

HUBUNGAN PENILAIAN MUTU DENGAN PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN PASIEN PENERIMA BANTUAN IURAN

CORRELATION OF QUALITY ASSESSEMENT WITH HEALTH CARE UTILIZATION BY POOR BENEFICIARIES'S PATIENT

Leli Rachmawati, Djazuly Chalidyanto

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya

E-mail: lelirachmawati@yahoo.com

ABSTRACT

Poor beneficiaries in National Health Insurance is poor people based on government rule. Poor beneficiaries had lower utilization than the rich in the RSU Haji. From the year 2010 to 2013 their utilization rates had been decreased. Purpose of this study was to identify correlation between health quality with health care utilization by poor beneficiaries. The study was observational and cross sectional design. Quantitative analytical approach was used in this study. Sample analyzed using the formula of simple random sampling resulting 74 respondents. Data were collected by questionnaires and analyzed with Spearman and Phi coefficient correlation test ($\alpha = 0.05$). The results showed the majority of respondents were female with range 46-65 years old. They had low education level that was primary school. The Income intervals was under minimum wages average of Surabaya that is Rp 751.000,00- Rp 1,500,000.00. High utilization was performed by poor beneficiaries with frequency of the use was more than three times in the last 6 months. Quality assessemant showed respondents with very good and good appraisal had high utilization. Significant factors associated with health care utilization by beneficiaries were referral access ($p = 0.004$) and access to additional cost ($p = 0.011$).

Keywords: poor beneficiaries, quality, utilization

PENDAHULUAN

Menurut Suharto (2009) rendahnya Indeks Pembangunan Manusia (IPM) memiliki kaitan erat dengan rendahnya status kesehatan dan akses ke pelayanan kesehatan. Adanya jaminan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu. Masyarakat miskin dijamin oleh pemerintah menggunakan APBN untuk mendapatkan fasilitas pengobatan gratis. Mulai tahun 2014 program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) telah digabung dengan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Istilah bagi penerima Jamkesmas diubah menjadi Penerima Bantuan Iuran (PBI), hal tersebut sesuai dengan Undang- Undang SJSN Nomor 40 Tahun 2004.

Masyarakat miskin umumnya memiliki resiko sakit lebih tinggi namun pemanfaatan pelayanan kesehatan lebih rendah dibandingkan

dengan masyarakat mampu (Maramis, 2006). Hal tersebut sesuai dengan data yang disampaikan oleh Ikatan Dokter Indonesia (IDI) Cabang Bantul dalam Seminar Nasional Peran Strategis Dokter Layanan Primer dalam Implementasi JKN (2012). Berdasarkan seminar tersebut, diketahui bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jamkesmas lebih rendah dibandingkan dengan peserta Asuransi Kesehatan (ASKES) dan Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Nugrahaeni, Laksmiarti dan Harimat (2011) diketahui jumlah kunjungan rawat jalan pasien Jamkesmas cenderung turun di tiga rumah sakit wilayah Indonesia.

RSU Haji Surabaya merupakan rumah sakit kelas B Pendidikan, berdasarkan klasifikasi jenjang rujukan maka termasuk dalam Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) Tingkat III. Tahun 2010 sampai dengan 2013, berdasarkan Laporan Tahunan RSU

Haji, kunjungan pasien Jamkesmas di Instalasi Rawat Jalan terus mengalami penurunan dengan rata-rata penurunan sebesar 17,89%. Terdapat beberapa faktor yang mungkin menjadi penyebab rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan, diantaranya adalah mutu pelayanan. Mutu merupakan faktor penting dalam industri jasa pelayanan, termasuk kesehatan. Angka kunjungan pasien terhadap tempat pelayanan kesehatan dapat ditingkatkan dengan meningkatkan mutu (Supriyanto dan Ernawaty, 2010). Oleh karena itu tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan antara penilaian mutu pelayanan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada pasien PBI.

