > 60 tahun. Sakit.....
7. Bagaimana keterjangkauan lokasi RSD dr.Soedarsono dari tempat tinggal anda?
- Tidak terjangkau
 - Kurang terjangkau
 - Terjangkau
 - Sangat terjangkau

8. Apakah anda mendapatkan informasi/penyuluhan dari rumah sakit dan petugas ASKES tentang hak dan kewajiban peserta ASKES?
- Tidak pernah
 - Tidak tahu
 - Pernah (1 kali)
 - Pernah (lebih dari 1 kali)
9. Jika pernah, bagaimana pendapat anda tentang pelaksanaan penyuluhan tersebut?
- Tidak memahami
 - Kurang memahami
 - Memahami
 - Sangat memahami
10. Kalau tidak memahami, mohon kemukakan alasan anda
.....
.....
11. Apakah ada ketentuan dari instansi anda untuk berobat dan rawat inap pada rumah sakit tertentu ?
- Tidak ada
 - Ada
12. Jenis penyakit apa saja yang di rawat inap di rumah sakit lain ?
- < 5 tahun. Sakit.....
 - 6 – 12 tahun. Sakit.....
 - 13 – 25 tahun. Sakit.....
 - 26 – 60 tahun. Sakit.....
 - > 60 tahun. Sakit.....
13. Mohon kemukakan alasan anda, mengapa anda menggunakan rumah sakit lain untuk dirawat inap?
- Kemauan sendiri
 - Rujukan dari Puskesmas
 - Rujukan dari RSD dr.Soedarsono
 - lain-lain :.....
14. Jika anda tidak menggunakan RSD dr.Soedarsono untuk rawat inap, menurut anda mengapa anda memilih rumah sakit lain untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ?
- Mudah dijangkau
 - Fasilitas medis lebih lengkap dari RSD dr. Soedarsono
 - Merasa cocok dengan dokter di tempat tersebut
 - Petugas kesehatannya ramah-ramah

15. Mohon kemukakan alasan lain anda, untuk tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan di RSD dr. Soedarsono

- a.....
- b.....
- c.....
- d.....

16. Bagaimana harapan anda untuk RSD dr. Soedarsono dalam meningkatkan Pelayanan kesehatan yang meliputi :

a. Pelayanan dokter

.....
.....
.....

b. Pelayanan perawat

.....
.....
.....

c. Pelayanan Gizi

.....
.....
.....

d. Pelayanan obat

.....
.....
.....

e. Pelayanan administrasi dan keuangan

.....
.....
.....



Lampiran : 3

**ANGKET UNTUK JAJARAN PIMPINAN RSDSP
UPAYA PENINGKATAN PEMANFAATAN PELAYANAN RAWAT INAP
BAGI PESERTA PT ASKES
PADA RSD Dr. R. SOEDARSONO KOTA PASURUAN**

Pengisian angket ini semata-mata untuk tujuan ilmiah dan pengembangan ilmu pengetahuan, sekaligus sebagai masukan bagi rumah sakit dalam upaya pengembangan RSUD Dr. R. Soedarsono Kota Pasuruan. Semua jawaban dan pendapat Bapak/Ibu/saudara akan dirahasiakan oleh peneliti. Mohon bantuan Bapak/ Ibu/saudara untuk mengisi daftar pertanyaan di bawah ini, atas bantuannya kami ucapkan terima kasih.

Jenis kelamin	: Pria/Wanita	<input type="checkbox"/>
Umur	:	<input type="checkbox"/>
Pendidikan terakhir	: SD/SLTP sederajat/SMU sederajat/PT	<input type="checkbox"/>
Pangkat/Golongan	:	<input type="checkbox"/>
Bagian /Kepala ruangan	:	<input type="checkbox"/>

Petunjuk Pengisian

Jawablah pertanyaan ini dengan memberi tanda silang (X) pada salah satu jawaban yang tersedia

Pertanyaan:**A. Variabel Faktor Internal Rumah Sakit**

1. Bagaimana ketersediaan/kelengkapan fasilitas radiologi untuk pemeriksaan kesehatan di RSD dr.Soedarsono ?
 - a. Tidak lengkap
 - b. Kurang lengkap
 - c. Lengkap
 - d. Sangat lengkap

2. Bagaimana ketersediaan/kelengkapan fasilitas laboratorium untuk pemeriksaan kesehatan di RSD dr.Soedarsono ?
 - a. Tidak lengkap
 - b. Kurang lengkap
 - c. Lengkap
 - d. Sangat lengkap

3. Bagaimana ketersediaan/kelengkapan fasilitas gizi untuk rawat inap di RSD dr.Soedarsono ?
- a. Tidak lengkap
b. Kurang lengkap
c. Lengkap
d. Sangat lengkap
4. Bagaimana ketersediaan/kelengkapan fasilitas Apotek untuk rawat inap di RSD dr.Soedarsono ?
- a. Tidak lengkap
b. Kurang lengkap
c. Lengkap
d. Sangat lengkap
5. Bagaimana ketersediaan/kelengkapan fasilitas ruang tunggu untuk rawat inap di RSD dr.Soedarsono ?
- a. Tidak memadai
b. Kurang memadai
c. Baik
d. Sangat baik
6. Bagaimana ketersediaan/kelengkapan fasilitas kamar mandi untuk rawat inap di RSD dr. Soedarsono ?
- a. Tidak memadai
b. Kurang memadai
c. Baik
d. Sangat baik
7. Bagaimana ketersediaan/kelengkapan fasilitas WC untuk rawat inap di RSD dr.Soedarsono ?
- a. Tidak memadai
b. Kurang memadai
c. Baik
d. Sangat baik
8. Menurut anda, fasilitas medis untuk pemeriksaan dan pengobatan apa saja yang sebaiknya dimiliki RSD dr.Soedarsono?
- a.....
b.....
c.....

9. Menurut anda, bagaimana mutu pelayanan dokter yang diberikan RSDSP kepada pasien saat berobat dan rawat inap?
- Tidak bermutu
 - Kurang
 - Baik
 - Sangat baik
10. Menurut anda, bagaimana mutu pelayanan perawat yang diberikan RSDSP kepada pasien?
- Tidak bermutu
 - Kurang
 - Baik
 - Sangat baik
11. Menurut anda, bagaimana mutu pelayanan gizi yang diberikan RSDSP kepada pasien saat dirawat inap?
- Tidak bermutu
 - Kurang
 - Baik
 - Sangat baik
12. Menurut anda, bagaimana mutu pelayanan obat (apotek) yang diberikan RSD dr. Soedarsono kepada pasien?
- Tidak bermutu
 - Kurang
 - Baik
 - Sangat baik
13. Menurut anda, bagaimana mutu pelayanan administrasi dan keuangan yang diberikan RSDSP kepada pasien?
- Tidak bermutu
 - Kurang
 - Baik
 - Sangat baik
14. Apakah anda sudah mendapatkan sosialisasi tentang konsep dan manfaat pelayanan prima untuk memberikan pelayanan yang bermutu kepada pasien ?
- Tidak pernah
 - Kurang
 - Baik
 - Sangat baik

15. Apakah anda sudah pernah mengikuti pelatihan tentang pelayanan prima?

- a. Tidak pernah
- b. Kurang
- c. Baik
- d. Sangat baik

No.	Pelayanan Prima	Tidak Baik	Kurang Baik	Baik	Sangat Baik
16.	Menurut anda bagaimana tentang pelaksanaan pelayanan prima oleh petugas (medis dan non medis) dalam interaksi dengan pasien saat mulai mendaftar?				
17.	Menurut anda bagaimana tentang pelaksanaan pelayanan prima oleh perawat dalam interaksi dengan pasien saat memberi pelayanan di rawat inap?				
18.	Menurut anda bagaimana tentang pelaksanaan pelayanan prima oleh dokter dalam interaksi dengan pasien saat memberi pelayanan di rawat inap?				
19.	Menurut anda bagaimana tentang pelaksanaan pelayanan prima oleh petugas administrasi dan keuangan saat melayani pasien yang akan keluar dari rawat inap?				

