

**EVALUASI KEBIJAKAN PELAYANAN KESEHATAN GRATIS
(Studi Kasus di RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung)**

(Skripsi)

Oleh

Bella Puspita DwiRanti



**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2019**

ABSTRAK

EVALUASI KEBIJAKAN PELAYANAN KESEHATAN GRATIS (Studi Kasus di RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung)

Oleh

Bella Puspita Dwi Ranti

Pemerintah Kota Bandar Lampung membuat suatu kebijakan tentang pelayanan kesehatan kepada masyarakat Kota Bandar Lampung dalam hal mengatasi biaya kesehatan dengan melakukan pembebasan biaya yang dibayarkan oleh pemerintah kota berdasarkan Peraturan Walikota Nomor 24 Tahun 2014 tentang petunjuk pelaksanaan program pelayanan kesehatan masyarakat kota pada fasilitas kesehatan. Namun pada pelaksanaannya keluhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan masih terjadi terutama pelayanan bagi pasien pemegang kartu BPJS. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui kebijakan pelayanan kesehatan gratis di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung dan tingkat kepuasan pasien jamkeskot dan kis terhadap dimensi dan kualitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung. Tipe penelitian yang digunakan peneliti adalah *mixed methods*, metode kombinasi antara metode kualitatif dan kuantitatif, berfokus pada model evaluasi kebijakan output dan outcome, menggunakan teknik pengumpulan data dengan interview dan survey. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebijakan pelayanan kesehatan gratis sudah berjalan, ditunjukkan dengan kemampuan RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung melayani pasien sebanyak 10.776 untuk pasien rawat jalan dan 2.272 untuk pasien rawat inap dan rumah sakit juga memiliki kemampuan menyerap anggaran untuk pasien jamkeskot dan kis T.A 2015/2016 adalah sebesar Rp. 7.650.452.301, T.A 2016/2017 adalah sebesar Rp. 9.275.343.500, T.A 2017/2018 adalah sebesar Rp. 8.280.553.406. Dana ini sebagai bentuk klaim (Obat, Dokter, Sarana dan Prasarana) kesehatan RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung yang sudah diterima dengan bentuk dana klaim. Selanjutnya untuk tingkat kepuasan pasien jamkeskot dan kis pada dimensi kualitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo, menunjukkan bahwa tingkat kepuasan pasien jamkeskot dan kis pada 5 dimensi pelayanan kesehatan berada pada kategori puas.

Kata Kunci : Kebijakan, Pelayanan, Kesehatan, Masyarakat.

ABSTRACT

FREE HEALTH SERVICE POLICY EVALUATION (Case Study at Dr. A. Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung Regional General Hospital)

By

Bella Puspita Dwi Ranti

Bandar Lampung City Government has made a policy about health service to the citizen of this city in term of overcome the cost of health services by doing fee discharge which was paid by the city government according to the Mayor Regulation number 24 of 2014 about instruction for implementing health service programs of health facilities. But in its implementations of programs, there are still some complaints about it , especially from BPJS card holders. The purpose of this research is to find out about the free health service policy at the Regional General Hospital Dr. A. Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung and the satisfaction level of Jamkeskot and Kis patients for the dimensions and quality of health services at the Regional General Hospital Dr. A. Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung. The type of research used by researchers is the mixed methods, method a combination of qualitative and quantitative methods, focusing on the output and outcome policy evaluation models, using data collection techniques with interviews and surveys. The results showed that the free health service policy had been implemented, as indicated by the Hospital's ability to serve 10,776 patients for outpatients and 2,272 for inpatients and hospitals also had the ability to absorb the budget for Jamkeskot patients as much as T.A 2015/2016 Rp. 7.650.452.301, T.A 2016/2017 Rp. 9.275.343.500, T.A 2017/2018 Rp. 8.280.553.406 This fund as a form of claim (Medicine, Doctor, Facilities and Infrastructure) health Dr. A. Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung which has been accepted as a claim fund. Furthermore, for the satisfaction level of Jamkeskot and Kis patients on the dimensions of the quality of health services at the Regional General Hospital Dr. A. Dadi Tjokrodipo, showed that the satisfaction level of Jamkeskot and Kis patients in the 5 dimensions of health services was in the satisfied category.

Keywords: Policy, Service, Health, Society.

**EVALUASI KEBIJAKAN PELAYANAN KESEHATAN GRATIS
(Studi Kasus di RSUD dr. A. Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung)**

**Oleh
Bella Puspita Dwi Ranti**

**Skripsi
Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar
SARJANA ILMU PEMERINTAHAN**

**Pada
Jurusan Ilmu Pemerintahan
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung**



**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDARLAMPUNG
2019**

Judul Skripsi : **EVALUASI KEBIJAKAN PELAYANAN KESEHATAN GRATIS (Studi Kasus di RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung)**

Nama Mahasiswa : **Bella Puspita Dwi Ranti**

Nomor Pokok Mahasiswa : **1416021024**

Jurusan : **Ilmu Pemerintahan**

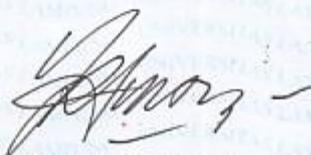
Fakultas : **Ilmu Sosial dan Ilmu Politik**



Dr. Syarief Makhya, M.Si.
NIP: 195908031986031003

Lilih Muflihah, S.IP, M.IP.
NIK. 231602820509201

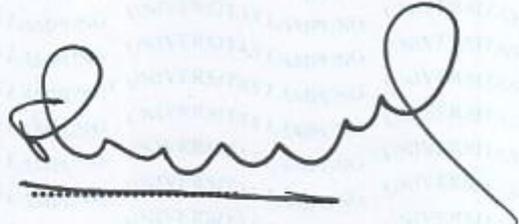
Ketua Jurusan Ilmu Pemerintahan


Drs. R. Sigit Krisbintoro, M.IP.
NIP. 196112181989021001

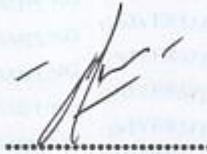
MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

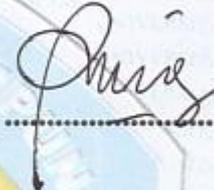
Ketua : Dr. Syarif Makhya, M.Si.



Sekretaris : Lilih Muflihah, S.IP, M.IP.



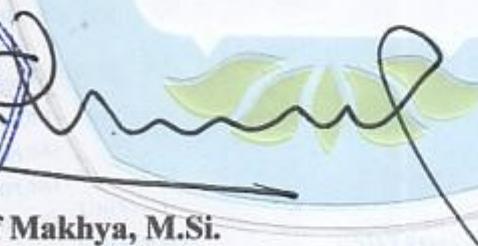
Penguji : Dr. Feni Rosalia, M.Si.



2. Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik



Dr. Syarif Makhya, M.Si.
NIP. 195908031986031003



Tanggal Lulus Ujian Skripsi: 30 Januari 2019

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Karya tulis saya, Skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (Sarjana), baik di Universitas Lampung maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing dan Penguji.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan tidak benar dalam pernyataan ini saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya tulis ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Universitas Lampung.

Bandar Lampung, Januari 2019

Yang Membuat Per



Bella Puspita Dwi Kanti
NPM. 1416021024

RIWAYAT HIDUP



Penulis bernama lengkap Bella Puspita Dwi Ranti, dilahirkan di Bandar Lampung 14 September 1996, penulis merupakan anak kedua dari empat bersaudara, putra pasangan Bapak Supriyanto dan Ibu Susilawati . Jenjang pendidikan penulis dimulai dari Taman Kanak-Kanak Sari Teladan yang diselesaikan Tahun 2002.

Penulis melanjutkan pendidikan Sekolah Dasar di SD Negeri 2 Beringin Raya Kecamatan Kemiling Bandar Lampung yang diselesaikan tahun 2008. Penulis melanjutkan pendidikan ke Sekolah Menengah Pertama di SMP Negeri 26 Bandar Lampung dan lulus pada tahun 2011. Selanjutnya, penulis mengenyam pendidikan ke Sekolah Menengah Atas di SMA Negeri 7 Bandar Lampung yang diselesaikan tahun 2014.

Pendidikan dilanjutkan ke jenjang yang lebih tinggi melalui jalur tes SBMPTN pada tahun 2014, dan diterima sebagai mahasiswa jurusan Ilmu Pemerintahan pada Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik di Universitas Lampung. Pada tahun 2017 di bulan Januari, penulis melaksanakan kuliah kerja nyata (KKN) di Desa Sendang Agung Kecamatan Sendang Agung, Kabupaten Lampung Tengah selama 40 hari.

MOTTO

*Dan jangan kamu berputus asa dari rahmat ALLAH,
sesungguhnya yang berputus asa dari rahmat ALLAH hanyalah
orang-orang yang kafir*

(Q. S Yusuf : 87)

Hasbunallah wani'mal wakil

*“Cukuplah ALLAH sebagai penolong kami dan ALLAH adalah
sebaik-baiknya pelindung”*

(Q. S Ali Imran {3} :173)

*Jangan membandingkan hidup dengan orang lain , bersyukurlah
dengan apa yang dimiliki, karena ALLAH adalah sebaik-*

baiknya pemberi

Libatkan ALLAH dalam setiap aktivitas

(Bella Puspita DwiRanti)

PERSEMBAHAN

Bismillahirrahmanirrahiim

Alhamduillahirabbil'alamiin telah Engkau Ridhai Ya Allah langkah hambaMu,
Sehingga Skripsi ini pada akhirnya dapat diselesaikan

Teriring Shalawat Serta Salam Kepada Nabi Muhammad SAW
Semoga Kelak Skripsi ini dapat Memberikan Ilmu yang Bermanfaat

Dan

Ku Persembahkan Karya Sederhana Ini Kepada
Mama dan Papaku sebagai tanda bakti, hormat dan cintaku. Terima kasih atas doa
dan restu yang telah kalian berikan.

Terimakasih untuk saudara-saudara seperjuangan di Jurusan Ilmu Pemerintahan,
semoga amal kebaikan yang telah dilakukan mendapat balasan dari Allah SWT.

Almamater Tercinta Universitas Lampung

SANWACANA

Segala puji bagi Allah SWT atas nikmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyusun skripsi yang berjudul **“Evaluasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Gratis (studi kasus di RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo)”** sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Ilmu Pemerintahan di Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik. Shalawat serta salam tidak lupa penulis sanjung agungkan kepada Nabi Muhammad SAW sebagai suri tauladan yang baik dan pemimpin bagi kaumnya. Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna sebagai akibat dari keterbatasan yang ada pada diri penulis.

Pada kesempatan ini, penulis sampaikan ucapan terimakasih kepada pihak-pihak yang telah banyak membantu dalam penyusunan skripsi ini antara lain:

1. Bapak Dr. Syarief Makhya, M.Si. selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung, Terima kasih atas ilmu yang telah diberikan kepada penulis selama masa belajar di Jurusan Ilmu Pemerintahan. Semoga Allah SWT membalas segala jasa dan kebaikan Bapak.
2. Bapak Drs. R. Sigit Krisbintoro, M.IP. selaku Ketua Jurusan Ilmu Pemerintahan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung, Staf Ilmu Pemerintahan FISIP Unila serta seluruh dosen di Jurusan Ilmu

Pemerintahan. Terima kasih atas ilmu dan waktu yang telah diberikan kepada penulis selama masa belajar di Jurusan Ilmu Pemerintahan.