PUSTAKA

Mutu

Penilaian mutu terhadap suatu barang atau jasa merupakan pertimbangan penting dalam penggunaan barang atau jasa. Definisi mutu menurut Kronenfeld (2007) adalah tingkat keunggulan atau konformasi ke standar yang tinggi. Mutu adalah sejauh mana seperangkat karakteristik yang melekat memenuhi persyaratan berdasarkan ISO9000 2000 dalam Hoyle (2007). Sedangkan Crosby (1979) dalam Suarez (1992) menyatakan 4 hal mutlak terkait mutu, pertama definisi mutu adalah kesesuaian terhadap persyaratan; kedua sistem mutu adalah pencegahan, bukan penilaian; ketiga standar penampilan adalah tanpa cacat, bukan cukup mendekati; keempat ukuran mutu adalah harga ketidaksesuaian.

Berdasarkan pengertian yang telah disampaikan, maka dapat disimpulkan bahwa mutu adalah tingkat kesesuaian karakteristik terhadap

pesyaratan atau standar. Sehingga dapat disimpulkan bahwa mutu pelayanan kesehatan adalah sekumpulan atribut yang mencirikan kualitas layanan kesehatan (Leon Wyszewinski dalam Ransom *et al*, 2008). Dalam bidang layanan kesehatan, terdapat prespektif yang berbeda terkait penilaian mutu oleh pasien dengan penyedia layanan kesehatan.

Penelitian yang dilakukan oleh Smith dan Metzner (1970) dalam Azwar (1996) menunjukkan perbedaan variabel dalam dimensi mutu dari pihak yang terkait pelayanan kesehatan. Dari sisi dokter sebagai provider, variabel dimensi mutu yang dianggap paling penting adalah pengetahuan ilmiah yang dimiliki oleh dokter. Sedangkan dari sisi pasien, dimensi mutu yang dianggap paling penting adalah efisiensi pelayanan kesehatan. Namun jika dilihat dari tujuan penyelenggaraan pelayanan kesehatan adalah untuk memenuhi kebutuhan pasien, maka penilaian mutu didasarkan pada perspektif pengguna pelayanan kesehatan.

Atribut Mutu Pelayanan Kesehatan

Technical performance merupakan salah satu atribut mutu yang sering disampaikan oleh beberapa ahli. *Technical performance* merujuk pada seberapa baik teknologi dan ilmu terkini diterapkan dalam layanan. Bentuk dari *technical performance* adalah keakuratan diagnosis, kesesuaian terapi, dan *skill performed*. Kepuasan terhadap layanan kesehatan dinyatakan oleh sikap terhadap kompetensi teknik dokter atau profesi layanan kesehatan lain yang berhubungan dengan pasien (Pohan, 2007).

Atribut mutu kedua adalah *managemant of the interpersonal relationship*. Menurut Tjiptono

(1996) salah satu karakteristik utama dari jasa pelayanan kesehatan adalah *inseparability*, yaitu produksi jasa layanan kesehatan dan konsumsi jasa oleh pasien pada saat yang bersamaan. Sehingga hubungan antara penyedia jasa layanan kesehatan dengan konsumen menjadi sangat penting. Pengertian dari dimensi serupa dengan hubungan antara dokter dan pasien. Penekanan poin ini adalah seberapa baik sikap tenaga medis memperlakukan pasien.

Amenities atau kenyamanan merupakan atribut mutu yang tidak kalah penting. Kenyamanan meliputi karakteristik dari tempat pertemuan antara dokter dan pasien seperti kenyamanan ruang serta lingkungan rumah sakit. Dimensi kenyamanan tidak berhubungan langsung dengan efektivitas layanan kesehatan, tetapi mempengaruhi kepuasan pasien. Kepuasan pasien merupakan faktor pendorong untuk datang kembali ke pelayanan kesehatan (Pohan, 2007).