20. Menurut anda bagaimana dengan presentase rujukan pasien ke rumah sakit lain dalam 1 tahun terakhir?

- a. Sangat tinggi
- b. Tinggi
- c. Rendah
- d. Sangat rendah

21. Apa alasan RSD dr. Soedarsono merujuk pasien ke rumah sakit lain ?

- a. Fasilitas tidak tersedia untuk penyakit tersebut
- b. Tidak tersedia dokter spesialis untuk penyakit tersebut
- c. Kemauan pasien sendiri
- d.

22. Bentuk kegiatan apa saja yang dilakukan rumah sakit untuk memperkenalkan rumah sakit dan menarik pasien PT.ASKES berobat di RSDSP?
- a. Penyuluhan
 - b. Brosur-brosur
 - c. Penyuluhan dan brosur
 - d. Lainnya :.....
23. Berhubungan dengan pertanyaan Nomor 22, bagaimana frekwensi kegiatan tersebut?
- a. Setahun sekali
 - b. Enam bulan sekali
 - c. Satu bulan sekali
 - d.
24. Apakah pelaksanaan kegiatan-kegiatan tersebut melibatkan juga lembaga terkait seperti PT.ASKES, dan Pemda kota Pasuruan?
- a. Tidak melibatkan pihak terkait
 - b. Ya, kalau diperlukan saja
 - c. Setiap kali melibatkan pihak terkait
 - d.
25. Apakah rumah sakit telah melakukan pendataan tentang jumlah pasien ASKES yang ada di sekitar rumah sakit yang termasuk area pelayanan kesehatan (*health service area*)?
- a. Tidak pernah
 - b. Pernah dilakukan
26. Kalau tidak pernah, mohon kemukakan alasan anda
.....
.....
.....
27. Kalau pernah dilakukan, bagaimana tindak lanjut kegiatan tersebut?
.....
.....
.....
28. Apakah rumah sakit telah memiliki jumlah dokter sesuai standart kesehatan atau rumah sakit?
- a. Tidak sesuai
 - b. Kurang sesuai
 - c. Sesuai
 - d. Sangat sesuai

29. Apakah jumlah dokter spesialis di RSD dr. Soedarsono sesuai dengan standart kesehatan atau rumah sakit ?
- Tidak sesuai
 - Kurang sesuai
 - Sesuai
 - Sangat sesuai
30. Apakah jumlah petugas medis (perawat) di RSD dr. Soedarsono sesuai standart kesehatan atau rumah sakit?
- Tidak sesuai
 - Kurang sesuai
 - Sesuai
 - Sangat sesuai
31. Apakah jumlah petugas non medis di RSD dr. Soedarsono sesuai dengan standart kesehatan atau rumah sakit?
- Tidak sesuai
 - Kurang sesuai
 - Sesuai
 - Sangat sesuai
32. Bagaimana kesesuaian kualifikasi pendidikan dokter dan petugas medis di rumah sakit anda?
- Tidak sesuai
 - Kurang sesuai
 - Sesuai
 - Sangat sesuai
33. Bagaimana kualifikasi pendidikan dari petugas non medis di rumah sakit anda?
- Tidak sesuai
 - Kurang sesuai
 - Sesuai
 - Sangat sesuai
34. Apakah telah mengikuti kegiatan-kegiatan seperti seminar ilmiah atau lainnya untuk peningkatan kualitas dokter sesuai standar kesehatan?
- Sangat kurang
 - Kurang
 - Baik
 - Baik sekali

35. Apakah kegiatan ini bermanfaat dalam menunjang pelayanan di RSDSP?
- a. Tidak bermanfaat
 - b. Kurang
 - c. Bermanfaat
 - d. Bermanfaat sekali
36. Apakah telah mengikuti kegiatan-kegiatan seminar ilmiah, dan pelatihan untuk meningkatkan kualitas perawat sesuai standar kesehatan?
- a. Sangat kurang
 - b. Kurang
 - c. Baik
 - d. Baik sekali
37. Apakah kegiatan ini bermanfaat dalam menunjang pelayanan di RSD dr. Soedarsono?
- a. Tidak bermanfaat
 - b. Kurang
 - c. Bermanfaat
 - d. Bermanfaat sekali
38. Apakah rumah sakit telah melakukan kegiatan pelatihan atau kegiatan lainnya untuk meningkatkan kualitas petugas non medis sesuai standar kesehatan?
- a. Sangat kurang
 - b. Kurang
 - c. Baik
 - d. Baik sekali
39. Apakah kegiatan ini bermanfaat dalam menunjang pelayanan di RSD dr. Soedarsono?
- a. Tidak bermanfaat
 - b. Kurang
 - c. Bermanfaat
 - d. Bermanfaat sekali

Lampiran 4

Uji Reliabilitas Kuesioner Untuk Pimpinan

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

-

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

1.	P1	bagaimana ketersediaan/kelengkapan fasilitas radiology untuk pemeriksaan kesehatan di RSD dr. Soedarsono
2.	P2	bagaimana ketersediaan/kelengkapan fasilitas laboratorium untuk pemeriksaan kesehatan di RSD dr. Soedarsono
3.	P3	bagaimana ketersediaan/kelengkapan fasilitas gizi untuk rawat inap di RSD dr. Soedarsono
4.	P4	bagaimana ketersediaan/kelengkapan fasilitas apotik untuk rawat inap di RSD dr. Soedarsono
5.	P5	bagaimana ketersediaan/kelengkapan fasilitas ruang tunggu untuk rawat inap di RSD dr. Soedarsono
6.	P6	bagaimana ketersediaan/kelengkapan fasilitas kamar mandi untuk rawat inap di RSD dr. Soedarsono
7.	P7	bagaimana ketersediaan/kelengkapan fasilitas WC untuk rawat inap di RSD dr. Soedarsono
8.	P9	menurut anda, bagaimana dengan mutu pelayanan dokter yang diberikan RSDSP kepada pasien pada saat berobat dan rawat inap
9.	P10	menurut anda bagaimana dengan mutu pelayanan perawat yang diberikan RSDSP kepada pasien
10.	P11	menurut anda bagaimana dengan mutu pelayanan gizi yang diberikan RSDSP kepada pasien
11.	P12	menurut anda bagaimana dengan mutu pelayanan apotik yang diberikan RSDSP kepada pasien
12.	P13	menurut anda bagaimana dengan mutu pelayanan administrasi dan keuangan yang diberikan RSDSP kepada pasien
13.	P14	apakah anda sudah mendapatkan sosialisasi tentang konsep dan manfaat plynn prima untuk memberikan plynn yang bermutu kpd pasien