3. Bapak Dr. Syarief Makhya, M.Si. selaku pembimbing utama penulis. Terima kasih ilmu, saran, semangat dan motivasi guna terciptanya skripsi ini, terima kasih juga atas kebaikan dan rasa pengertian yang tinggi terhadap penulis yang bapak berikan. Semoga kebaikan dari Allah SWT selalu tercurah untuk bapak baik di dunia ataupun di akhirat kelak.
4. Ibu Lilih Muflihah, S.IP, M.IP. selaku pembimbing kedua. Terima kasih atas kesabaran untuk meluangkan waktu dalam menghadapi penulis, atas segala bimbingan ilmu, saran yang sangat bermanfaat serta motivasi dan semangat untuk menghasilkan skripsi yang baik dan benar sehingga atas kebaikan ibu, penulis mampu menyelesaikan skripsi dan studi tepat pada waktunya. Semoga segala kebaikan dari Allah SWT selalu tercurah untuk ibu baik di dunia ataupun di akhirat kelak.
5. Ibu Dr. Feni Rosalia, M.Si. selaku dosen pembahas. Terima kasih atas segala kritik dan saran yang membangun demi terciptanya progres yang signifikan terhadap skripsi penulis hingga penulis mampu menyelesaikan skripsi ini. Terima kasih atas segala ilmu yang sangat bermanfaat bagi penulis. Semoga segala kebaikan dari Allah SWT selalu tercurah untuk ibu baik di dunia ataupun di akhirat kelak.
6. Ayahanda dan Ibunda tercinta, Supriyanto dan Susilawati atas segala doa, cinta, kasih sayang, dukungan dan semangat serta perhatian yang terus mengalir yang tak mampu penulis balas segala jasa dan kebaikannya. Semoga Allah SWT selalu memberikan perlindungan, kesehatan dan kasih sayang-

Nya serta balasan atas segala jasa dan kebaikan Ayahanda dan Ibunda.

7. Kakak kandung penulis Widya Puspa Indriyanti, adik kandung penulis Maria Tamara fellyanti dan Muhammad Ziddan Rizky dan Calon Kakak Ipar penulis Muhammad Tio Aldi. Terima kasih atas segala doa dan semangat serta cinta dan kasih sayang yang diberikan, semoga Allah SWT selalu memberikan perlindungan, kekuatan dan kemudahan dalam segala urusan sehingga kita mampu menjadi anak yang membanggakan orang tua kita.
8. Seluruh responden dan informan penulis, terimakasih atas informasi serta waktunya.
9. Teruntuk sahabatku Devi indriani terimakasih untuk suka citanya dari awal proses perkuliahan sampai drama perskripsian selesai, Teruntuk Muhammad Ari dan keluarga terimakasih atas motivasi yang telah diberikan selama kurang lebih 3 tahun ini, teruntuk best motivator Ridho hermawan terimakasih sudah membuat penulis semangat, bisa percaya diri lagi dan tidak putus asa untuk menyelesaikan skripsi dan juga sahabatku byep yang namanya minta di tulis pada awal sanwacana tapi belum bisa saya wujudkan terimakasih sudah siap sedia suka dan duka menemani dalam proses penelitian. Semoga Allah membalas segala kebaikan kalian selama ini.
10. Teman seperjuangan Renata septiani, Abu Yusri, Nurul A Hapsari, Aldi Dirga, Safta Adrian, Billy Hasnan, Divin Sandhya, Rahmat Fadhil, Ridho Ferdian, Moch Ridho, Ferdian, Komang,Brilli, Bagus, Debby Nurlita Dhian safitri, tidak lupa kepada teman yang sudah S, IP duluan Asfhira Novthya, Mike Nurjanah, Nia Novita, Bayu Yustisianto, Aldin Muharom, M. Wiryawan saputra, Miss Retno, Dita Maharani terimakasih atas

kebersamaannya dan terimakasih karena kalian telah membuat hari- hari penulis berwarna.

11. Teman-teman Ilmu Pemerintahan 2014, mohon maaf tidak bisa disebutkan satu persatu. Semoga kita semua menjadi sarjana yang bermanfaat bagi semua orang, terima kasih atas segala kenangan dan kasih sayang selama 4 tahun lebih kebersamaan, sukses untuk kita semua.
12. Teman-teman KKN Sendang Agung, Qori Nurseba, Filzah adina silmi, Mitri Merli, Ardhi Istiadi, Indra, Aldo terimakasih sudah menjadi keluarga yang baik selama 40 hari dan memberikan banyak pengalaman dan semoga tali silaturahmi kita tetap terjaga.
13. Teruntuk Kakak tingkat Muhammad Syarifudin S,IP. terimakasih telah menjadikan saya bagian dari Tim Savana Tourtravel sehingga saya mempunyai pengalaman dan keluarga baru “Bayu Pratama dan Istri, Gustiryadi, Oka, Novi Liestiani, Rendi Pratama, Muhammad Iksan, Ajeng Nazareth, Yuliulie, Ridho, Olland” dan Tim D’Paradise Tourtravel Ayoe richa dan keluarga, terimakasih telah menjadi keluarga yang baik, atas segala kebaikan dan pengalaman yang telah saya dapat dari kalian semoga Allah membalas kebaikan kalian selama ini.
14. Keluarga Besar G-box dancer coach Revan dan Yogi terimakasih untuk memaklumi peneliti dalam menyelesaikan kuliah dan terimakasih untuk pengalaman yang diberikan semoga Allah membalas kebaikan kalian selama ini.

Semoga Allah SWT membalas segala kebaikan yang telah diberikan kepada penulis, dan semoga karya tulis ini dapat bermanfaat sebagai informasi dan ilmu pengetahuan untuk teman-teman dan masyarakat. Amin.

Bandar Lampung, Januari 2019

Bella Puspita Dwi Ranti

DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR GAMBAR	v
I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	15
C. Tujuan Penelitian.....	15
D. Manfaat Penelitian.....	16
II. Tinjauan Pustaka	
A. Tinjauan Mengenai Evaluasi Kebijakan	17
1. Evaluasi Kebijakan	19
2.. Langkah- langkah evaluasi Kebijakan	21
3. Kriteria Evaluasi Kebijakan	23
B. Tinjauan Mengenai Pelayanan Kesehatan.....	24
1. Pelayanan Kesehatan.....	24
2. Sistem Pelayanan Kesehatan.....	27
3. Ciri- ciri Sistem Pelayanan Kesehatan	28
4. Unsur Sistem Pelayanan Kesehatan	29
5. Stratifikasi Pelayanan Kesehatan	30
6. Manajemen Pelayanan Kesehatan	31
7. Tujuan Pelayanan Kesehatan	33
C. Tinjauan Tentang Kepuasan	34
D. Teori Dimensi Kualitas Pelayanan	36
E. Kerangka Pikir	37
F. Bagan Kerangka Pikir	41
III. Metode Penelitian	
A. Tipe Penelitian	42
B. Definisi Konseptual.....	44
C. Definisi Operasional.....	45
D. Metode Pengukuran Kepuasan.....	47
E. Lokasi Penelitian.....	49
F. Sumber Data.....	49
G. Penentuan Informan	51
H. Populasi dan Sampel	52

I. Teknik Pengumpulan Data.....	55
J. Teknik Pengolahan Data	56
K. Teknik Validasi Data.....	64
IV. GAMBARAN UMUM.....	
A. Gambaran Umum Kota Bandar Lampung	67
1. Kondisi Umum Kota Bandar Lampung	67
2. Penduduk Kota Bandar Lampung	67
B. Gambaran Umum RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo	68
1. Kondisi Umum RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo	68
2. Tugas Pokok dan Fungsi RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo	69
3. Visi dan Misi RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo	71
4. Susunan Organisasi	73
C. Peraturan Walikota No. 24 Tahun 2014.....	74
D. Program Pelayanan Kesehatan.....	74
E. Metode Pengukuran Kepuasan.....	76
V. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Deskripsi Hasil Penelitian	80
1. <i>Output</i> Kebijakan Pelayanan Kesehatan Gratis di RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo	80
2. <i>Outcome</i> Tingkat Kepuasan Pasien Jamkeskot dan Kis di RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo	109
VI. Simpulan dan Saran	
A. Simpulan	117
B. Saran.....	120

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Tabel 1.1 Jumlah Penduduk Miskin	
2. Tabel 1.2 Peserta Jamkeskot dan Kis	
3. Tabel 1.3 Penelitian Terdahulu	
4. Tabel 1.4 Definisi operasional variabel	
5. Tabel 1.5 Definisi operasional variabel	
6. Tabel 1.6 Nilai skor	
7. Tabel 1.7 Informan	
8. Tabel 1.8 Peserta Jamkeskot dan Kis Tahun 2018	
9. Tabel 1.19 Jumlah Penduduk Kota Bandar Lampung	
10. Tabel 1.10 Nilai Skor	
11. Tabel 1.11 Nilai Interval	
12. Tabel 1.12 Data Kunjungan Pasien Rawat Jalan Tahun 2018	
13. Tabel 1.13 Data Kunjungan Pasien Rawat Inap Tahun 2018	
14. Tabel 1.14 Data Anggaran (Penerimaan dana T.A 2015-2018)	
15. Tabel 1.15 Data sarana dan prasarana	
16. Tabel 1.16 Data dokter spesialis	
17. Tabel 1.17 Data dokter umum	
18. Tabel 1.18 Data Anggaran (Penerimaan dana T.A 2015-2018)	
19. Tabel 1.19 Triangulasi Data	
20. Tabel 1.20 Kelas Interval Kepuasan (<i>Descriptif Statistic</i>)	
21. Tabel 1.21 Variabel A Bukti Langsung (<i>Tangibles</i>)	
22. Tabel 1.22 Variabel B Keandalan (<i>Reliability</i>)	
23. Tabel 1.23 Variabel C Daya Tanggap (<i>Responsiveness</i>)	
24. Tabel 1.24 Variabel D Jaminan (<i>Assurance</i>)	
25. Tabel 1.25 Variabel E Empati (<i>Emphaty</i>)	
26. Tabel 1.26 Diagram Tingkat Kepuasan Pasien Jamkeskot dan Kis Tahun 2018	

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Gambar Kerangka Pikir.....	
2. Gambar susunan organisasi RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo Kota Bandar Lampung.....	

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Terciptanya keadaan sehat merupakan keinginan semua pihak, kesehatan dibutuhkan untuk mewujudkan kondisi ideal manusia dalam menjalani aktivitasnya agar dapat hidup layak dan produktif. Selain itu kesehatan merupakan faktor penting pendukung upaya peningkatan kesejahteraan dalam pembangunan nasional di Indonesia. Gagasan hak atas kesehatan sebagai hak asasi manusia di Indonesia telah diatur dalam Pasal 4 Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan dinyatakan, “Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal”.

Misi tersebut diatur sebagai pedoman bahwa di Indonesia, masyarakat berhak memperoleh kesempatan untuk kesehatan seluas-luasnya yang sama tanpa membedakan status sosial, sebab negara yang kuat adalah negara yang memiliki masyarakat sehat. Untuk dapat mewujudkan keadaan sehat tersebut banyak hal yang perlu dilakukan, salah satu diantaranya yang dinilai mempunyai peran yang cukup penting adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan.

Salah satu bentuk mewujudkan misi tersebut pemerintah memberikan pelayanan kesehatan. Penyediaannya wajib diselenggarakan oleh pemerintah sebagaimana telah diamanatkan dalam Undang-undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (1) yaitu setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan Pasal 34 ayat (3) Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Berkaitan dengan hal tersebut pemerintah memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat di Rumah sakit baik melalui penyediaan peralatan medis maupun tenaga perawat yang profesional.