Atribut mutu yang selanjutnya adalah *access*. Definisi mutu dari segi akses berdasarkan IOM (2003) dalam Ransom *et al* (2008) adalah derajat dimana individu atau kelompok mampu memperoleh layanan kesehatan yang diinginkan. Akses tidak hanya terbatas pada akses secara geografis, tetapi juga mencakup seberapa mudah dijangkau dari segi biaya, waktu dan tempat.

Pelayanan yang bermutu juga dikaitkan dengan bagaimana tenaga medis menghargai kepercayaan dan nilai pasien yang mungkin bertentangan dengan ilmu kedokteran. Hal tersebut biasa disebut dengan istilah *responsiveness to patient preferences*. Wujud dimensi ini biasanya

diukur dengan respek terhadap nilai yang dipercaya pasien, *preference* dan *expressed need*. Responsiveness atau daya tanggap dapat pula diartikan bagaimana tenaga medis memahami kebutuhan pasien seperti kebutuhan akan informasi terhadap penyakit atau pengobatan yang diberikan. Atribut mutu pelayanan berikutnya adalah *efficiency*. Efisiensi dalam pelayanan kesehatan dapat diartikan dengan seberapa baik sumber daya dapat digunakan untuk mencapai tujuan.

Cost effectiveness juga merupakan atribut mutu pelayanan kesehatan. Dimensi ini merujuk pada seberapa besar manfaat berupa peningkatan status kesehatan terhadap biaya yang dikeluarkan. Namun untuk jaminan kesehatan, tidak ada biaya yang dikeluarkan oleh pasien ketika mengakses pelayanan kesehatan. Sehingga efektivitas dilihat dari dimensi lain, bukan *cost effectiveness*. Menurut Pohan (2007) layanan kesehatan yang efektif adalah layanan kesehatan yang mampu mengobati atau mengurangi keluhan yang terjadi dan mencegah berkembangnya penyakit. Pasien diminta menilai seberapa baik pengobatan yang diberikan memberikan pengaruh atau kesembuhan pada penyakit.

Peserta Penerima Bantuan Iuran

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012, Penerima Bantuan Iuran adalah fakir miskin dan orang tidak mampu. Definisi dari fakir miskin adalah

“Fakir miskin adalah orang yang sama sekali tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/ atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar yang layak bagi kehidupan dirinya dan/ atau keluarganya.”

Penekanan dari fakir miskin berdasarkan peraturan ini adalah orang yang tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar yang layak. Sedangkan pengertian dari orang tidak mampu adalah

“Orang tidak mampu adalah orang yang mempunyai sumber mata pencaharian, gaji atau upah, yang hanya mampu memenuhi kebutuhan dasar yang layak namun tidak mampu membayar iuran bagi dirinya dan keluarganya.”

Perbedaan pengertian dari orang tidak mampu dengan fakir miskin adalah orang tidak mampu sudah dapat memenuhi kebutuhan dasar, namun tidak mampu membayar iuran Jaminan Kesehatan.

Kriteria fakir miskin dan orang tidak mampu ditetapkan melalui koordinasi Menteri bidang sosial dengan pimpinan lembaga terkait. Data fakir miskin dan orang tidak mampu yang telah divalidasi menjadi data dasar penentuan jumlah Penerima Bantuan Iuran. Perubahan data dilakukan setiap enam bulan sekali berupa penghapusan peserta atau penambahan peserta PBI sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan. Penetapan jumlah PBI pada tahun 2014 menggunakan hasil Pendataan Program Sosial tahun 2011 sesuai dengan kriteria yang ditetapkan oleh Menteri.