14. P15 apakah anda sudah pernah mengikuti pelatihan tentang pelayanan prima
15. P16 menurut anda bagaimana ttg pelaksanaan plyn prima oleh petugas (medis dan non-medis) dlm interaksi dgn pasien saat mulai mendaftar
16. P17 menurut anda bagaimana ttg pelaksanaan plyn prima oleh perawat dlm interaksi dgn pasien saat memberi plyn di rawat inap
17. P18 menurut anda bagaimana ttg pelaksanaan plyn prima oleh dokter dlm interaksi dgn pasien saat memberi plyn di rawat inap
18. P20 menurut anda bagaimana dengan persentase rujukan pasien ke rumah sakit lain dalam 1 tahun terakhir
19. P21 apa alasan RSD dr. Soedarsono merujuk pasien dari RS lain
20. P22 bentuk kegiatan apa saja yang dilakukan RS untuk memperkenalkan RS dan menarik pasien PT. ASKESberobat di RSDSP
21. P23 berhubungan dengan pertanyaan nomor 22, bagaimana frekwensi kegiatan tersebut
22. P24 apakah pelaksanaan kegiatan-kegiatan tersebut melibatkan juga lembaga terkait seperti PT. ASKES, dan Pemda kota pasuruan
23. P25 apakah RS telah melakukan pendataan tentang jumlah pasien ASKES yang ada di sekitar RS yang termasuk area pelayanan kesehatan
24. P30 apakah RS telah memiliki jumlah dokter sesuai standart kesehatan/RS
25. P31 apakah RS telah memiliki jumlah dokter spesialis sesuai standart kesehatan/RS
26. P32 apakah RS telah memiliki jumlah petugas medis (perawat) sesuai standart kesehatan/RS
27. P33 apakah RS telah memiliki jumlah petugas non-medis sesuai standart kesehatan/RS
28. P34 bagaimana kualifikasi pendidikan dari dokter dan petugas medis di RS anda
29. P35 bagaimana kualifikasi pendidikan dari petugas non-medis di RS anda
30. P36 apakah RS telah melakukan kegiatan-kegiatan seperti seminar ilmiah atau lainnya untuk peningkatan kualitas dokter sesuai standart kesehatan
31. P38 apakah RS telah melakukan kegiatan-kegiatan seminar ilmiah, dan pelatihan untuk meningkatkan kualitas perawat sesuai standart kesehatan
32. P39 apakah kegiatan ini bermanfaat dalam menunjang pelayanan di RSDSP
33. P40 apakah RS telah melakukan kegiatan pelatihan atau lainnya untuk meningkatkan kualitas non-medis sesuai standart kesehatan
34. P41 apakah kegiatan ini bermanfaat dalam menunjang pelayanan di RSDSP
35. P19 menurut anda bagaimana ttg pelaksanaan plyn prima oleh petugas adminstrasi dan keuangan dlm interaksi dgn pasien saat memberi plyn di rawat inap
36. P37 apakah kegiatan ini bermanfaat dalam menunjang pelayanan di RSDSP

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	P1	2.2857	.4688	14.0
2.	P2	2.2857	.4688	14.0
3.	P3	2.1429	.5345	14.0
4.	P4	2.0714	.4746	14.0
5.	P5	2.5000	.7596	14.0
6.	P6	2.5714	.6462	14.0
7.	P7	2.5714	.6462	14.0
8.	P9	2.5000	.6504	14.0
9.	P10	2.6429	.6333	14.0
10.	P11	2.4286	.5136	14.0
11.	P12	2.5714	.5136	14.0
12.	P13	2.5714	.5136	14.0
13.	P14	2.5714	.6462	14.0
14.	P15	2.2857	.9139	14.0
15.	P16	2.7143	.4688	14.0
16.	P17	2.9286	.2673	14.0
17.	P18	2.6429	.4972	14.0
18.	P20	2.5000	.5189	14.0
19.	P21	1.5000	1.0919	14.0
20.	P22	2.3571	1.2157	14.0
21.	P23	2.2857	1.5407	14.0
22.	P24	2.3571	.7449	14.0
23.	P25	1.3571	.4972	14.0
24.	P30	3.0000	.3922	14.0
25.	P31	3.0000	.3922	14.0
26.	P32	2.2857	.4688	14.0
27.	P33	2.3571	.4972	14.0
28.	P34	2.7143	.4688	14.0
29.	P35	2.6429	.4972	14.0
30.	P36	2.2857	.6112	14.0

31.	P38	2.3571	.6333	14.0
32.	P39	3.0714	.2673	14.0
33.	P40	2.1429	.5345	14.0
34.	P41	2.9286	.4746	14.0
35.	P19	3.0000	.0000	14.0
36.	P37	3.0000	.0000	14.0

* * * P19 has zero variance

* * * P37 has zero variance

-

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Covariance Matrix

	P1	P2	P3	P4	P5
P1	.2198				
P2	.2198	.2198			
P3	.1868	.1868	.2857		
P4	.1319	.1319	.1429	.2253	
P5	.1538	.1538	.2308	.1923	.5769
P6	.2088	.2088	.1429	.1868	.1538
P7	.2088	.2088	.1429	.1868	.1538
P9	.0769	.0769	.2308	.1154	.1923
P10	.1099	.1099	.2088	.1813	.2692
P11	.0989	.0989	.0879	.1209	.0769
P12	.0549	.0549	.0659	.0330	.0769
P13	.1319	.1319	.1429	.1099	.3077
P14	.1319	.1319	.1429	.1099	.2308
P15	.2198	.2198	.1868	.1319	.3846
P16	.0879	.0879	.0440	.0220	.0769
P17	.0220	.0220	.0110	.0055	.1154
P18	.0330	.0330	.0549	-.0495	-.1923
P20	.0000	.0000	.0000	-.0385	-.1154

P21	.3846	.3846	.2308	.4231	.2692
P22	.1978	.1978	.0989	-.1044	-.5000
P23	.2967	.2967	.2637	.1319	.6923
P24	.1209	.1209	.0989	-.0275	-.2692
P25	.0440	.0440	.0220	.0495	.0385
P30	.0769	.0769	.0000	.0769	.1538
P31	.0769	.0769	.0000	.0769	.1538
P32	.0659	.0659	.0330	.0549	.1538
P33	.1209	.1209	.0220	.0495	.0385
P34	.0879	.0879	.1209	.0989	.3077
P35	.1099	.1099	.0549	.0275	.0385
P36	-.0110	-.0110	.0330	-.0989	.1538
P38	.0440	.0440	.0220	-.0275	.1154
P39	-.0220	-.0220	-.0879	-.0824	-.1154
P40	.1099	.1099	.2088	.0659	.2308
P41	.0989	.0989	.1648	.1593	.1923