Pelayanan kesehatan yang diberikan Rumah sakit adalah menyeluruh dan terpadu, menyeluruh yang meliputi pelayanan: *kuratif* (pengobatan), *preventif* (pencegahan), *promotif* (peningkatan kesehatan), dan *rehabilitatif* (pemulihan kesehatan). Sedangkan terpadu apabila jenis pelayanan dapat dilaksanakan secara bersamaan pelayanan tersebut ditunjukkan kepada semua penduduk, tidak membedakan jenis kelamin dan golongan umur, sejak pembuahan dalam kandungan sampai tutup usia.

Rumah sakit berkewajiban dalam meningkatkan pelayanan kesehatan baik dari sisi peningkatan keprofesionalan pegawai, fasilitas serta sarana kesehatan untuk memberikan kepuasan kepada masyarakat pengguna jasa layanan kesehatan. Pada kondisi sekarang ini banyaknya pengguna jasa pelayanan kesehatan bila tidak diimbangi dengan kesiapan pelayanan yang optimal dapat mengurangi kualitas pelayanan. Masyarakat yang semakin selektif dan

pandai mengharuskan Rumah sakit sebagai penyedia jasa pelayanan kesehatan untuk selalu meningkatkan kualitas pelayanan. Selain itu mutu pelayanan bertumpu pada penerapan kegiatan harian tenaga kesehatan baik dokter, perawat maupun tenaga profesi kesehatan lainnya, penerapan yang konsisten tidak dapat terjadi begitu saja tanpa upaya. Diperlukan komitmen, kapasitas dan kapabilitas dari setiap petugas dan juga dari manajemen.

Pelayanan berkualitas atau memuaskan bila pelayanan tersebut dapat memenuhi keinginan, kebutuhan dan harapan masyarakat. Oleh sebab itu, kualitas pelayanan begitu penting. Pelayanan berfokus pada kepuasan masyarakat sebagai pelanggan, hal ini berkaitan dengan upaya Rumah sakit menciptakan hubungan harmonis antara instansi publik dan pelanggan.

Ada dua hal penting sebagai subkriteria, yaitu sebagai berikut :

1. Kedekatan pada pasien, merupakan upaya mendekatkan pelayanan pada pasien dan mengembangkan budaya pelayanan.
2. Mendengarkan pada pasien, merupakan upaya mengumpulkan informasi dalam rangka mengetahui kebutuhan pasien (Sabarguna, 2011: 29).

Sehubungan dengan hal tersebut, bertambahnya jumlah penduduk miskin memicu semakin meningkatnya kebutuhan akan pelayanan kesehatan masyarakat, hal tersebut diperkuat dengan data yaitu sebagai berikut:

Tabel 1.1. Jumlah penduduk miskin

Tahun	Jumlah Penduduk Miskin
2005	81,20
2006	89,90
2007	78,80
2008	130,92
2009	123,89
2010	128,60
2011	121,58
2012	117,35
2013	102,75
2014	102,27
2015	100,80
2016	100,54
2017	100,14

Sumber: www.BandarLampungKota.bps.go.id

Dapat dilihat pada tabel 1.1 jumlah penduduk miskin terus mengalami peningkatan, meskipun beberapa kali mengalami penurunan tetapi tidak pernah berada pada angka kurang dari 78,80 sebagai angka terendah penduduk miskin pada tahun 2007. Dengan tingginya angka kemiskinan tersebut tentunya akan sulit mewujudkan kesehatan bagi masyarakat seluruhnya. Hal itu dikarenakan bahwa pada saat ini dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang baik membutuhkan biaya yang tidak sedikit dan keadaan tersebut menjadi permasalahan bagi penduduk miskin di Bandar Lampung.

Pelayanan kesehatan yang seharusnya diterima masyarakat terutama penduduk miskin adalah tidak rumit, mudah dan murah. Baik urusan administrasi dan retribusi, bukan saja disebabkan banyaknya keluhan masyarakat yang merasa kecewa dengan pelayanan yang diterima baik segi mutu, kemudahan administrasi dan retribusi, sifat baik dari aparatur mencakup integritas moral serta profesionalisme intelektual. Kualitas intelektual tanpa diimbangi integritas akan dapat mengarah kepada rekayasa yang tidak dilandasi moral,

sementara integritas saja tanpa profesionalisme bisa menyimpang keluar dari jalur hukum (Muladi, 2005: 47).

Menanggapi hal tersebut pemerintah berupaya mengurangi beban pada penduduk miskin. Pemerintah Provinsi Lampung bekerjasama pada setiap daerah untuk besinergi dalam memberikan pelayanan kesehatan, bentuk kerjasama tersebut salah satunya ada di Kota Bandar Lampung yaitu di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo. Rumah sakit ini merupakan milik pemerintah yang juga berupaya memberikan pelayanan kesehatan gratis bagi masyarakat dalam mendukung kerjasama tersebut dikeluarkanlah Peraturan Walikota Nomor 24 Tahun 2014 tentang pelayanan kesehatan.

Peraturan tersebut menjadi dasar kebijakan pemerintah Kota Bandar Lampung dalam program pelayanan kesehatan gratis bagi masyarakat untuk memberikan perlindungan sosial di bidang kesehatan untuk menjamin masyarakat yang tidak mampu. Program yang tercantum dalam peraturan ini yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang terdiri dari Kartu Indonesia Sehat (KIS), Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA), Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) dan Jaminan Kesehatan Kota (JAMKESKOT).

KIS dan JAMKESKOT berada di bawah naungan BPJS namun hanya masyarakat Bandar Lampung yang melakukan pengobatan rutin saja yang diikutkan dalam BPJS, KIS untuk masyarakat umum dan JAMKESKOT khusus masyarakat Bandar Lampung untuk mendapatkan pelayanan kesehatan gratis bagi masyarakat Bandar Lampung yakni berupa fasilitas kesehatan,

khusus untuk Rumah Sakit A. Dadi Tjokrodipo diterapkan program JAMKESKOT khusus untuk kelas tiga.

Kebutuhan masyarakat akan program ini sangatlah besar, untuk itu seluruh pegawai maupun tim medis di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo dituntut untuk bisa memberikan pelayanan kesehatan yang optimal sesuai dengan kebutuhan dan keinginan masyarakat khususnya masyarakat tidak mampu.

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo memiliki stratifikasi pelayanan kesehatan yang sama yakni pelayanan kesehatan kelas tiga atau tipe C, kegiatan pelayanan kesehatan gratis program pemerintah pada Rumah sakit Dr. A. dadi Tjokrodipo yaitu JAMKESKOT khusus warga Bandar Lampung dan KIS untuk masyarakat umum telah berjalan memasuki tahun ke 4. Salah satu kegiatan yang banyak dihadapi pelanggan atau pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo adalah pelayanan administrasi yaitu dalam pengurusan berkas-berkas administrasi, misalnya pengurusan kartu berobat, registrasi rawat inap, dan pengurusan berkas yang berhubungan dengan program-program pemerintah di bidang kesehatan. Kepesertaan penduduk miskin dalam program JAMKESKOT dan KIS dapat dilihat melalui data jumlah pasien yang terdaftar sebagai berikut:

Tabel 1.2. Peserta JAMKESKOT DAN KIS Tahun 2018

Jumlah Pasien		
	JAMKESKOT	KIS
1. Januari	1.085	1.973
2. Februari	1.056	1.819
3. Maret	1.078	2.017
4. April	894	1.565

(Sumber: Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo)

Tabel 1.2 menunjukkan jumlah pasien yang menjadi peserta program pelayanan kesehatan dari bulan januari sampai dengan april, dapat dilihat bahwa kebutuhan pelayanan kesehatan gratis memang dibutuhkan sebab yang menjadi peserta program tidaklah sedikit jumlahnya.

Hal ini menegaskan bahwa secara umum masyarakat berhak memperoleh kesehatan yang optimal sesuai dengan kebutuhan baik pelayanan kesehatan dasar maupun rujukan tanpa membedakan status sosial, pemerintah dan sarana kesehatan mempunyai kewajiban untuk mengendalikan dan menyempurnakan pelayanan yang disediakan kepada masyarakat (Koentjoro, 2011:1). Pelayanan kesehatan nantinya juga dilakukan dengan memberikan pelayanan kesehatan yang baik dan bermutu tanpa adanya diskriminasi terutama bagi penduduk miskin (Manage, *Analisis Implementasi Kebijakan Sistem Jaminan Pelayanan Kesehatan*, 2012:49).

Berkaitan dengan hal di atas, perbaikan terhadap mutu layanan Rumah sakit sangat mutlak dibutuhkan. Perbaikan mutu pelayanan antara lain dilakukan dengan melihat bagaimana pelaksanaan program serta mengkaji indeks kepuasan masyarakat atau pasien sebagai salah satu dasar untuk mengukur kebutuhan pasien terhadap kondisi serta pelayanan Rumah sakit yang diinginkan. Cara mengetahui apakah rumah sakit dan puskesmas telah berhasil dalam menjalankan fungsinya harus berfokus pada output yaitu bagaimana pelaksanaan program dan outcome yaitu penilaian tingkat kepuasan pasien apakah pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit telah sesuai harapan atau belum sama sekali. “Prinsip utama perbaikan mutu dan kinerja pelayanan

kesehatan adalah kepedulian terhadap pelanggan. Pelanggan menjadi fokus pelayanan” (Koentjoro, 2011:21).

Output yaitu bagaimana pelaksanaan program dan outcome yaitu penilaian kepuasan pasien merupakan hal penting yang harus diperhatikan karena dapat menjelaskan kualitas pelayanan di tempat pelayanan kesehatan tersebut. Mengetahui kedua hal tersebut sangat bermanfaat bagi Rumah sakit terkait dalam rangka evaluasi program yang sedang dijalankan.

Namun pada kenyataannya, fakta di lapangan sangat berbeda dengan teori yang ada. Masyarakat masih ada yang merasa kecewa terhadap pelayanan yang diberikan Rumah sakit karena pelayanan yang didapatkan kurang baik serta jauh dari kata optimal meskipun sudah ada peraturan UU No.44/2009 yang berbunyi “bahwa pelayanan kesehatan merupakan hak setiap orang, bahwa Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat”.

Terdapat beberapa kasus dalam pelayanan kesehatan yaitu walaupun Rumah sakit tidak menetapkan jumlah kuota pasien tetapi masih banyak masyarakat yang tidak terlayani, pelayanan tidak cepat dan tanggap sehingga pasien harus menunggu dalam waktu yang tidak wajar, ketersediaan obat-obatan tidak lengkap mendapatkannya harus melewati prosedur yang berbelit-belit, masih ada biaya tambahan yang harus dikeluarkan dalam pengobatan bahkan ada pasien yang seharusnya dapat tertolong tetapi harus menjadi korban karena lemahnya penanganan disebabkan terlalu rumitnya sistem birokrasi yang harus dilewati melibatkan pasien atau keluarga pasien, biasanya hal ini terjadi pada

pengguna layanan berobat gratis JAMKESKOT dan KIS. Hal tersebut di dasarkan pada fakta yang Peneliti temukan yaitu sebagai berikut :

“Layanan bagi pasien pemegang kartu BPJS kesehatan yang akan berobat di RS A Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung masih dikeluhkan , salah satu keterangan warga yakni “ saya mengurus minta legalisasi sudah dua minggu. Selain saya, ada juga warga yang rumahnya jauh. Harus bolak balik. Apalagi, bila datangnya sudah jam 01.00 WIB sudah tidak bisa terlayani lantaran loket BPJS sudah tutup”. (sumber: www.inilampungku.com diakses pada 2 maret 2018).