Sesuai dengan Surat Edaran Direktur ASKES Nomor 2311/VII.01/1013 tentang Pedoman Pelayanan BPJS per 1 Januari 2014, jumlah peserta PBI tahun 2014 sejumlah peserta yang terdaftar dalam master file kepesertaan Jamkesmas. Pengguna jaminan dengan Surat Keterangan Miskin (SKTM) atau surat rekomendasi lain seperti penderita thalasemia selama belum terdaftar dalam master file maka tidak dijamin oleh BPJS.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan rancang bangun *cross sectional*. Penelitian menggunakan pendekatan kuantitatif analitik. Populasi penelitian adalah pasien Jaminan Kesehatan Nasional kelompok PBI yang memanfaatkan pelayanan di Instalasi Rawat Jalan RSUD Haji Surabaya pada bulan Mei-Juni 2014. Sampel penelitian sejumlah 74 orang yang diperoleh dari perhitungan *simple random sampling*. Teknik pengambilan sampel menggunakan *systematic random sampling* karena subjek penelitian adalah pasien yang bersifat dinamis (Kuntoro, 2008). Pengambilan data menggunakan kuesioner, analisis data menggunakan uji korelasi Spearman untuk skala ordinal dan korelasi koefisien Phi untuk skala nominal dengan $\alpha=5\%$

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pasien yang menjadi responden dalam penelitian ini mayoritas berumur 46-65 tahun (66,2%) dan jenis kelamin perempuan (66,2%). Jenjang pendidikan yang terakhir ditempuh oleh mayoritas responden tergolong rendah yaitu SD (44,6%). Sedangkan untuk total pendapatan keluarga, mayoritas responden memiliki pendapatan di bawah upah minimum kota Surabaya yaitu dengan interval Rp 751.000,00- Rp 1.500.000,00 (48,6%). Mayoritas responden memiliki pemanfaatan tinggi dengan frekuensi pemanfaatan lebih dari tiga kali dalam 6 bulan terakhir (58,1%).

Penilaian mutu pelayanan kesehatan didasarkan pada atribut mutu yang disampaikan oleh Donebedian (2003) dalam Ransom, E.R *et al.*, 2008. Penilaian atribut mutu dibagi menjadi tiga kategori, kategori pertama adalah penilaian yang terkait

dengan dokter, kategori kedua adalah penilaian akses dan terakhir penilaian kenyamanan dan

Tabel 1 Hubungan antara Penilaian terhadap Dokter dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Penilaian Mutu	Pemanfaatan				Uji Statistik
	Rendah		Tinggi		
	n	%	n	%	
Performa teknis dokter					
Kurang Baik	2	100,0	0	0,0	p=0,483
Cukup Baik	20	40,8	29	59,2	
Sangat Baik	9	39,1	14	60,9	
Hubungan interpersonal dokter					
Kurang Baik	3	37,5	5	62,5	p=0,670
Cukup Baik	7	38,9	11	61,1	
Sangat Baik	21	43,8	27	56,2	
Daya tanggap dokter					
Kurang Baik	2	18,2	9	81,8	p=0,087
Cukup Baik	21	44,7	26	55,3	
Sangat Baik	8	50,0	8	50,0	

Atribut mutu pertama adalah performa teknis. Performa teknis merujuk kepada seberapa tepat pengetahuan dan teknologi terkini digunakan dalam rumah sakit. Pengukuran performa teknis biasanya dilakukan dengan mengidentifikasi ketepatan diagnosis, kesesuaian terapi dan kemampuan pengobatan ditampilkan oleh tenaga medis (Ransom *et al.*, 2008). Kepuasan terhadap pelayanan kesehatan dinyatakan oleh sikap terhadap kompetensi teknik dokter atau profesi pelayanan kesehatan lain yang berhubungan dengan pasien (Pohan, 2007).

Berdasarkan Tabel 1 mayoritas responden yang memiliki persentase pemanfaatan tinggi merupakan responden yang menilai performa teknis dokter cukup baik dan sangat baik. Pasien yang menilai performa teknis dokter kurang baik, 100% memiliki pemanfaatan rendah. Sedangkan responden yang menilai performa teknis dokter sangat baik 60,9% memiliki pemanfaatan yang tinggi. Kepuasan memunculkan loyalitas dengan

adanya pemanfaatan kembali oleh pasien (Supriyanto dan Ernawaty, 2010). Pasien yang memiliki pemanfaatan tinggi (> 3 kali) dan menilai performa teknis cukup baik dan sangat baik merupakan bentuk dari konsumen yang loyal. Berdasarkan Tabel 1 terlihat bahwa pasien yang menilai dimensi performa teknis cukup baik dan sangat baik mayoritas memiliki pemanfaatan yang tinggi. Sedangkan secara statistik hubungan antara penilaian performa teknis dokter dengan pemanfaatan tidak signifikan ($p=0,483$).