-

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Covariance Matrix

	P6	P7	P9	P10	P11
P6	.4176				
P7	.4176	.4176			
P9	.1538	.1538	.4231		
P10	.2198	.2198	.3462	.4011	
P11	.1978	.1978	.0769	.0879	.2637
P12	.1099	.1099	.1538	.2198	.0440
P13	.1099	.1099	.0769	.1429	-.0330
P14	.2637	.2637	.2308	.2198	.1978
P15	-.0220	-.0220	.0000	.1099	-.0549
P16	.1758	.1758	.0769	.1209	.0549
P17	.0440	.0440	.0385	.0495	.0330

P18	-.0110	-.0110	.1154	.0165	.0110
P20	.0000	.0000	.0385	-.0385	.1538
P21	.4615	.4615	.0385	.1923	.3077
P22	.2418	.2418	.0385	-.0934	.1429
P23	.3626	.3626	.2308	.4945	-.1319
P24	.0879	.0879	-.0385	-.0934	.1429
P25	.0879	.0879	-.0385	-.0165	.0659
P30	.1538	.1538	.0000	.0769	.0769
P31	.1538	.1538	.0000	.0769	.0769
P32	.0549	.0549	-.0769	.0330	.0220
P33	.0879	.0879	-.1154	-.0165	.0659
P34	.0220	.0220	.0769	.1209	-.0220
P35	.1429	.1429	-.0385	.0165	.1648
P36	-.0220	-.0220	.0769	.0330	-.1319
P38	.0879	.0879	.1154	.1374	-.0879
P39	-.0440	-.0440	-.1154	-.1264	-.0330
P40	.1429	.1429	.2308	.2088	.0110
P41	.1209	.1209	.1154	.1264	.1099

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Covariance Matrix

	P12	P13	P14	P15	P16
P12	.2637				
P13	.0330	.2637			
P14	.1099	.0330	.4176		
P15	.1319	.2857	.0549	.8352	
P16	.0989	.0989	.0989	.0110	.2198
P17	.0440	.0440	.1209	.0989	.0549
P18	.0659	-.0879	-.0110	-.0440	.0440
P20	.0000	-.1538	.1538	-.0769	.0000
P21	.0000	.2308	.2308	.3846	.1538

P22	.0879	-.2198	.0879	-.2637	.1868
P23	.3626	.5934	.1319	.5275	.3956
P24	.0110	-.1429	.0110	-.1099	.0330
P25	-.0659	.0110	.0110	-.1099	-.0440
P30	.0769	.0769	.1538	.1538	.0769
P31	.0769	.0769	.1538	.1538	.0769
P32	.0549	.1319	-.0220	.2198	.0110
P33	.0110	.0879	.0110	.1978	.1099
P34	.0220	.1758	.0989	.3187	-.0110
P35	.0659	-.0110	.1429	.0330	.1209
P36	.0549	.1319	-.0220	.0659	.0110
P38	.1648	.0879	.0879	.1209	.0330
P39	-.0440	-.0440	-.0440	-.0220	.0220
P40	.0659	.1429	.1429	.0330	.0440
P41	-.0330	.1209	.0440	.0220	.0549

	P17	P18	P20	P21	P22
P17	.0714				
P18	-.0275	.2473			
P20	.0385	.1154	.2692		
P21	.0385	-.0385	.0385	1.1923	
P22	-.0495	.4451	.2692	.1154	1.4780
P23	.0989	-.1978	-.4615	.2308	-.4945
P24	-.0495	.2143	.1923	.1154	.7857
P25	-.0495	-.0934	-.0385	.1154	-.1374
P30	.0769	-.0769	.0000	.2308	-.0769
P31	.0769	-.0769	.0000	.2308	-.0769
P32	.0220	-.1209	-.0769	.1538	-.1868
P33	.0275	-.0165	.0385	.3462	.0934
P34	.0549	-.1099	-.0769	.1538	-.3516
P35	.0495	.0165	.1154	.1923	.2912
P36	.0220	-.0440	-.1538	-.3077	-.1868
P38	.0275	-.0165	-.1154	-.1154	-.1374
P39	.0055	.0275	.0385	-.0385	.1264
P40	.0110	-.0220	-.0769	.0000	-.0549

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Covariance Matrix

	P17	P18	P20	P21	P22
P41	-.0055	-.0275	-.0385	.2692	-.0495
	P23	P24	P25	P30	P31
P23	2.3736				
P24	-.4945	.5549			
P25	.1978	-.0604	.2473		
P30	.2308	-.0769	.0000	.1538	
P31	.2308	-.0769	.0000	.1538	.1538
P32	.2967	-.0330	.0440	.0769	.0769
P33	.1978	.0934	.0165	.0769	.0769
P34	.3956	-.1978	.0330	.0769	.0769
P35	.0330	.2143	-.0165	.0769	.0769
P36	.5275	-.1868	.0440	.0000	.0000
P38	.6593	-.2143	.0934	.0769	.0769
P39	-.0989	.0495	-.0275	.0000	.0000
P40	.4945	-.0549	.0989	.0000	.0000
P41	.0989	.0275	.0275	.0000	.0000
	P32	P33	P34	P35	P36
P32	.2198				
P33	.1209	.2473			
P34	.0879	.0330	.2198		
P35	.0330	.1374	-.0330	.2473	
P36	.0659	-.1099	.0879	-.1209	.3736

P38	.0440	-.0604	.1099	-.0934	.2747
P39	-.0220	.0495	-.0549	.0275	-.0220
P40	.0330	-.0549	.1209	-.0220	.1868
P41	.0220	.0275	.0549	.0495	-.0549

	P38	P39	P40	P41
P38	.4011			
P39	-.0275	.0714		
P40	.1758	-.0879	.2857	
P41	-.1264	-.0714	.0879	.2253

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

	P1	P2	P3	P4	P5
P1	1.0000				
P2	1.0000	1.0000			
P3	.7455	.7455	1.0000		
P4	.5926	.5926	.5631	1.0000	
P5	.4320	.4320	.5684	.5334	1.0000
P6	.6892	.6892	.4136	.6091	.3134
P7	.6892	.6892	.4136	.6091	.3134
P9	.2523	.2523	.6637	.3738	.3892
P10	.3701	.3701	.6168	.6032	.5597
P11	.4108	.4108	.3203	.4959	.1972
P12	.2282	.2282	.2402	.1353	.1972
P13	.5477	.5477	.5204	.4508	.7888
P14	.4353	.4353	.4136	.3583	.4702
P15	.5130	.5130	.3824	.3040	.5541
P16	.4000	.4000	.1754	.0988	.2160
P17	.1754	.1754	.0769	.0433	.5684