Fakta dari penjelasan di atas menunjukkan bahwa keluhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan masih terjadi, apabila masyarakat tidak puas terhadap pelayanan kesehatan akan berpengaruh pada keberhasilan program dan tidak tercapainya visi misi pemerintah. Hal ini otomatis menghambat langkah gerak perubahan suatu daerah untuk menuju kehidupan masyarakat yang sejahtera. Perlu adanya evaluasi output dan outcome untuk mengetahui dan menilai keberhasilan pelayanan kesehatan setelah program tersebut dikeluarkan. Pentingnya evaluasi ini bertujuan untuk memperbaiki kebijakan yang telah diimplementasikan dan nantinya akan memunculkan sebuah kebijakan maupun cara baru yang tepat sehingga mampu memperbaiki pelayanan kesehatan gratis di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung .

Berdasarkan dengan penelitian ini, peneliti menemukan sejumlah penelitian terdahulu yang relevan dengan penelitian yang telah diteliti. Berikut adalah penelitian terdahulu yang peneliti sajikan dalam bentuk tabel pada halaman selanjutnya sebagai berikut :

Tabel 1.3. Penelitian Terdahulu

NO (1)	Peneliti (2)	Jenis (3)	Tahun (4)	Judul Penelitian (5)	Hasil (6)
1.	Cut Nur Asma Rani	Skripsi	2013	Evaluasi Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas Padang Panyang Kecamatan Kuala Pesisir Kabupaten Nagan Raya.	1. Ada hubungan antara pelayanan kesehatan dengan kepuasan pasien, dengan nilai $p= 0,018$
2	Herlinda Sukamto	Skripsi	2017	Pengaruh Kualitas Pelayanan Pada Kepuasan Pasien di Puskesmas Rawat Inap Tanjung Mas Makmur Kabupaten Mesuji Provinsi Lampung	1. Variabel bebas yang memiliki pengaruh terbesar yaitu keandalan dengan nilai $p= 0,264$
3.	Dewi Meliana	Skripsi	2017	Evaluasi Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kefarmasian di Apotek Rawat Jalan RSUP DR. Wahidin Sudirohusodo Makassar.	1. Diperoleh ada sebanyak 57% responden menyatakan puas sistem pelayanan sudah di laksanakan dengan baik sesuai SOP

4.	Arip Suprianto dan Dyah Mutiarin	Jurnal	2017	Evaluasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ada hubungan antara BPJS dan Fasilitas kesehatan yang diatur dalam PP No. 85 Tahun 2013 2. Nilai persentase outcome di Indonesia (52.5%)
5.	Corputi, Kusnanto dan Lazuardi	Jurnal	2013	Dampak Kebijakan Pelayanan Kesehatan Gratis Terhadap Kepuasan Pasien dalam Menerima Pelayanan Kesehatan Puskesmas di Kota Ambon	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kinerja Petugas Tidak Maksimal 2. Tingkat Kepuasan Masyarakat Masih Jauh dari Harapan

Sumber: Diolah oleh peneliti, 2018

Penelitian yang dilakukan oleh Cut Nur Asma Rani pada tahun 2013 dalam skripsi Evaluasi Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas Padang Panyang Kecamatan Kuala Pesisir Kabupaten Nagan Raya. Penelitian dilakukan dengan wawancara dan pemberian kuesioner, hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara pelayanan kesehatan dasar dengan kepuasan pasien, dengan nilai $p=0,018$. Saran dalam penelitian ini disarankan kepada pimpinan puskesmas untuk berupaya meningkatkan pelayanan yang diberikan dengan cara memberikan dukungan atau motivasi kepada petugas untuk bekerja dengan baik dalam rangka memenuhi kepuasan pasien.

Penelitian yang dilakukan oleh Dewi Meilana pada tahun 2017 dalam skripsi yang berjudul Pengaruh Kualitas Pelayanan Pada Kepuasan Pasien di Puskesmas Rawat Inap Tanjung Mas Makmur Kabupaten Mesuji Provinsi Lampung. Penelitian ini menggunakan tipe penelitian statistic deskriptif. Responden pada penelitian ini adalah pasien pengunjung Puskesmas Rawat Inap Tanjung Mas Makmur Kabupaten Mesuji Provinsi Lampung.

Kesimpulan penelitian tersebut adalah secara parsial bukti fisik, kehandalan, daya tanggap dan jaminan berpengaruh secara signifikan, secara simultan bukti fisik, kehandalan, daya tanggap dan jaminan berpengaruh positif pada kepuasan pasien dan berdasarkan nilai koefisien regresi variabel yang berpengaruh positif terhadap kepuasan pasien adalah kehandalan dan yang berpengaruh negatif adalah daya tanggap. Saran yang diberikan peneliti sebaiknya Puskesmas Rawat Inap Tanjung Mas Makmur Kabupaten Mesuji Provinsi Lampung tetap mempertahankan variabel bukti fisik yang sudah ada dan selanjutnya harus memperhatikan sub variabel daya tanggap yang sudah ada terutama dengan meningkatkan pelayanan di puskesmas pembantu.

Penelitian terdahulu lainnya yang berkaitan dengan evaluasi pelayanan kesehatan dilakukan oleh Herlinda Sukamto pada tahun 2017 dalam skripsi yang berjudul Evaluasi Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kefarmasian di Apotek Rawat Jalan RSUP DR. Wahidin Sudirohusodo Makassar untuk evaluasi ini peneliti menggunakan dimensi kualitas layanan ketanggapan, kehandalan, jaminan, keramahan dan bukti nyata. Penelitian ini menggunakan tipe penelitian noneksperimental dengan rancangan penelitian secara

deskriptif dengan menggunakan analisis kuantitatif, pengumpulan data yang dilakukan yaitu wawancara langsung dengan menggunakan kuesioner.

Kesimpulan penelitian adalah mengetahui gambaran kepuasan pasien terhadap pelayanan dengan indikator pada penelitian ini merupakan variabel bebas yang terdiri atas kehandalan, ketanggapan, empati, jaminan dan bukti fisik. Saran yang diberikan peneliti adalah sistem pelayanan kefarmasian yang di laksanakan oleh Apoteker dan Asisten Apoteker sudah baik dan menjalankan tugasnya sesuai SOP yang berlaku hanya saja perlu di tingkatkan karena hasil analisis menggunakan rumus Chi kuadrat χ^2 hitung χ^2 tabel maka H_0 ditolak berarti ada perbedaan yang signifikan antara variable kehandalan, ketanggapan, jaminan, empati dan bukti fisik.

Penelitian yang berhubungan dengan evaluasi yaitu Evaluasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional yang dilakukan oleh Arip suprianto dan Dyah Mutiarin peneliti bertujuan mengetahui pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang difokuskan pada Hubungan stakeholder, Model Pembiayaan dan Outcome JKN di Kabupaten Bantul, pendekatan penelitian ini menggunakan metode kombinasi teknik pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan metode wawancara, koesioner dan dokumentasi.

Kesimpulan penelitiain ini adalah mengetahui pelaksanaan Jaminanan Kesehatan Nasional (JKN) berdasarkan hasil penelitian ada hubungan antara BPJS dengan Fasilitas Kesehatan yang diatur dalam PP No.85 Tahun 2013 tentang kerjasama dalam meningkatkan pelayanan kesehatan Rumah sakit dan Puskesmas yang bekerjasama dengan BPJS selama ini cukup positif, dari

Outcome JKN yang dinilai dari persentase terjaminnya kesehatan di Indonesia (52.5)% merespon positif dengan menjadi peserta BPJS.

Penelitian terdahulu lainnya tentang evaluasi yaitu Dampak Kebijakan Pelayanan Kesehatan Gratis Terhadap Kepuasan Pasien Dalam Menerima Pelayanan Kesehatan Puskesmas di Kota Ambon yang dilakukan oleh Corputi, Kusnanto dan Lazuardi, bertujuan mengetahui kinerja petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan gratis kepada masyarakat sesuai dengan tingkat kepuasannya dari segi akses pelayanan pasca kebijakan pelayanan kesehatan gratis

Pendekatan pada penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan jenis diskriptif, data penelitian diperoleh dengan wawancara. Kesimpulan penelitian ini yaitu kinerja petugas tidak maksimal pada pelayanan kesehatan gratis tersebut, petugas bekerja normatif tanpa menunjukkan prestasi dan tingkat kepuasan masyarakat masih jauh dari harapan ditinjau dari segi akses pelayanan dalam arti masyarakat belum puas dengan pelayanan gratis yang diterima dari puskesmas.

Peneliti pertama dan kedua berfokus kepada indikator terbesar yang mempengaruhi kepuasan, sedangkan peneliti ketiga berfokus kepada pengendalian sistem pelayanan, peneliti keempat dan kelima berfokus pada birokrasi program. Sedangkan perbedaan dalam penelitian kali ini, peneliti melakukan evaluasi pelayanan kesehatan yaitu menilai bagaimana pelaksanaan program (*Output*) menggunakan konsep irfan islami jumlah dan anggaran, kriteria evaluasi menurut Dunn yaitu Efektifitas, Efisiensi,

Kecukupan, Pemerataan, Responsivitas, Ketepatan. dan mengukur kepuasan (*Outcome*) pasien JAMKESKOT dan KIS dengan 5 dimensi kualitas pelayanan menurut Parasuraman yaitu Bukti langsung (*Tangible*), Keandalan (*Reliability*), Daya tanggap (*Responsiveness*), Jaminan (*Assurance*), Empati (*Empathy*).

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang masalah di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah

1. Bagaimana Kebijakan Pelayanan Kesehatan Gratis di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo?
2. Bagaimana tingkat kepuasan pasien JAMKESKOT dan KIS terhadap dimensi kualitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo?

C. Tujuan Penelitian

Sesuai dengan permasalahan tujuan yang hendak dicapai dalam penelitian ini adalah untuk :

1. Mengetahui Kebijakan Pelayanan Kesehatan Gratis di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo.
2. Mengetahui tingkat kepuasan pasien JAMKESKOT dan KIS terhadap dimensi kualitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo.

D. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dari penelitian ini adalah:

1. Secara Teoritis
 - a. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran, informasi dan menjadi bahan referensi dalam ilmu pemerintahan yang berkaitan dengan evaluasi kebijakan pelayanan kesehatan gratis.
 - b. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan bagi pemerintah dan masyarakat Bandar Lampung agar mampu bersinergi dalam setiap upaya pelaksanaan program daerah.

2. Secara Praktis

Diharapkan hasil penelitian ini berguna bagi:

- a. Pemerintah
Memberikan masukan bagi pemerintah daerah khususnya Dinas Kesehatan, Instansi Rumah Sakit dan Puskesmas untuk perbaikan program pelayanan kesehatan yang akan dijalankan.
- b. Lembaga
Sebagai bahan penelitian atau kajian lembaga Kesehatan khususnya terhadap program pelayanan kesehatan.
- c. Masyarakat
Sebagai pengetahuan pelayanan kesehatan yang baik bagi masyarakat.

II. TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Mengenai Evaluasi Kebijakan

Kegiatan evaluasi merupakan tahap penting bagi keseluruhan proses analisis kebijakan publik, terdapat beberapa alasan untuk menjawab mengapa perlu ada kegiatan evaluasi kebijakan. Alasan tersebut dapat diklasifikasikan menjadi dua dimensi internal dan eksternal. Yang bersifat internal, antara lain:

1. Untuk mengetahui keberhasilan suatu kebijakan dengan adanya evaluasi kebijakan dapat ditemukan informasi apakah suatu kebijakan sukses atau malah sebaliknya.
2. Untuk mengetahui efektifitas kebijakan, kegiatan evaluasi kebijakan dapat mengemukakan penilaian apakah suatu kebijakan mencapai tujuannya atau tidak.
3. Untuk menjamin terhindarnya pengulangan kesalahan (*guarantee to non- recurrence*).