Atribut kedua adalah hubungan interpersonal dokter. Menurut Tjiptono (1996) salah satu karakteristik utama dari jasa pelayanan kesehatan adalah *inseparability*, yaitu produksi jasa pelayanan kesehatan dan konsumsi jasa oleh pasien pada saat yang bersamaan. Sehingga hubungan antara penyedia jasa pelayanan kesehatan dengan konsumen menjadi sangat penting. Menurut Pohan (2007) pengalaman menunjukkan pasien yang diperlakukan kurang baik akan cenderung

mengabaikan nasehat dokter dan tidak mau melakukan kunjungan ulang.

Mayoritas pasien dari seluruh kategori penilaian hubungan interpersonal memiliki pemanfaatan yang tinggi. Persentase tertinggi untuk kategori pemanfaatan tinggi terdapat pada kelompok yang menilai hubungan interpersonal dokter kurang baik yaitu sebesar 62,5%. Dapat dikatakan dengan kata lain, secara distribusi tidak terdapat pola hubungan antara penilaian hubungan interpersonal dengan pemanfaatan. Jika pasien sudah tidak lagi mempertimbangkan perlakuan yang diberikan oleh tenaga medis maka kemungkinan kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan tinggi sehingga mengabaikan atribut mutu.

Daya tanggap sering diartikan dengan respek tenaga medis terhadap pasien. Daya tanggap merupakan salah satu variabel yang mempengaruhi pemanfaatan kembali pelayanan kesehatan

(Wasisto, 2011). *Responsiveness* untuk pasien PBI pada IRJ RSUD Haji diukur dengan kesempatan bertanya dan informasi yang disampaikan dokter.

Berdasarkan Tabel 1 untuk atribut daya tanggap, pasien yang menilai daya tanggap dokter kurang baik, cukup baik maupun sangat baik mayoritas memiliki pemanfaatan tinggi. Persentase tinggi terutama terdapat pada kelompok pasien yang menilai daya tanggap dokter kurang baik yaitu sebesar 81,8%. Distribusi Tabel 1 tidak menunjukkan adanya pola antara penilaian daya tanggap dengan pemanfaatan. Atribut mutu daya tanggap tampak diabaikan responden dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh pasien PBI. Walaupun penilaian daya tanggap kurang pemanfaatannya tetap tinggi. Uji statistik menunjukkan tidak adanya hubungan daya tanggap dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Nilai signifikansi yang dihasilkan sebesar $p=0,087$.

Tabel 2 Hubungan antara Akses dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Penilaian Mutu	Pemanfaatan				Uji Statistik
	Rendah		Tinggi		
	n	%	n	%	
Akses biaya tambahan					
Ada, tidak terjangkau	0	0,0	1	100,0	p=0,011 rs=-0,29
Ada, kurang terjangkau	1	25,0	3	75,0	
Ada, cukup terjangkau	1	12,5	7	87,5	
Tidak ada biaya tambahan	29	47,5	32	52,5	
Akses lokasi RS					
Tidak terjangkau	0	0,0	1	100,0	p=0,271
Kurang terjangkau	1	25,0	3	75,0	
Cukup terjangkau	22	42,3	30	57,7	
Sangat terjangkau	8	47,1	9	52,9	
Akses rujukan					
Atas permintaan sendiri	8	22,9	27	77,1	p=0,004 Φ=0,365
Rujukan petugas medis	23	59,0	16	41,0	

Atribut mutu pelayanan kesehatan yang dinilai oleh responden berikutnya adalah akses. Akses yang dimaksud meliputi akses terhadap biaya tambahan, lokasi dan rujukan. Sesuai dengan Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012

tentang Penerima Bantuan Iuran bahwa peserta PBI tidak boleh dikenakan urun biaya. Namun masih memungkinkan adanya biaya yang dikeluarkan pasien untuk membeli obat yang tidak masuk dalam formularium.