P18	.1414	.1414	.2067	-.2095	-.5092
P20	.0000	.0000	.0000	-.1562	-.2928
P21	.7513	.7513	.3954	.8163	.3246
P22	.3471	.3471	.1522	-.1809	-.5415
P23	.4108	.4108	.3203	.1803	.5916
P24	.3461	.3461	.2484	-.0777	-.4758
P25	.1886	.1886	.0827	.2095	.1018
P30	.4183	.4183	.0000	.4132	.5164
P31	.4183	.4183	.0000	.4132	.5164
P32	.3000	.3000	.1316	.2469	.4320
P33	.5185	.5185	.0827	.2095	.1018
P34	.4000	.4000	.4824	.4445	.8641
P35	.4714	.4714	.2067	.1164	.1018
P36	-.0383	-.0383	.1009	-.3409	.3314
P38	.1480	.1480	.0649	-.0914	.2399
P39	-.1754	-.1754	-.6154	-.6497	-.5684
P40	.4385	.4385	.7308	.2599	.5684
P41	.4445	.4445	.6497	.7073	.5334

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Correlation Matrix

	P6	P7	P9	P10	P11
P6	1.0000				
P7	1.0000	1.0000			
P9	.3660	.3660	1.0000		
P10	.5370	.5370	.8403	1.0000	
P11	.5960	.5960	.2303	.2703	1.0000
P12	.3311	.3311	.4606	.6757	.1667
P13	.3311	.3311	.2303	.4392	-.1250
P14	.6316	.6316	.5490	.5370	.5960
P15	-.0372	-.0372	.0000	.1899	-.1171
P16	.5804	.5804	.2523	.4071	.2282

P17	.2545	.2545	.2212	.2922	.2402
P18	-.0342	-.0342	.3568	.0523	.0430
P20	.0000	.0000	.1140	-.1170	.5774
P21	.6541	.6541	.0542	.2781	.5487
P22	.3077	.3077	.0486	-.1213	.2288
P23	.3642	.3642	.2303	.5068	-.1667
P24	.1826	.1826	-.0794	-.1980	.3734
P25	.2736	.2736	-.1189	-.0523	.2582
P30	.6070	.6070	.0000	.3097	.3819
P31	.6070	.6070	.0000	.3097	.3819
P32	.1814	.1814	-.2523	.1110	.0913
P33	.2736	.2736	-.3568	-.0523	.2582
P34	.0725	.0725	.2523	.4071	-.0913
P35	.4446	.4446	-.1189	.0523	.6455
P36	-.0556	-.0556	.1935	.0852	-.4201
P38	.2148	.2148	.2801	.3425	-.2703
P39	-.2545	-.2545	-.6637	-.7466	-.2402
P40	.4136	.4136	.6637	.6168	.0400
P41	.3941	.3941	.3738	.4204	.4508

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Correlation Matrix

	P12	P13	P14	P15	P16
P12	1.0000				
P13	.1250	1.0000			
P14	.3311	.0993	1.0000		
P15	.2810	.6088	.0930	1.0000	
P16	.4108	.4108	.3265	.0256	1.0000
P17	.3203	.3203	.6999	.4049	.4385
P18	.2582	-.3443	-.0342	-.0967	.1886
P20	.0000	-.5774	.4588	-.1622	.0000

P17	1.0000				
P18	-.2067	1.0000			
P20	.2774	.4472	1.0000		
P21	.1318	-.0708	.0679	1.0000	
P22	-.1522	.7362	.4268	.0869	1.0000
P23	.2402	-.2582	-.5774	.1372	-.2640
P24	-.2484	.5785	.4975	.1418	.8676
P25	-.3721	-.3778	-.1491	.2125	-.2272
P30	.7338	-.3944	.0000	.5388	-.1613
P31	.7338	-.3944	.0000	.5388	-.1613
P32	.1754	-.5165	-.3162	.3005	-.3278
P33	.2067	-.0667	.1491	.6375	.1545
P34	.4385	-.4714	-.3162	.3005	-.6170
P35	.3721	.0667	.4472	.3542	.4817
P36	.1345	-.1446	-.4851	-.4610	-.2514
P38	.1623	-.0523	-.3511	-.1669	-.1784
P39	.0769	.2067	.2774	-.1318	.3889
P41	-.1353	.4959	.1433	.0507	.2469
P40	.2402	.5204	.4136	.0675	.1754
P39	-.3203	-.3203	-.2545	-.0900	.1754
P38	.5068	.2703	.2148	.2089	.1110
P36	.1750	.4201	-.0556	.1180	.0383
P35	.2582	-.0430	.4446	.0725	.5185
P34	.0913	.7303	.3265	.7438	-.0500
P33	.0430	.3443	.0342	.4353	.4714
P32	.2282	.5477	-.0725	.5130	.0500
P31	.3819	.3819	.6070	.4292	.4183
P30	.3819	.3819	.6070	.4292	.4183
P25	-.2582	.0430	.0342	-.2418	-.1886
P24	.0287	-.3734	.0228	-.1614	.0944
P23	.4583	.7500	.1325	.3746	.5477
P22	.1408	-.3520	.1119	-.2374	.3278
P21	.0000	.4115	.3270	.3854	.3005
P17					
P18					
P20					
P21					
P22					

P40 .0769 -.0827 -.2774 .0000 -.0846

-

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Correlation Matrix

	P17	P18	P20	P21	P22
P41	-.0433	-.1164	-.1562	.5195	-.0857
	P23	P24	P25	P30	P31
P23	1.0000				
P24	-.4309	1.0000			
P25	.2582	-.1632	1.0000		
P30	.3819	-.2633	.0000	1.0000	
P31	.3819	-.2633	.0000	1.0000	1.0000
P32	.4108	-.0944	.1886	.4183	.4183
P33	.2582	.2522	.0667	.3944	.3944
P34	.5477	-.5664	.1414	.4183	.4183
P35	.0430	.5785	-.0667	.3944	.3944
P36	.5601	-.4103	.1446	.0000	.0000
P38	.6757	-.4542	.2966	.3097	.3097
P39	-.2402	.2484	-.2067	.0000	.0000
P40	.6005	-.1380	.3721	.0000	.0000
P41	.1353	.0777	.1164	.0000	.0000
	P32	P33	P34	P35	P36
P32	1.0000				
P33	.5185	1.0000			
P34	.4000	.1414	1.0000		
P35	.1414	.5556	-.1414	1.0000	
P36	.2301	-.3616	.3068	-.3977	1.0000

P38	.1480	-.1919	.3701	-.2966	.7097
P39	-.1754	.3721	-.4385	.2067	-.1345
P40	.1316	-.2067	.4824	-.0827	.5718
P41	.0988	.1164	.2469	.2095	-.1894

	P38	P39	P40	P41
P38	1.0000			
P39	-.1623	1.0000		
P40	.5194	-.6154	1.0000	
P41	-.4204	-.5631	.3465	1.0000

Statistics based on inverse matrix for scale ALPHA are meaningless and printed as .