Sedangkan alasan yang bersifat eksternal paling tidak untuk dua kepentingan, yaitu sebagai berikut :

- a. Untuk memenuhi prinsip akuntabilitas publik
- b. Untuk mensosialisasikan manfaat sebuah kebijakan (Suharno, 2013:184).

Penilaian kebijaksanaan merupakan langkah terakhir dari suatu proses kebijaksanaan, dalam tahap ini dilakukan suatu penilaian atau pengukuran terhadap suatu kebijakan yang sebelumnya telah diimplementasikan. Evaluasi adalah kegiatan untuk menilai tingkat kinerja suatu kebijakan, evaluasi baru dapat dilakukan kalau suatu kebijakan sudah berjalan cukup waktu memang tidak ada batasan waktu yang pasti kapan sebuah kebijakan harus dievaluasi (Subarsono, 2016:119). Evaluasi terutama menekankan pada penciptaan premis-premis nilai yang diperlukan untuk menghasilkan informasi mengenai kinerja kebijakan Scriven dalam (Dunn, 2013:607). Evaluasi diperlukan untuk melihat kesenjangan antara harapan dengan kenyataan (Nugroho, 2017:784).

Pemerintah seringkali kesulitan untuk membedakan antara *outcome* dan *output* Hal ini terjadi karena ketika pemerintah memahami proses yang dianalisis, yang diperhatikan itu hanya proses di dalam tubuh pemerintah itu sendiri. Ini cara pandang yang disebut sebagai *state centric*. Pemerintah ketika menganalisis proses, yang dianalisis adalah proses pembukuan, proses penganggaran, proses pengorganisasian dan seterusnya, sementara

proses yang terjadi di masyarakat nyaris tidak tersentuh (Santoso, 2010:156).

Perlu disini ditegaskan bahwa hasil kebijaksanaan (*policy outputs*) berbeda pengertiannya dengan dampak kebijaksanaan (*policy outcomes* atau *policy consequences*). Hasil kebijaksanaan adalah apa- apa yang telah dihasilkan dengan adanya proses perumusan kebijaksanaan pemerintah, misalnya : kebijaksanaan tentang perumahan akan menghasilkan pembangunan-pembangunan rumah, sedangkan dampak kebijaksanaan adalah akibat-akibat dan konsekuensi- konsekuensi yang ditimbulkan dengan dilaksanakannya kebijaksanaan tadi (Islamy, 2001: 114).

Berdasarkan pemahaman di atas kebijakan publik tidak boleh hanya sekedar diimplementasikan tetapi harus memiliki standar keberhasilan agar di masa yang akan datang kebijakan dapat dikembangkan kembali, dan juga sebagai pembelajaran *stakeholder* agar lebih bervariasi untuk menyelesaikan permasalahan publik sehingga pada praktinya kebijakan publik tidak hanya bermuatan politis dari berbagai kepentingan.

1. Evaluasi Kebijakan

Istilah evaluasi mempunyai arti yang berhubungan, masing-masing menunjukkan pada aplikasi beberapa skala nilai terhadap hasil kebijakan dan program, secara umum istilah evaluasi dapat disamakan dengan penaksiran (*appraisal*), pemberian angka (*rating*) dan penilaian (*assessment*) (Dunn, 2016:608) seturut dengan itu menurut Lester dan

Stewart evaluasi kebijakan juga berusaha untuk menilai konsekuensi kebijakan yang ditunjukkan oleh dampak-dampaknya dan menilai berhasil atau tidaknya suatu kebijakan berdasar pada kriteria dan standar yang dibuat (Agustino, 2016:163).

Inti evaluasi adalah pengevaluasian hasil program atau kegiatan lain apa yang terjadi yang tidak akan terjadi dalam ketiadaannya dan keefektifan relatif dalam serangkaian program atau kegiatan proyek-proyek individual atau jenis-jenis proyek apakah yang berjalan paling baik?, dengan kata lain evaluasi program atau proyek pemerintah merupakan suatu proses evaluasi yang direncanakan untuk memberikan informasi tentang pelaksanaan sekarang dan keefektifannya guna membantu dalam pengambilan keputusan untuk waktu yang akan datang (Moekijat, 1995:181).

Pendapat beberapa ahli di atas membuat peneliti berasumsi bahwa evaluasi tidak semata-mata untuk melihat hasil negatif atau mencari kekurangan dari kebijakan tetapi menjadi metode untuk memberikan sesuatu yang dapat dikembangkan sebagai faktor pertimbangan serta penilaian, memberikan sebuah usulan untuk menyelesaikan permasalahan dari akarnya dan menjadikan kebijakan lebih baik di masa yang akan datang.

2. Langkah- Langkah Dalam Evaluasi Kebijakan

Evaluasi memiliki berbagai macam tipe, dalam penelitian kali ini peneliti memilih menggunakan tipe sistematis dalam evaluasi karena memiliki kemampuan yang lebih baik dari pada tipe lainnya, tipe sistematis pada evaluasi mampu melihat secara obyektif dampak yang ditimbulkan suatu kebijakan. Untuk meminimalisir kesalahan dalam evaluasi beberapa ahli mengembangkan langkah-langkah dalam evaluasi kebijakan, Edward A. Schuman mengemukakan 6 langkah dalam evaluasi kebijakan, yaitu:

- a. Mengidentifikasi tujuan program yang akan dievaluasi
- b. Analisis terhadap masalah
- c. Deskripsi dan Standarisasi kegiatan
- d. Pengukuran terhadap tingkatan perubahan yang terjadi
- f. Menentukan apakah perubahan yang diamati merupakan akibat dari kegiatan tersebut atau karena penyebab yang lain.
- g. Beberapa indikator untuk menentukan keberadaan suatu dampak (Nugroho, 2017:789).

Gambaran utama evaluasi adalah bahwa evaluasi menghasilkan tuntutan-tuntutan yang bersifat evaluatif, karena itu evaluasi mempunyai sejumlah karakteristik yang membedakannya dari metode-metode analisis kebijakan lainnya:

1. *Fokus nilai*. Evaluasi berbeda dengan pemantauan, dipusatkan pada penilaian menyangkut keperluan atau nilai dari sesuatu kebijakan dan program.
2. *Interdependensi fakta nilai*. Tuntutan evaluasi tergantung baik “fakta” maupun “nilai”.
3. *Orientasi masa kini dan masa lampau*. Tuntutan evaluatif, berbeda dengan tuntutan advokatif, diarahkan pada hasil sekarang dan masa lalu, ketimbang hasil di masa depan.
4. *Dualitas Nilai*. Nilai-nilai sering ditata di dalam suatu hirarki yang merefleksikan kepentingan relatif dan saling ketergantungan antar tujuan dan sasaran (Dunn, 2013:608).

Evaluasi dimaksudkan untuk penyempurnaan atau pembangunan kebijakan, temuan hasil evaluasi digunakan untuk bahan analisis penyempurnaan kebijakan yang berikut, sehingga dalam proses membandingkan tujuan kebijakan dengan hasil yang dicapai, perlu juga di evaluasi ketepatan masalah. Evaluasi terhadap masalah menjadi penting karena evaluasi tujuan saja tanpa disertai penilaian terhadap masalah yang menjadi sebab terjadinya penyimpangan atau kelemahan dan ketidakberhasilan itu, tidak dapat informasi yang lengkap untuk menyusun strategi penyempurnaan dan pembangunan kebijakan (Abidin, 2012:173).

Bagian sebelumnya telah dijelaskan pengertian evaluasi oleh beberapa ahli, berdasarkan hal itu peneliti memaknai evaluasi sebagai salah satu langkah perbaikan untuk melihat sejauhmana sebuah program yang telah dilaksanakan mampu mengatasi permasalahan di masyarakat. Pernyataan ini didukung pendapat oleh Leo agustino evaluasi dilakukan dalam rangka memperoleh hasil yang sebaik-baiknya melalui cara yang seefisien mungkin bagi masyarakat (Agustino, 2016:171).

3. Kriteria Evaluasi Kebijakan

Evaluasi kebijakan publik tidak terlepas dari harus adanya kriteria, kriteria sebagai alat ukur atau penilaian terhadap suatu program atau kebijakan publik yang dapat menyelesaikan masalah di masyarakat atau sebaliknya. evaluasi kebijakan dalam penelitian ini merupakan evaluasi *output* dan *outcome* yakni sesuatu keluaran yang terjadi akibat proses tertentu dengan menggunakan masukan yang telah ditetapkan.

Kriteria evaluasi dalam penelitian ini yaitu, sebagai berikut:

- a. Efektivitas meliputi apakah hasil yang diinginkan telah dicapai?
- b. Efisiensi meliputi seberapa banyak usaha yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan?
- c. Kecukupan meliputi seberapa jauh pencapaian hasil yang diinginkan memecahkan masalah?

- d. Perataan meliputi apakah biaya dan manfaat didistribusikan dengan merata kepada kelompok- kelompok yang berbeda?
- e. Responsivitas meliputi apakah hasil kebijakan memuaskan kebutuhan, preferensi atau nilai kelompok- kelompok tertentu?
- f. Ketepatan meliputi apakah hasil (tujuan) yang diinginkan benar- benar berguna atau bernilai? (Dunn,2013:610)

B. Tinjauan Mengenai Pelayanan Kesehatan

1. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah salah satu hal yang sangat penting dan dibutuhkan oleh seluruh masyarakat. Secara umum pengertian pelayanan kesehatan sendiri adalah upaya meningkatkan derajat kesehatan baik kesehatan jasmani maupun rohani pada masyarakat. Keberhasilan pelayanan bergantung pada beberapa indikator penting yang ada dalam pelayanan itu sendiri.

Secara harfiah, ada dua istilah yang dapat dilihat dari kata pelayanan, yaitu melayani dan pelayanan. Pengertian melayani adalah membantu menyiapkan (mengurus) apa yang diperlukan seseorang. Sedangkan pengertian pelayanan adalah usaha untuk melayani kebutuhan orang yang lain (Kamus Besar Bahasa Indonesia, 1995) pelayanan berkaitan dengan produk berupa barang dan jasa (Duaji, 2013:30).

Berdasarkan pengertian di atas peneliti berpendapat bahwa pelayanan kesehatan adalah suatu tindakan terencana terhadap individu dan kelompok dalam upaya pemeliharaan kesehatan yang dilakukan untuk upaya pemenuhan hak. Hal ini sejalan dengan pendapat dari (Notoadmodjo, 2005:4) upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah atau masyarakat.

Pelayanan kesehatan adalah subsistem yang tujuan utamanya adalah promotif (memelihara dan meningkatkan kesehatan), *preventif* (pencegahan), *kuratif* (penyembuhan), dan *rehabilitasi* (pemulihan) kesehatan perorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat, lingkungan. Maksud dari subsistem di sini adalah subsistem dalam pelayanan kesehatan yang meliputi: input, proses, output, dampak, umpanbalik.

- a. Input adalah sub elemen-sub elemen yang diperlukan sebagai masukan untuk berfungsinya sistem.
- b. Proses adalah suatu kegiatan yang berfungsi untuk mengubah masukan sehingga menghasilkan sesuatu (keluaran) yang direncanakan.
- c. Output adalah hal-hal yang dihasilkan oleh proses.
- d. Dampak adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran setelah beberapa waktu lamanya.

- f. Umpan balik adalah hasil dari proses yang sekaligus sebagai masukan untuk sistem tersebut.
- g. Lingkungan adalah dunia di luar sistem yang mempengaruhi sistem tersebut

Untuk dapat disebut sebagai suatu pelayanan kesehatan yang baik, harus ada berbagai persyaratan pokok. Syarat pokok yang dimaksud adalah:

1. Tersedia dan berkesinambungan

Syarat pokok pertama pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan kesehatan itu harus tersedia di masyarakat (*available*) serta bersifat berkesinambungan (*continuous*).