Berdasarkan Tabel 2 seluruh kategori responden untuk akses biaya tambahan memiliki pemanfaatan yang tinggi, termasuk pasien yang pernah mengeluarkan biaya tambahan dan menilai tidak terjangkau. Pada kelompok yang pernah mengeluarkan biaya tambahan dan menilai tidak terjangkau 100% memiliki pemanfaatan yang tinggi. Uji statistik menunjukkan adanya hubungan antara akses biaya dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan ($p=0,011$).

Hubungan antara akses biaya dengan pemanfaatan pelayanan merupakan hubungan yang tidak searah. Responden yang pernah mengeluarkan biaya tambahan cenderung memiliki pemanfaatan yang tinggi. Hal tersebut mungkin terjadi karena terdapat lebih banyak pasien menilai biaya cukup terjangkau. Adanya kebutuhan yang cukup tinggi terhadap pelayanan mungkin juga diakibatkan oleh jenis penyakit yang diderita. Akses juga dinilai dari segi lokasi. RSUD Haji terletak di Jalan Manyar Kertoadi 12 Surabaya. Terdapat beberapa pilihan angkutan umum bagi pasien yang tidak memiliki alat transportasi pribadi. Lokasi RS juga tidak terletak di kawasan industri yang padat sehingga transportasi cukup lancar.

Mayoritas responden dari empat kategori berdasarkan Tabel 2 untuk akses lokasi RS memiliki pemanfaatan yang tinggi. Persentase paling besar untuk kategori pemanfaatan tinggi terdapat pada kelompok yang menilai akses lokasi tidak terjangkau (100%). Tidak terlihat adanya hubungan antara akses lokasi RS dengan pemanfaatan berdasarkan distribusi pada tabel. Hal tersebut juga didukung dengan hasil uji statistik yang menunjukkan nilai $p=$

0,271. Hal ini mengindikasikan lokasi RS bukan merupakan faktor yang terkait dengan pengambilan keputusan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Dimensi akses yang juga dinilai dalam penelitian ini adalah akses terhadap rujukan. Rujukan adalah pelimpahan tanggung jawab, timbal balik terhadap suatu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal atau horizontal. BPJS menetapkan sistem pelayanan berjenjang dengan Puskesmas sebagai *gatekeeper*. Sehingga seseorang tidak bisa dengan serta merta mengakses pelayanan rumah sakit tanpa adanya rujukan dari Puskesmas kecuali dalam kondisi darurat. Sistem pelayanan berjenjang dimaksudkan untuk menghindari adanya penumpukan pasien di RS. Pasien diupayakan mendapat pelayanan di tempat yang sesuai dengan jenis dan keparahan penyakit.

Berdasarkan Tabel 2 untuk akses rujukan mayoritas pasien yang memiliki pemanfaatan tinggi merupakan pasien dengan rujukan atas permintaan sendiri (APS) yaitu sebesar 77,1%. Pasien dengan rujukan APS 100% meminta dirujuk ke RSUD Haji, hal tersebut juga didukung hasil penelitian bahwa pasien yang sudah pernah memanfaatkan pelayanan di RSUD Haji cenderung memiliki pemanfaatan yang tinggi dalam 6 bulan terakhir. Sedangkan mayoritas pasien yang mendapat rujukan dari petugas medis memiliki pemanfaatan yang rendah (59,0%). Pasien dengan rujukan APS merupakan pasien yang memiliki kesadaran akan pentingnya pencarian pengobatan bagi kesehatan sehingga pemanfaatannya lebih tinggi. Hasil uji hubungan Phi (Φ) menunjukkan hasil signifikansi $p=0,004$ sehingga dapat disimpulkan akses rujukan berhubungan

dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di IRJ RSUD Haji Surabaya.