N of Cases = 14.0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables		
	83.4286	97.9560	9.8973	34		
Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	2.4538	1.3571	3.0714	1.7143	2.2632	.1335
Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.4260	.0714	2.3736	2.3022	33.2308	.2019
Inter-item Covariances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.0744	-.5000	.7857	1.2857	-1.5714	.0200
Inter-item Correlations	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.2022	-.7466	1.0000	1.7466	-1.3394	.1013

I

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Item-total Statistics

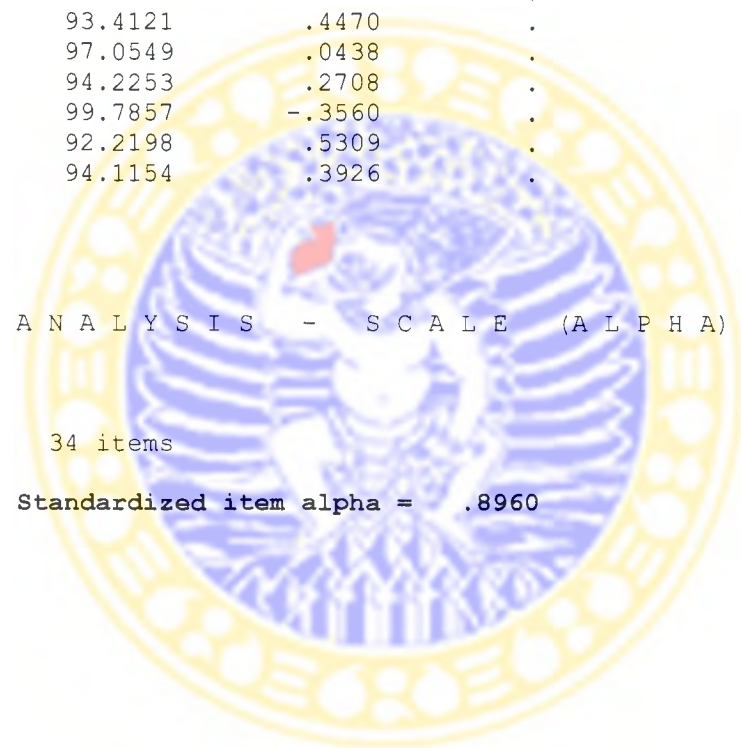
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
P1	81.1429	89.9780	.8723	.	.8678
P2	81.1429	89.9780	.8723	.	.8678
P3	81.2857	90.6813	.6865	.	.8698
P4	81.3571	92.5549	.5668	.	.8724
P5	80.9286	89.1484	.5738	.	.8704
P6	80.8571	88.1319	.7753	.	.8667
P7	80.8571	88.1319	.7753	.	.8667
P9	80.9286	92.2253	.4249	.	.8740
P10	80.7857	90.0275	.6263	.	.8699
P11	81.0000	93.2308	.4499	.	.8740
P12	80.8571	93.0549	.4680	.	.8737
P13	80.8571	91.8242	.5962	.	.8716
P14	80.8571	90.1319	.6036	.	.8703
P15	81.1429	90.4396	.3844	.	.8756
P16	80.7143	92.5275	.5775	.	.8723
P17	80.5000	95.6538	.4267	.	.8759
P18	80.7857	97.8736	-.0168	.	.8812
P20	80.9286	98.2253	-.0524	.	.8820
P21	81.9286	84.9945	.5846	.	.8700
P22	81.0714	95.1484	.0561	.	.8903
P23	81.1429	81.6703	.4996	.	.8783
P24	81.0714	96.8407	.0382	.	.8829
P25	82.0714	96.8407	.0887	.	.8796

P30	80.4286	93.3407	.5887	.	.8729
P31	80.4286	93.3407	.5887	.	.8729
P32	81.1429	94.7473	.3275	.	.8760
P33	81.0714	93.7637	.4097	.	.8747
P34	80.7143	93.7582	.4382	.	.8744
P35	80.7857	93.4121	.4470	.	.8741
P36	81.1429	97.0549	.0438	.	.8813
P38	81.0714	94.2253	.2708	.	.8771
P39	80.3571	99.7857	-.3560	.	.8823
P40	81.2857	92.2198	.5309	.	.8725
P41	80.5000	94.1154	.3926	.	.8750

-

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Reliability Coefficients 34 items

Alpha = .8780 **Standardized item alpha = .8960**

Uji Reliabilitas Kuesioner Untuk Bukan Pengguna

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

-

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

- | | | |
|----|-----|---|
| 1. | P1 | Selama ini dgn kondisi kesehatan seperti apa Sdr menggunakan plynn kesehatan (RS atau klinik kesehatan) |
| 2. | P4 | Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama anda saat ini |
| 3. | P5 | Menurut anda, berapa luas rumah yang ditempati bersama keluarga saat ini |
| 4. | P7 | Apakah RSD Dr. Soedarsono dapat dijangkau dengan mudah dari tempat tinggal anda |
| 5. | P8 | Apakah anda mendapatkan penyuluhan dari RS dan petugas ASKES tentang hak dan kewajiban peserta ASKES |
| 6. | P13 | Mohon kemukakan alasan anda, mengapa anda menggunakan RS lain untuk di rawat inap |
| 7. | P14 | Jika anda tidak menggunakan RSD dr Soedarsono untuk rawat inap, menurut anda mengapa anda memilih RS lain untuk mendapatkan plynn kshtn |
| 8. | P2 | Apabila anda atau keluarga sakit, menurut anda pelayanan kesehatan manakah yang dapat membantu menyembuhkan anda |
| 9. | P11 | Apakah ada ketentuan dari instansi anda untuk berobat dan rawat inap pada RS tertentu |

		Mean	Std Dev	Cases
1.	P1	3.7273	.7613	33.0
2.	P4	2.6061	.6586	33.0
3.	P5	3.9091	.2919	33.0
4.	P7	3.0909	.2919	33.0
5.	P8	1.1212	.4846	33.0
6.	P13	1.0303	.1741	33.0
7.	P14	1.9394	.2423	33.0
8.	P2	4.0000	.0000	33.0
9.	P11	1.0000	.0000	33.0

* * * P2 has zero variance

* * * P11 has zero variance

Covariance Matrix

	P1	P4	P5	P7	P8
P1	.5795				
P4	.0142	.4337			
P5	.0369	-.0057	.0852		
P7	-.1307	-.0256	.0085	.0852	
P8	-.0909	.0492	-.0511	-.0114	.2348
P13	.0085	.0123	.0028	-.0028	-.0038
P14	.0455	.0066	-.0057	-.0256	.0076
P13		P14			
P13	.0303				
P14	.0019	.0587			