2. Dapat diterima dan wajar

Syarat pokok kedua pelayanan kesehatan yang baik adalah yang dapat diterima (*acceptable*) oleh masyarakat serta bersifat wajar (*appropriate*).

3. Mudah dicapai

Syarat pokok ketiga pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dicapai oleh masyarakat.

4. Mudah dijangkau

Syarat pokok keempat pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dijangkau (*affordable*) oleh masyarakat.

5. Bermutu

Syarat pokok kelima pelayanan kesehatan yang lebih baik adalah yang bermutu (*quality*) (Azwar, 1996:38).

2. Sistem Pelayanan Kesehatan

Sebuah pelayanan kesehatan yang diperuntukan kepada masyarakat harus dapat memuaskan keinginan dan harapan dari masyarakat itu sendiri, tentunya hal ini menjadikan pelayanan kesehatan harus memiliki sebuah entitas yang terkoordinasi dengan pelayanan kesehatan harus memiliki sebuah sistem yang disebut sistem pelayanan kesehatan sehingga pelaksanaan pelayanan kesehatan sesuai prosedur tanpa menyalahi aturan.

Sistem pelayanan kesehatan adalah suatu jaringan penyedia pelayanan kesehatan (*supply side*) dan orang-orang yang menggunakan pelayanan tersebut (*demand side*) di setiap wilayah, negara dan organisasi yang melahirkan sumber daya dalam bentuk Sumber Daya Manusia maupun sumber daya lainnya. Dalam definisi yang lebih luas, sistem kesehatan mencakup sektor-sektor lain seperti pertanian dan lainnya (Tando, 2013:167).

Sistem mikro pelayanan dapat bekerja secara optimal jika didukung oleh sistem manajemen dalam organisasi yang mendukung berjalannya proses pada sistem mikro agar dapat memenuhi kebutuhan, harapan, dan nilai-nilai pelanggan. Sistem tersebut dikenal dengan sistem

manajemen mutu (Koentjoro, 2011:75). Sistem pelayanan kesehatan merupakan bagian penting dalam meningkatkan derajat kesehatan. Melalui sistem ini, tujuan pembangunan kesehatan dapat tercapai dengan efektif, efisien dan tepat sasaran.

Sistem pelayanan kesehatan bertumpu pada penerapan kegiatan harian tenaga profesi kesehatan, namun penerapan yang konsisten mengutamakan keselamatan pasien tersebut tidak dapat terjadi begitu saja tanpa upaya diperlukan komitmen, kapasitas dan kapabilitas dari setiap petugas dan juga dari manajemen bahkan sampai kepada tingkat pemilik fasilitas kesehatan (Budiono, Suryawati, Chriswardani. *Evaluasi Implementasi Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional*, 2016:74)

3. Ciri- Ciri Sistem

Sebagaimana prosedur pelayanan kesehatan yang akan dijalani tentunya memiliki komponen yang disebut sebagai sistem, sebuah prosedur ini bisa dikatakan sistem apabila memiliki ciri pokok sistem, ciri-ciri pokok sistem ciri- ciri sistem dibedakan atas 5 macam yakni :

- a. Sistem bukanlah sesuatu yang berada diruangan hampa, melainkan selalu berinteraksi dengan lingkungan.
- b. Pada sistem yang bersifat terbuka, berbagai pengaruh yang diterima dari lingkungan dapat dimanfaatkan oleh sistem untuk lebih menyempurnakan sistem.

- c. Sistem mempunyai kemampuan untuk mengatur sendiri, antara lain juga disebabkan karena didalam sistem terdapat unsur umpan balik (*feedback*).
- d. Antara satu subsistem dengan subsistem lainnya terdapat hubungan yang saling ketergantungan dan mempengaruhi.
- e. Sistem mempunyai tujuan atau sasaran yang ingin dicapai (Azwar, 1996:20).

4. Unsur Sistem Pelayanan Kesehatan

Sistem pelayanan kesehatan memiliki unsur sehingga nantinya pelayanan kesehatan dapat dilaksanakan dengan prima telah disebutkan bahwa sistem terbentuk dari bagian atau elemen yang saling berhubungan dan mempengaruhi, adapun yang dimaksud dengan bagian atau elemen tersebut ialah sesuatu yang mutlak harus ditemukan, jika tidak demikian maka tidak ada yang disebut dengan sistem tersebut.

a. Masukan

Yang dimaksud dengan (*input*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut.

b. Proses

Yang dimaksud dengan proses (*process*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan.

c. Keluaran

Yang dimaksud dengan keluaran (*output*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem.

d. Umpan Balik

Yang dimaksud dengan umpan balik (*Feedback*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut.

e. Dampak

Yang dimaksud dengan dampak (*impact*) adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran suatu sistem.

f. Lingkungan

Yang dimaksud dengan lingkungan (*environment*) adalah dunia diluar sistem yang tidak dikelola oleh sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem (Azwar, 1996:22).

5. Stratifikasi Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan hal penting yang harus dijaga maupun ditingkatkan kualitasnya sesuai standar pelayanan yang berlaku. Pada hakikatnya pelayanan merupakan suatu usaha untuk membantu menyiapkan segala sesuatu yang diperlukan orang lain serta dapat memberikan kepuasan sesuai dengan keinginan yang diharapkan oleh konsumen atau pemakainya untuk itu pelayanan kesehatan dibagi kedalam beberapa tingkatan yaitu:

- a. **Pelayanan Kesehatan tingkat pertama** (*primary health service*) adalah pelayanan kesehatan yang bersifat pokok (*basic health service*) yang sangat dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
- b. **Pelayanan Kesehatan tingkat Kedua** (*secondary health service*) adalah pelayanan kesehatan yang lebih lanjut, telah bersifat rawat inap (*in patient service*) dan untuk menyelenggarakannya telah dibutuhkan tersedianya tenaga-tenaga spesialis.
- c. **Pelayanan Kesehatan tingkat ketiga** (*tertiary health service*) adalah pelayanan kesehatan yang lebih kompleks dan umumnya diselenggarakan oleh tenaga-tenaga subspecialis (Azwar,1996:41).

6. Manajemen Pelayanan Kesehatan

Sistem pelayanan kesehatan tidak mungkin dapat dilaksanakan apabila tidak memiliki manajemen pelayanan kesehatan, manajemen diperuntukan sebagai penggerak sistem karena terdapat peran sumber daya manusia didalamnya, manajemen pelayanan kesehatan bergerak dengan satu model untuk mencapai tujuan sehingga tercipta keadaan dinamis sistem pelayanan kesehatan dan manajemen pelayanan kesehatan saling berhubungan secara erat untuk melaksanakan fungsi tertentu.

Manajemen berasal dari bahasa romawi kuno dengan kata dasar *manage* atau *managiare* yang berarti belajar melangkahakan kaki. Dalam bahasa inggris yaitu *management* dengan asal kata *to manage* yang berarti

mengatur. Didalam manajemen, proses pengaturan berbagai sumber daya organisasi untuk mencapai tujuan melalui pelaksanaan fungsi-fungsi tertentu (Tando, 2013:1). Menurut G.R Terry fungsi manajemen terdiri dari:

a. *Planning* (Perencanaan)

Setiap organisasi yang akan melakukan kegiatan, terlebih dahulu selalu membuat perencanaan, sehingga pelaksanaannya terarah sesuai sasaran yang hendak dikerjakan agar tujuan yang dikehendaki dapat tercapai.

b. *Organizing* (Pengorganisasian)

Menciptakan suatu struktur dengan bagian-bagian yang terintegrasi sedemikian rupa sehingga hubungan antar bagian-bagian yang satu dengan lainnya dipengaruhi oleh keseluruhan struktur tersebut.

c. *Actuating* (Pelaksanaan)

Upaya untuk menggerakkan bawahan atau orang-orang untuk mau bekerja dengan sendirinya atau penuh kesadaran sendiri baik dilaksanakan bersama-sama maupun sendiri untuk mencapai tujuan yang dikehendaki.

d. *Controlling* (Pengawasan/ Pengendalian)

Pengendalian adalah hal yang mutlak dalam organisasi, tetapi pengendalian bukanlah berarti menyerahkan segala urusan tanpa kendali. Pengendalian merupakan kegiatan paling menentukan dalam proses manajemen, karena tanpa ada pengawasan maka dapat terjadi berbagai kesalahan yang secara langsung dapat menggagalkan kelangsungan organisasi (Tando, 2013:8).

7. Tujuan Pelayanan Kesehatan

Tujuan Pelayanan Kesehatan, antara lain:

- a. *Promotif* (memelihara dan meningkatkan kesehatan), hal ini diperlukan misalnya dalam peningkatan gizi, perbaikan sanitasi lingkungan.
- b. *Preventif* (pencegahan terhadap orang yang berisiko terhadap penyakit), terdiri dari :
 - 1) *Preventif primer* : Terdiri dari program pendidikan, seperti imunisasi
 - 2) *Preventif sekunder* : Terdiri dari pengobatan penyakit pada tahap dini untuk membatasi kecacatan dengan cara menghindari akibat yang timbul dari perkembangan penyakit tersebut.
 - 3) *Preventif tersier* : Pembuatan diagnosa ditunjukkan untuk melaksanakan tindakan rehabilitasi, pembuatan diagnosa dan pengobatan.
- c. *Kuratif* (penyembuhan penyakit).
- d. Rehabilitasi (pemulihan), usaha pemulihan seseorang untuk mencapai fungsi normal atau mendekati normal setelah mengalami sakit fisik atau mental , cedera atau penyalahgunaan.

C. Tinjauan Tentang Kepuasan

Dewasa ini perhatian terhadap kepuasan maupun ketidakpuasan pelanggan telah semakin besar. Semakin banyak pihak yang menaruh perhatian terhadap hal ini. Pihak yang paling banyak berhubungan langsung dengan kepuasan/ketidakpuasan pelanggan adalah pemasar. Semakin diyakini bahwa kunci utama untuk memenangkan persaingan adalah memberikan nilai dan kepuasan kepada pelanggan melalui penyampaian produk dan jasa berkualitas (Tjiptono, 2008:24).

Kepuasan adalah terealisasinya harapan, secara sederhana merupakan reaksi emosional terhadap mutu layanan dan kualitas pelayanan yang diterima, karena upaya pelayanan haruslah dapat memberikan kepuasan, tidak semata-mata kesembuhan belaka dengan kata lain kepuasan pelanggan merupakan kualitas pelayanan yang dilihat dari sisi kepentingan konsumen yakni pasien.

Kepuasan menurut Kamus Bahasa Indonesia adalah Puas, merasa senang (Hal yang bersifat puas, kesenangan, kelegaan dan sebagainya), kepuasan dapat diartikan sebagai harapan dan keyakinan tentang apa yang akan diterima baik produk dan jasa adalah sesuai. Oliver dalam (Koentjoro, 2011:22) berpendapat bahwa kepuasan merupakan respon pelanggan terhadap dipenuhinya kebutuhan dan harapan. Hal tersebut merupakan penilaian pelanggan terhadap produk dan pelayanan, yang merupakan cerminan tingkat kenikmatan yang didapatkan berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan dan harapan, termasuk di dalamnya tingkat

pemenuhan yang kurang, atau tingkat pemenuhan yang melebihi kebutuhan dan harapan. (Hazfiarini, *Indeks Kepuasan Pasien BPJS Kesehatan Terhadap Pelayanan Rumah Sakit Mata Jawa Timur*, 2016:79).