Tabel 3 Hubungan antara Kenyamanan dan Efektivitas dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Penilaian Mutu	Pemanfaatan				Uji Statistik
	Rendah		Tinggi		
	n	%	n	%	
Kenyamanan					
Kurang Baik	5	62,5	3	37,5	p=0,129
Cukup Baik	26	40,0	39	60,0	
Sangat Baik	0	0,0	1	100,0	
Efektivitas					
Tidak efektif	0	0,0	1	100,0	p=1,0
Efektif	31	42,5	42	57,5	

Dimensi kenyamanan tidak berhubungan langsung dengan efektivitas pelayanan kesehatan, tetapi mempengaruhi kepuasan pasien. Kepuasan pasien merupakan faktor pendorong untuk datang kembali ke pelayanan kesehatan (Pohan, 2007). Dimensi kenyamanan dapat berupa kebersihan dan kenyamanan lingkungan fisik fasilitas pelayanan kesehatan, terdapatnya media hiburan dan penampilan tenaga medis.

Penilaian didasarkan pada kebersihan lingkungan dan ruang pemeriksaan, keberadaan alat pendingin, kursi di ruang tunggu, toilet yang bersih, media hiburan di ruang tunggu dan penampilan tenaga medis. Berdasarkan Tabel 3 terlihat bahwa responden yang menilai kenyamanan RS kurang baik mayoritas memiliki pemanfaatan yang rendah (62,5%). Berkebalikan dengan responden yang menilai kenyamanan RS sangat baik, mayoritas responden dalam kelompok tersebut memiliki pemanfaatan tinggi (100%). Jika dibandingkan dengan variabel yang telah dijelaskan sebelumnya, maka terlihat bahwa variabel kenyamanan rumah sakit mendapat penilaian kurang baik dari delapan responden. Sehingga dapat disimpulkan bahwa cukup banyak responden yang menilai kenyamanan RS kurang. Hal tersebut sejalan dengan penelitian

yang dilakukan oleh Prana (2013) di RSUD Ibnu Sina Gresik pada pasien Jamkesmas, pasien menilai kurang pada variabel fasilitas fisik.

Distribusi pada Tabel 3 untuk atribut kenyamanan menunjukkan adanya pola antara penilaian kenyamanan RS dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Semakin baik penilaian terhadap kenyamanan RS maka pemanfaatannya akan semakin tinggi. Namun hal tersebut tidak diperkuat oleh uji statistik yang menghasilkan nilai signifikansi $p=0,129$. Sehingga secara statistik disimpulkan tidak berhubungan. Atribut mutu terakhir yang dinilai dalam penelitian ini adalah efektivitas. Menurut Pohan (2007) pelayanan kesehatan yang efektif adalah pelayanan kesehatan yang mampu mengobati atau mengurangi keluhan yang terjadi dan mencegah berkembangnya penyakit. Pasien diminta menilai seberapa baik pengobatan yang diberikan memberikan pengaruh atau kesembuhan pada penyakit.

Berdasarkan Tabel 3 untuk atribut efektivitas, pasien yang menilai pelayanan efektif 57,5% memiliki pemanfaatan yang tinggi, dan yang menilai tidak efektif 100% memiliki pemanfaatan yang tinggi. Penilaian efektivitas pelayanan tidak tampak menjadi pertimbangan utama pasien untuk

memanfaatkan pelayanan kesehatan, hal tersebut tampak pada distribusi pasien yang memiliki pemanfaatan tinggi. Uji statistik juga menunjukkan tidak adanya hubungan dengan nilai signifikansi yang dihasilkan sebesar $p = 1,0$.