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

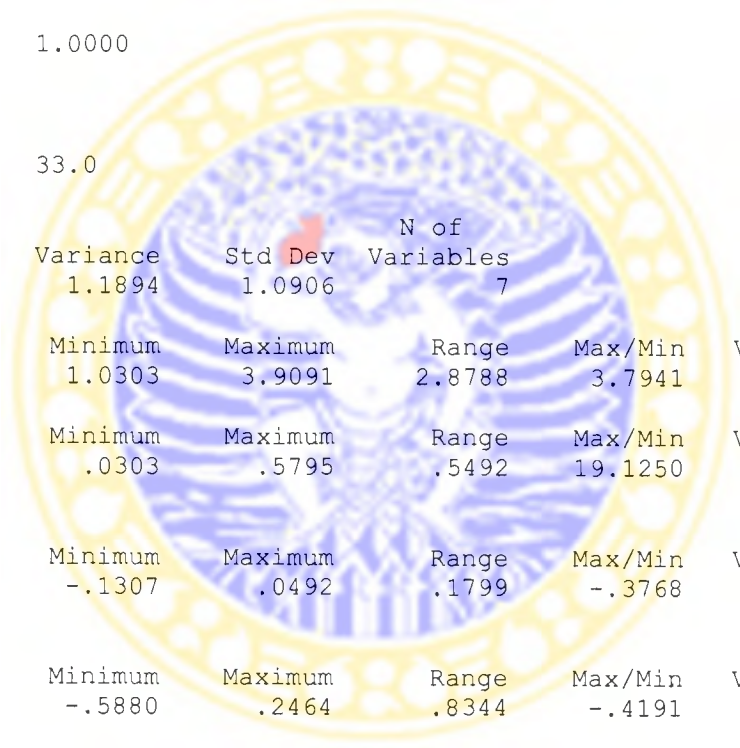
Correlation Matrix

	P1	P4	P5	P7	P8
P1	1.0000				
P4	.0283	1.0000			
P5	.1662	-.0296	1.0000		
P7	-.5880	-.1330	.1000	1.0000	
P8	-.2464	.1543	-.3614	-.0803	1.0000
P13	.0643	.1074	.0559	-.0559	-.0449

P14	.2464	.0415	-.0803	-.3614	.0645
	P13	P14			
P13	1.0000				
P14	.0449	1.0000			

N of Cases = 33.0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables		
	17.4242	1.1894	1.0906	7		
Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	2.4892	1.0303	3.9091	2.8788	3.7941	1.3711
Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.2154	.0303	.5795	.5492	19.1250	.0456
Inter-item Covariances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	-.0076	-.1307	.0492	.1799	-.3768	.0017
Inter-item Correlations	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	-.0432	-.5880	.2464	.8344	-.4191	.0397



RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
P1	13.6970	.8428	-.1667	.4523	-.1213
P4	14.8182	.6534	.0961	.0515	-.7722
P5	13.5152	1.1326	-.0457	.1660	-.3070
P7	14.3333	1.4792	-.5281	.4568	.0461
P8	16.3030	1.1553	-.1927	.2259	-.1220
P13	16.3939	1.1212	.1027	.0205	-.3811
P14	15.4848	1.0701	.1209	.1383	-.4248

Reliability Coefficients

7 items

Alpha = -.3121

Standardized item alpha = -.4084

Uji Reliabilitas Kuesioner Untuk Pengguna

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

1. P1 Selama ini dgn kondisi kesehatan seperti apa Sdr menggunakan plynn kesehatan (RS atau klinik kesehatan)
2. P2 Apabila anda atau keluarga sakit, menurut anda pelayanan kesehatan manakah yang dapat membantu menyembuhkan anda
3. P4 Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama anda saat ini
4. P5 Menurut anda, berapa luas rumah yang ditempati bersama keluarga saat ini
5. P7 Apakah anda/keluarga hanya berobat ke RSD dr. Soedarsono untuk semua penyakit yang anda derita
6. P8 Berhubungan dengan pertanyaan nomor 7, kalau anda menjawab point a, karena apa anda menggunakan RS lain
7. P10 Bagaimana pelayanan petugas administrasi saat anda mendaftar, saat dirawat dan akan pulang
8. P12 Bagaimana pelayanan perawat saat anda mendapat pemeriksaan kesehatan dan dirawat inap di RSD dr. Soedarsono
9. P14 Bagaimana pelayanan dokter saat anda mendapat pemeriksaan dan dirawat inap di RSD dr. Soedarsono
10. P15 Bagaimana pelayanan gizi saat anda dirawat inap di RSD dr. Soedarsono
11. P17 Bagaimana pelayanan obat saat anda di rawat inap di RSD dr. Soedarsono
12. P19 Bagaimana pelayanan adminstrasi dan keuangan saat anda di rawat inap di RSD dr. Soedarsono
13. P21 Bagaimana ketersediaan/kelengkapan fasilitas radiology untuk pemeriksaan kesehatan di RSD dr. Soedarsono
14. P22 Bagaimana ketersediaan/kelengkapan fasilitas laboratorium untuk rawat inap di RSD dr. Soedarsono

15. P23 Bagaimana ketersediaan/kelengkapan fasilitas gizi untuk rawat inap di RSD dr. Soedarsono
16. P24 Bagaimana ketersediaan/kelengkapan fasilitas apotik untuk rawat inap di RSD dr. Soedarsono
17. P25 Bagaimana ketersediaan/kelengkapan fasilitas ruang tunggu untuk rawat inap di RSD dr. Soedarsono
18. P26 Bagaimana ketersediaan/kelengkapan fasilitas kamar mandi untuk rawat inap di RSD dr. Soedarsono
19. P27 Bagaimana ketersediaan/kelengkapan fasilitas WC untuk rawat inap di RSD dr. Soedarsono
20. P29 Apakah anda mendapatkan penyuluhan dari RS dan petugas ASKES tentang hak dan kewajiban peserta ASKES
21. P32 Apakah ada ketentuan dari instansi anda untuk berobat dan rawat inap pada RS tertentu

		Mean	Std Dev	Cases
1.	P1	3.2069	1.1458	29.0
2.	P2	3.9655	.1857	29.0
3.	P4	3.2759	.9218	29.0
4.	P5	2.6897	1.4168	29.0
5.	P7	2.0000	.8864	29.0
6.	P8	1.5172	.9495	29.0
7.	P10	2.9655	.5659	29.0
8.	P12	3.1034	.4093	29.0
9.	P14	2.9310	.3714	29.0
10.	P15	2.5862	.5680	29.0
11.	P17	2.8966	.4888	29.0
12.	P19	2.7931	.5593	29.0
13.	P21	2.5172	.5745	29.0
14.	P22	2.5862	.5680	29.0
15.	P23	2.2759	.5914	29.0
16.	P24	2.4138	.6823	29.0
17.	P25	2.5172	.7847	29.0
18.	P26	2.9310	.3714	29.0
19.	P27	2.7241	.6490	29.0
20.	P29	1.8621	1.2167	29.0

21. P32 1.1034 .3099 29.0

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Covariance Matrix

	P1	P2	P4	P5	P7
P1	1.3128				
P2	.0431	.0345			
P4	.0480	-.0259	.8498		
P5	.4594	-.0468	-.1970	2.0074	
P7	.5357	.0357	.2500	.1071	.7857
P8	-.4323	.0185	.1379	-.1552	-.3929
P10	.0431	-.0012	-.0259	-.1182	.0714
P12	-.0222	.0037	-.0296	-.0739	-.1071
P14	.0148	-.0025	.0160	-.1650	.0357
P15	.0887	.0209	-.1318	-.1330	-.0357
P17	.0579	-.0037	.0653	-.1404	.0357
P19	-.0271	-.0074	.1305	.0049	.1071
P21	.2463	-.0172	.0308	-.0123	.2143
P22	.1244	-.0148	-.0246	-.0259	.1071
P23	-.0234	.0099	-.2574	-.0185	-.1071
P24	.3042	.0148	.0246	.1330	.1429
P25	.1034	.0185	-.0406	-.1552	.1429
P26	-.0567	-.0025	-.0160	-.0936	.0000
P27	-.1195	-.0099	.1145	.0185	.1071
P29	.1724	-.0764	-.1749	.0985	.2500
P32	-.0936	.0037	-.0653	.0333	-.0714