Tingkat kepuasan pelanggan akan berdampak pada pendapatan lembaga mana masyarakat memiliki pilihan kemana mereka hendak mendapatkan produk, program dan pelayanan (Limakrisna dan Hary Susilo, 2012:99). Pelanggan yang memiliki nilai puas dan sangat puas akan tetap bertahan lebih lama, kembali untuk membeli lebih banyak ketika perusahaan memperkenalkan produk baru dan memperbarui produk-produk yang ada, membicarakan hal-hal yang baik tentang perusahaan dan produknya, kurang peka terhadap harga dan memberikan perhatian lebih sedikit terhadap merek dan iklan, menawarkan gagasan tentang jasa atau produk kepada perusahaan, dan membutuhkan biaya pelayanan yang lebih kecil dibandingkan biaya pelayanan baru karena transaksinya rutin.

Berdasarkan pendapat para ahli di atas, dapat diambil kesimpulan mengenai konsep kepuasan pasien dalam penelitian ini adalah keadaan yang menunjukkan reaksi emosional seorang pasien terhadap mutu pelayanan kesehatan JAMKESKOT dan KIS yang dirasakan atau dapat dikatakan sebagai evaluasi kualitas yang dipandang dari segi konsumen yang dalam hal ini pasien peserta JAMKESKOT dan KIS di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo.

Pelayanan kesehatan yang berkualitas adalah pelayanan yang dapat memenuhi kebutuhan setiap pengguna jasa pelayanan kesehatan, diselenggarakan dengan sopan santun, tepat waktu, tanggap dan mampu menyembuhkan keluhannya, sehingga sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta penyelenggaraanya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesi yang ada. Kualitas pelayanan kesehatan sebenarnya menunjukkan kepada penampilan (*performance*) dari pelayanan kesehatan, secara umum disebutkan bahwa makin sempurna penampilan pelayanan kesehatan makin sempurna juga kualitasnya.

D. TEORI DIMENSI KUALITAS PELAYANAN

Pada penelitian kali ini menggunakan evaluasi jasa yang besifat *intangibile*, konsumen umumnya menggunakan beberapa atribut atau faktor berikut (Parasuraman, et al., 1990)

1. Bukti langsung (*tangible*) meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai dan sarana komunikasi.
2. Keandalan (*reliability*) yakni kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat dan memuaskan.
3. Daya tanggap (*responsiveness*) yaitu keinginan para staf dan karyawan untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap.
4. Jaminan (*assurance*) mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan dan dapat dipercaya yang dimiliki para staf, bebas dari bahaya, risiko atau keragu- raguan.

5. Empati (*emphaty*) meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik, perhatian pribadi dan memahami kebutuhan para pelanggan.

Kualitas memiliki hubungan erat terhadap kepuasan pelanggan, kualitas memberi pengaruh kepada pelanggan untuk menilai sejauhmana keberhasilan pelayanan kesehatan yang diterima dan seberapa besar ikatan yang dapat dijalin oleh pelanggan dan perusahaan dalam jangka panjang, ikatan seperti ini memungkinkan perusahaan untuk memahami dengan seksama harapan pelanggan serta kebutuhan mereka. Dengan demikian organisasi dapat meningkatkan kepuasan pelanggan.

E. Kerangka Pikir

Kebijakan merupakan suatu pedoman yang memberikan arah terhadap pelaksanaan strategi pembangunan terutama bagi masyarakat daerah bersangkutan, tidak ada jaminan bahwa suatu kebijakan akan berhasil sekarang atau tetap berlangsung dimasa depan, terutama kebijakan tentang pelayanan kesehatan.

Kesehatan wajib dimiliki dan diupayakan oleh semua orang karena kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia. Pentingnya kesehatan sebagai hak asasi manusia, hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sebagai bagian penting dari kesejahteraan masyarakat. Dalam upaya pemenuhan hak tersebut, sesuai dengan permasalahan yang ada di daerah Bandar Lampung.

Pemerintah Kota Bandar Lampung telah mengatur jelas kebijakan tentang pelayanan kesehatan memberikan keringanan kepada masyarakat untuk mengatasi biaya dalam masalah kesehatan dengan melakukan pembebasan biaya yang dibayarkan pemerintah Kota Bandar Lampung berdasarkan Peraturan Wali Kota No.24 Tahun 2014, meskipun kebijakan telah dibuat masih saja ada permasalahan yakni keluhan negatif masyarakat terhadap pelayanan kesehatan ini, untuk itu perlu dilakukan evaluasi terhadap pelayanan kesehatan dengan fokus pada bagaimana pelaksanaan program dan bagaimana tingkat kepuasan pasien JAMKESKOT dan KIS melalui teori evaluasi kebijakan Dunn yaitu

- a. Efektivitas meliputi apakah hasil yang diinginkan telah dicapai
- b. Efisiensi meliputi seberapa banyak usaha yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan
- c. Kecukupan meliputi seberapa jauh pencapaian hasil yang diinginkan memecahkan masalah
- d. Perataan meliputi apakah biaya dan manfaat didistribusikan dengan merata kepada kelompok- kelompok yang berbeda
- e. Responsivitas meliputi apakah hasil kebijakan memuaskan kebutuhan, preferensi atau nilai kelompok- kelompok tertentu
- f. Ketepatan meliputi apakah hasil (tujuan) yang diinginkan benar-benar berguna atau bernilai

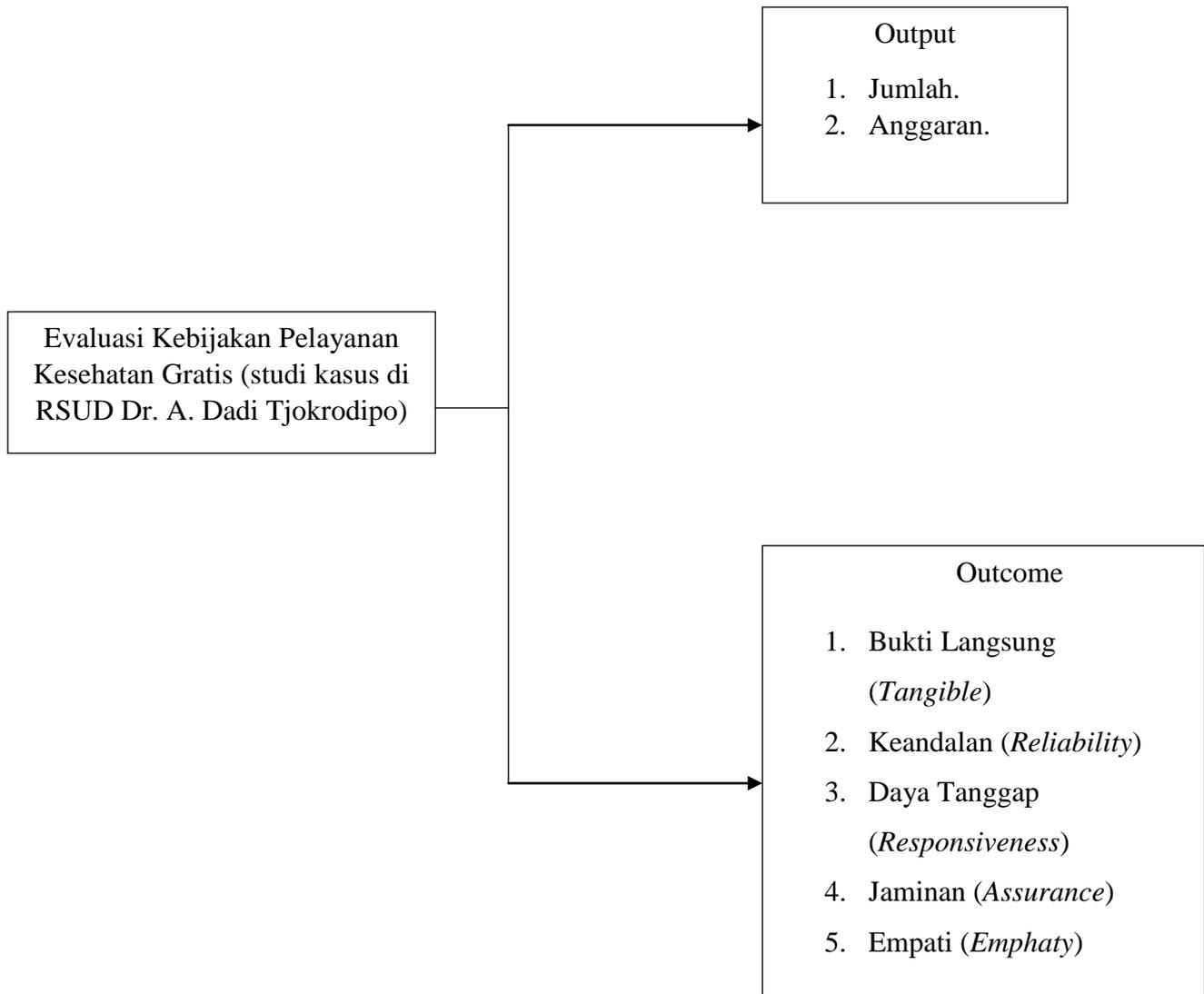
Dimensi kualitas pelayanan menurut Parasuraman yaitu:

1. Bukti langsung (*tangible*) meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai dan sarana komunikasi.

2. Keandalan (*reliability*) yakni kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat dan memuaskan.
3. Daya tanggap (*responsiveness*) yaitu keinginan para staf dan karyawan untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap.
4. Jaminan (*assurance*) mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan dan dapat dipercaya yang dimiliki para staf, bebas dari bahaya, risiko atau keragu-raguan.
5. Empati (*Emphaty*) meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik, perhatian pribadi dan memahami kebutuhan para pelanggan.

Penelitian ini berorientasi kepada evaluasi secara *Outputs* yaitu hasil kebijakan dengan adanya proses perumusan kebijaksanaan pemerintah (Islamy,2001:114), dengan instansi pemerintah sebagai subyeknya dan *Outcome* yaitu tingkat kepuasan masyarakat dengan pasien Jamkeskot dan Kis sebagai subyeknya, dilaksanakan di lokasi Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo. Teori Dunn dan Parasuraman digunakan sebagai pendukung evaluasi secara *outcomes*, bahwa evaluasi harus dilakukan karena tidak semua kebijakan yang dibuat dapat diimplementasikan sesuai rencana atau bahkan sebuah kebijakan tidak bisa dijalankan sehingga dengan adanya evaluasi dapat memberikan masukan, kritik dan saran terhadap kebijakan yang dibuat mulai dari implementasi sampai dengan dampak atau hasil kebijakan yang terjadi.

Dari kedua teori tersebut, selanjutnya akan dilihat triangulasi data dan mengukur tingkat kepuasan pasien menggunakan *skala likert* untuk lebih jelasnya, peneliti paparkan gambar kerangka pikir penelitian pada halaman selanjutnya.

F. Bagan Kerangka Pikir**Gambar 1. Kerangka Pikir**

III. METODE PENELITIAN

A. Tipe Penelitian

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah *mixed methods*. Penelitian ini merupakan suatu langkah penelitian dengan menggabungkan dua bentuk penelitian yang telah ada sebelumnya yaitu penelitian kualitatif dan kuantitatif. Penelitian campuran merupakan penelitian yang mengkombinasikan antara penelitian kualitatif dan kuantitatif (Creswell, 2010:5), metode penelitian kombinasi (*mixed methods*) adalah suatu metode menggabungkan antara metode kuantitatif dan kualitatif untuk digunakan bersama-sama dalam satu penelitian sehingga diperoleh data yang lebih *komprehensif, valid, reliable dan obyektif*.