SIMPULAN

Terdapat dua variabel yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan yaitu akses biaya tambahan ($p=0,011$) dan akses rujukan ($p=0,004$). Pasien yang pernah mengeluarkan biaya tambahan justru memiliki pemanfaatan yang tinggi. Pemanfaatan dengan kategori tinggi juga terdapat pada pasien dengan rujukan atas permintaan sendiri. Sehingga dapat disimpulkan bahwa penilaian mutu bukan merupakan faktor utama bagi pasien PBI dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Hal yang dapat dilakukan oleh RSUD Haji untuk meningkatkan jumlah kunjungan adalah rumah sakit sebaiknya menjalin mitra dengan PPK 1 untuk merujuk pasien PBI ke RSUD Haji. Sebab 100% pasien rujukan atas permintaan sendiri memiinta untuk dirujuk ke RSUD Haji. Sehingga dengan lebih banyak kerjasama dengan PPK 1 diharapkan dapat meningkatkan kunjungan pasien PBI.

DAFTAR PUSTAKA

Azwar, Azrul., 1996. *Menuju Pelayanan Kesehatan yang Lebih Bermutu*. Jakarta: Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia.
Ikatan Dokter Indonesia., *Kajian Anggaran Jaminan Sosial bagi Penerima Bantuan Iuran*. Disampaikan dalam Seminar Nasional Peran Strategis Dokter Layanan Primer dalam Implementasi Sistem Kesehatan Nasional. 2012. [http:// publikasi.kominfo.go.id](http://publikasi.kominfo.go.id). [Accessed 7 Oktober 2013].

Hoyle, David., 2007. *Quality. Managemant Essentials*. Jordan Hill: Elseiver Limited.
Kronenfeld, J.J., 2007. *Access, Quality and Satisfaction with Care: Concern of Patient, Provider and Insurer*. Research on Sociology of Health Care Vol.24. JAI Press. [Online] Available at En.bookfi.org. [Accessed 31 Desember 2013].
Kuntoro, H., 2008. *Metode Sampling dan Penentuan Besar Sampel*. Surabaya: Pustaka Melati.
Maramis W.F., 2006. *Ilmu Perilaku dalam Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
Peraturan BPJS Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Available at <http://bpjs-kesehatan.go.id/downlot.php>. [Accessed 29 Juni 2014].
Nugrahaeni, W.P., Laksmiarti, T., dan Harimat. 2011. Penilaian Pasien Jamkesmas terhadap Rumah Sakit, 14 (2), pp 115-125.
Prana, M.M.,2013. Kualitas Pelayanan Kesehatan Penerima Jamkesmas di RSUD Ibnu Sina Gresik, 1 (1), pp 173-185.
Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran. [Online] Available at www.pu.go.id. [Accessed 25 Oktober 2013].
Pohan, Imbalo. S., 2007. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan. Dasar- Dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta: EGC.
Ransom, E.R (et al.), 2008. *The Health Care Quality Book*. Second Edition. Vision, Startegy and Tools. Chicago: Health Administration Press. AUPHA Press Washington.
Suarez, J. G., 1992. *Three Experts on Quality Managemant: Crosby, Deming, Juran*. TQLO Publication. No 02-92. [Online] Available at <http://www.dtic.mil>. [Accessed 1 Januari 2014].
Suharto, Edi. 2009., *Kemiskinan & Perlindungan Sosial di Indonesia*. Menggagas Model Jaminan Sosial Universal Bidang Kesehatan. Bandung: Alfabeta.
Supriyanto, Ernawaty., 2010. *Pemasaran Industri Jasa Kesehatan*. Yogyakarta: Andi.
Surat Edaran Direktur ASKES Nomor 2311/VII.01/1013 tentang Pedoman Pelayanan BPJS per 1 Januari 2014
Tjiptono, F., 1996. *Manajemen Jasa*. Jogjakarta: Andi.
Undang- Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional [Online] Available at www.pu.go.id. [Accessed 1 Oktober 2013].
Wasisto, Andrian Purbo., 2011. Pengaruh Mutu Pelayanan RS Terhadap Pemanfaatan Kembali Layanan Rawat Inap Rumah Sakit Daerah Kabupaten Madiun. *Skripsi*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.