	P8	P10	P12	P14	P15
P8	.9015				
P10	-.0172	.3202			

P12	.0874	.0751	.1675		
P14	-.0345	.1404	.0431	.1379	
P15	.0074	.1281	.0443	.1133	.3227
P17	-.0160	.1392	.0468	.0998	.0985
P19	-.0320	.0998	-.0493	.0209	-.0530
P21	-.1700	.1256	-.0197	.0727	.0431
P22	-.0283	.1638	.0086	.1133	.0369
P23	.0308	.0456	.0062	.0554	.0825
P24	-.0431	.0148	-.0086	-.0062	.0345
P25	-.0985	.0185	-.0197	.0727	.0788
P26	-.0345	.0333	.0431	.0308	.0062
P27	.1478	-.0813	-.0776	-.0911	-.1539
P29	-.3547	.2094	.0148	.1687	.1909
P32	.0517	.0037	-.0111	.0074	.0086

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Covariance Matrix

	P17	P19	P21	P22	P23
P17	.2389				
P19	.1564	.3128			
P21	.0911	.0394	.3300		
P22	.0628	.0185	.2217	.3227	
P23	-.0062	-.0480	.0665	.0825	.3498
P24	.0443	-.0185	.2426	.1416	.1318
P25	.1268	.0394	.1872	.0788	.1379
P26	.0640	-.0148	.0369	.0419	.0197
P27	-.0296	.0837	.0049	-.0111	-.0283
P29	.3067	.1847	.2882	.2623	.0394
P32	-.0246	-.0135	.0160	.0443	.0062

	P24	P25	P26	P27	P29
P24	.4655				
P25	.2783	.6158			
P26	.1010	.1798	.1379		
P27	.0825	.1478	.0517	.4212	
P29	.2020	.3596	.1687	-.0037	1.4803
P32	-.0443	-.0197	-.0283	-.0419	-.0567

	P32
P32	.0961

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Correlation Matrix

	P1	P2	P4	P5	P7
P1	1.0000				
P2	.2026	1.0000			
P4	.0455	-.1511	1.0000		
P5	.2830	-.1779	-.1509	1.0000	
P7	.5275	.2170	.3060	.0853	1.0000
P8	-.3973	.1048	.1576	-.1154	-.4668
P10	.0665	-.0117	-.0496	-.1475	.1424
P12	-.0473	.0486	-.0783	-.1274	-.2954
P14	.0347	-.0357	-.0468	-.3136	.1085
P15	.1362	.1985	-.2517	-.1653	-.0709

P17	.1034	-.0407	.1449	-.2027	.0824
P19	-.0423	-.0711	.2532	.0062	.2161
P21	.3742	-.1616	.0581	-.0151	.4208
P22	.1911	-.1401	-.0470	-.0321	.2128
P23	-.0345	.0897	-.4721	-.0220	-.2044
P24	.3891	.1166	.0392	.1376	.2362
P25	.1151	.1268	-.0562	-.1396	.2054
P26	-.1331	-.0357	-.0468	-.1779	.0000
P27	-.1606	-.0818	.1914	.0201	.1862
P29	.1237	-.3380	-.1559	.0572	.2318
P32	-.2636	.0642	-.2285	.0757	-.2600
P8	1.0000				
P10	-.0321	1.0000			
P12	.2250	.3244	1.0000		
P14	-.0978	.6681	.2836	1.0000	
P15	.0137	.3985	.1907	.5371	1.0000
P17	-.0345	.5031	.2339	.5495	.3548
P19	-.0603	.3152	-.2152	.1008	-.1667
P21	-.3116	.3864	-.0838	.3405	.1321
P22	-.0525	.5096	.0371	.5371	.1145
P23	.0548	.1362	.0254	.2523	.2456
P24	-.0665	.0383	-.0309	-.0243	.0890
P25	-.1322	.0416	-.0614	.2493	.1768
P26	-.0978	.1582	.2836	.2232	.0292
P27	.2398	-.2213	-.2921	-.3781	-.4176
P29	-.3070	.3041	.0297	.3734	.2762
P32	.1758	.0211	-.0874	.0642	.0490

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

	P17	P19	P21	P22	P23
P17	1.0000				
P19	.5721	1.0000			
P21	.3245	.1226	1.0000		
P22	.2262	.0581	.6793	1.0000	
P23	-.0213	-.1452	.1957	.2456	1.0000
P24	.1329	-.0484	.6189	.3654	.3266
P25	.3307	.0898	.4152	.1768	.2972
P26	.3528	-.0711	.1732	.1985	.0897
P27	-.0932	.2307	.0132	-.0301	-.0738
P29	.5156	.2715	.4123	.3796	.0548
P32	-.1626	-.0781	.0899	.2518	.0336

	P24	P25	P26	P27	P29
P24	1.0000				
P25	.5198	1.0000			
P26	.3985	.6170	1.0000		
P27	.1863	.2902	.2146	1.0000	
P29	.2433	.3767	.3734	-.0047	1.0000
P32	-.2097	-.0810	-.2461	-.2082	-.1502

	P32
P32	1.0000

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 29.0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables		
Statistics for Scale	54.8621	25.7660	5.0760	21		
Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
Item Means	2.6125	1.1034	3.9655	2.8621	3.5938	.3956
Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
Item Variances	.5529	.0345	2.0074	1.9729	58.2143	.2612
Inter-item Covariances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
Inter-item Covariances	.0337	-.4323	.5357	.9680	-1.2393	.0146
Inter-item Correlations	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
Inter-item Correlations	.0830	-.4721	.6793	1.1514	-1.4388	.0524
Item-total Statistics						
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted	
P1	51.6552	21.5197	.2760	.	.5489	
P2	50.8966	25.8103	-.0418	.	.5805	

P4	51.5862	25.3227	-.0438	.	.6053
P5	52.1724	24.7192	-.0682	.	.6437
P7	52.8621	22.1232	.3426	.	.5376
P8	53.3448	27.5197	-.2665	.	.6430
P10	51.8966	23.3103	.3908	.	.5428
P12	51.7586	25.6897	-.0220	.	.5837
P14	51.9310	24.2808	.3681	.	.5553
P15	52.2759	24.4926	.1691	.	.5675
P17	51.9655	23.1773	.4993	.	.5362
P19	52.0690	24.2094	.2260	.	.5614
P21	52.3448	22.0197	.6336	.	.5134
P22	52.2759	22.6355	.5195	.	.5277
P23	52.5862	24.9655	.0763	.	.5778
P24	52.4483	21.7562	.5569	.	.5134
P25	52.3448	21.8768	.4459	.	.5236
P26	51.9310	24.5665	.2883	.	.5610
P27	52.1379	25.1232	.0341	.	.5838
P29	53.0000	19.7857	.4158	.	.5137
P32	53.7586	26.2611	-.1861	.	.5911

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Reliability Coefficients 21 items

Alpha = .5768 Standardized item alpha = .6553