Strategi-strategi dalam *mixed methods* yaitu:

1. Strategi metode campuran sekuensial/ bertahap merupakan strategi bagi peneliti untuk menggabungkan data yang ditemukan dari satu metode dengan metode lainnya. Strategi ini dapat dilakukan dengan interview terlebih dahulu untuk mendapatkan data kualitatif, lalu diikuti dengan data kuantitatif dalam hal ini survey. Strategi ini dibagi menjadi tiga bagian, yaitu:

- a. Strategi eksplanatoris sekuensial dalam strategi tahap pertama adalah mengumpulkan dan menganalisis data kuantitatif kemudian diikuti oleh pengumpulan dan menganalisis data kualitatif yang dibangun berdasarkan hasil awal kuantitatif. Bobot atau prioritas ini diberikan pada data kuantitatif
- b. Strategi eksploratoris sekuensial. Strategi ini kebalikan dari eksplanatoris sekuensial, pada tahap pertama peneliti mengumpulkan dan menganalisis data kualitatif kemudian mengumpulkan dan menganalisis data kuantitatif pada tahap kedua yang didasarkan pada hasil dari tahap pertama. Bobot utama pada strategi ini adalah pada data kualitatif
- c. Strategi transformatif sekuensial. Pada strategi ini peneliti menggunakan perspektif teori untuk membentuk prosedur-prosedur tertentu dalam penelitian. Dalam model ini, peneliti boleh memilih untuk menggunakan salah satu dari dua metode dalam tahap pertama dan bobotnya diberikan pada salah satu dari keduanya atau dibagikan secara merata pada masing-masing tahap penelitian. (Creswell, 2010:316).

Dalam penelitian ini menggunakan strategi metode campuran sekuensial bertahap (*sequential mixed methods*) terutama strategi eksploratoris sekuensial. Dalam penelitian ini pada tahap pertama mengumpulkan data dan menganalisis data kuantitatif dalam hal ini untuk menjawab rumusan masalah yang kedua yakni bagaimana tingkat kepuasan pasien JAMKESKOT dan KIS terhadap dimensi

kualitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo. tahap kedua mengumpulkan dan menganalisis data kualitatif dalam menjawab rumusan masalah pertama yakni bagaimana output kebijakan pelayanan kesehatan gratis di RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo.

B. Definisi Konseptual

Definisi konseptual merupakan batasan terhadap variabel yang dijadikan pedoman dalam penelitian, sehingga tujuan dan arahnya tidak menyimpang. Penelitian memberikan definisi konseptual penelitian agar mempermudah penelitian ini dilakukan terkait masalah yang diteliti. Definisi konseptual dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Kepuasan Pasien

Kepuasan adalah terealisasinya harapan, secara sederhana merupakan reaksi emosional terhadap mutu layanan dan kualitas pelayanan yang diterima, karena upaya pelayanan haruslah dapat memberikan kepuasan, tidak semata-mata kesembuhan belaka dengan kata lain kepuasan pelanggan merupakan kualitas pelayanan yang dilihat dari sisi kepentingan konsumen yakni pasien. Selain itu pengertian kepuasan pasien adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang muncul setelah membandingkan antara persepsi atau kesannya terhadap kinerja atau hasil sebuah produk. Kepuasan pasien dalam penelitian ini

adalah kondisi dimana masyarakat/pasien merasa senang/puas terhadap pelayanan JAMKESKOT dan KIS di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo.

2. Kualitas Pelayanan

Kualitas adalah tingkat baik buruknya atau taraf/derajat sesuatu. Kualitas pelayanan disini adalah sebuah prestasi atau pencapaian dalam pelayanan kesehatan. Kualitas pelayanan juga merupakan kondisi dinamis yang berhubungan dengan produksi, jasa, manusia, proses, dan lingkungan dimana penilaian kualitasnya ditentukan pada saat terjadinya pelayanan publik tersebut. Peneliti menggunakan 5 dimensi kualitas pelayanan menurut Parasuraman yaitu Bukti langsung (*Tangible*), Keandalan (*Reliability*), Daya tanggap (*Responsiveness*), Jaminan (*Assurance*), Empati (*Emphaty*).

C. Definisi Operasional

Definisi operasional digunakan sebagai petunjuk bagaimana variabel diukur. Oleh sebab itu, dengan membaca definisi operasional dalam suatu penelitian, maka akan mengetahui indikator-indikator variabel tersebut.

Tabel 1.4 Definisi Operasional Variabel

	Aspek	Uraian
1	Bukti Langsung (<i>Tangible</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitas fisik 2. Perlengkapan 3. Pegawai 4. Sarana Komunikasi
2	Keandalan (<i>Reliability</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Akurat 2. Memuaskan
3	Daya Tanggap (<i>Responsiveness</i>)	1. Mudah diakses, tidak lama menunggu bersedia mendengar keluhan kesah pasien.
4	Jaminan (<i>Assurance</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengetahuan 2. Kesopanan 3. Sifat dapat dipercaya 4. aman
5	Empati (<i>Emphaty</i>)	1. Mengenal pasien dengan baik dan sabar.

Tabel 1.5 Definisi Operasional Variabel

No	Aspek	Uraian	Indikator
1	Efektivitas	Meliputi apakah hasil yang diinginkan telah dicapai.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketaatan, 2. Hasil Bentuk fisik (sarana dan prasarana kesehatan)
2	Efisiensi	Meliputi seberapa banyak usaha yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan.	1. Ketersediaan tenaga medis
3	Kecukupan	Meliputi seberapa jauh pencapaian hasil yang diinginkan memecahkan masalah.	1. Hubungan antara alternative kebijakan dengan hasil yang diharapkan

4	Perataan	Perataan meliputi apakah biaya dan manfaat didistribusikan dengan merata kepada kelompok yang berbeda.	1. Usaha pengenalan program (Sosialisasi secara langsung dan tidak langsung)
5	Responsivitas	Meliputi apakah hasil kebijakan memuaskan kebutuhan preferensi kelompok-kelompok tertentu	Tanggapan dari pembuat kebijakan 1. Kritik 2. Saran
6	Ketepatan	Meliputi apakah hasil tujuan yang diinginkan benar-benar berguna atau bernilai	1. Kuatnya asumsi yang melandasi tujuan program.

D. Metode Pengukuran Kepuasan

Pemantauan dan Pengukuran terhadap kepuasan pelanggan telah menjadi hal yang sangat esensial bagi setiap perusahaan. Hal ini dikarenakan langkah tersebut dapat memberikan umpan balik dan masukan bagi keperluan pengembangan dan implementasi strategi peningkatan kepuasan pelanggan. Pada prinsipnya kepuasan pelanggan dapat diukur dengan berbagai macam metode, namun pada penelitian kali ini akan dibahas mengenai metode *skala likert*, maka variabel yang akan diukur dijabarkan menjadi indikator variabel dan indikator tersebut dijadikan sebagai titik tolak untuk menyusun item-item instrument yang dapat berupa pertanyaan ataupun pernyataan.

Pada penelitian ini, jawaban yang diberikan dari responden pada setiap item instrumen dalam kuesioner dibedakan dalam tiga kategori dengan nilai skor pada tabel berikut:

Tabel 1.6 Nilai skor

No	Kategori Jawaban	Skor
(1)	(2)	(3)
1	Tidak Puas	1
2	Puas	2
3	Sangat Puas	3

Sumber : Pengukuran *skala likert*

Kemudian untuk menganalisa jawaban yang diperoleh dari masing-masing indicator variabel penelitian, terlebih dahulu harus diketahui nilai intervalnya dengan menggunakan formula:

$$CI = \frac{Range}{C}$$

Keterangan:

CI = class interval (Interval kelas)

Range = Skor tertinggi- Skor terendah

C = Jumlah kelas

Skor tertinggi : Jumlah Sub Indikator x Jumlah Responden x Nilai Tertinggi

Skor terendah : Jumlah Sub Indikator x Jumlah Responden x Nilai terendah

Setelah melalui proses perhitungan maka setiap pertanyaan kuesioner dikelompokan berdasarkan 5 pendekatan yaitu bukti langsung, keandalan, daya tanggap, jaminan dan empati. Masing- masing pendekatan tersebut diolah dengan cara dihitung menggunakan rumus

di atas lalu dibandingkan menggunakan kelas interval maka akan terlihat skor masing- masing pendekatan tersebut akan masuk kedalam kelas kategori yang mana dan akan dapat disimpulkan dengan membandingkan antara 5 pendekatan tersebut mana yang lebih besar skornya dan dominan untuk mempengaruhi jawaban responden.

E. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian adalah tempat di mana penelitian itu dilakukan (Sujarweni, 2014:73). Lokasi penelitian menjadi sasaran yang sangat membantu untuk menemukan data yang diambil, sehingga lokasi itu sangat menunjang untuk memberikan informasi yang valid. Lokasi yang diambil dari penelitian ini ditentukan dengan sengaja (*purposive*) karena lokasi penelitian yakni di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo.

F. Sumber Data

Sumber data dapat dikelompokkan menjadi dua, yakni sumber data primer dan sumber data sekunder. Sumber primer membutuhkan data atau informasi dari sumber pertama biasanya disebut informan, data sekunder menggunakan bahan yang bukan dari sumber pertama sebagai sarana untuk memperoleh data atau informasi untuk menjawab masalah yang diteliti (Sarwono, 2006:16).

Berikut beberapa sumber data dalam penelitian ini, yaitu :

1. Data primer

Data primer merupakan data yang diperoleh peneliti dari sumber asli (langsung dari informan) yang memiliki informasi atau data (Idrus, 2009:86). Data tersebut berkaitan dengan *output* dan *outcome* kebijakan pelayanan kesehatan gratis. Pada penelitian ini data primer yang digunakan adalah untuk mengetahui output dan outcome kebijakan pelayanan kesehatan gratis , informan dipilih berdasarkan pertimbangan bahwa informan mengetahui tentang kebijakan pelayanan kesehatan gratis informan yang telah diwawancara peneliti yaitu:

1. Kepala ruangan rawat jalan
2. Kasi sarana penunjang medis
3. Staf rekam medis
4. Kasubbag perencanaan
5. Kasubbag keuangan

Sedangkan pada responden yaitu pasien JAMKESKOT dan KIS di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo menggunakan kuisioner.

2. Data sekunder

Data sekunder adalah penelitian yang bersumber dari instansi setempat. Data sekunder digunakan sebagai pendukung guna mencari kebenaran mengenai isu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit A. Dadi Tjokrodipo. Sumber data sekunder yang digunakan adalah studi

pustaka berupa berita surat kabar, berita dari website, artikel, jurnal, dan referensi yang berhubungan dengan isu pelayanan kesehatan peserta pasien JAMKESKOT dan KIS di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo.

G. Penentuan Informan

Informan merupakan orang yang memberikan informasi sesuai dengan kebutuhan penelitian, informan ditentukan melalui sebuah teknik penentuan yang dipilih berdasarkan pertimbangan tertentu, Dalam penelitian evaluasi kebijakan pelayanan kesehatan gratis (studi kasus di RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo) ,peneliti menggunakan *Purposive sampling*, Karena peneliti meyakini bahwa informan yang dipilih adalah sebagai aktor dari kebijakan sehingga menurut peneliti teknik *purposive sampling* sangat tepat untuk digunakan untuk penelitian mengenai evaluasi kebijakan pelayanan kesehatan gratis (Studi kasus di Rumah Sakit A. Dadi Tjokrodipo). Informan dalam penelitian akan disajikan dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 1.7 Informan

No	Nama	Jabatan
1	Hi. Heri sukana, S. kep. NS	Kepala ruangan rawat jalan
2	Supriyono	Kasi sarana penunjang medis
3	Mahendri M.Kes	Staff rekam medis
4	Dessyani Djahidin	Kasubbag Keuangan
5	Hermiati Skm. Mkm	Kasubbag Perencanaan

Sumber: diolah oleh peneliti 2018

H. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Menurut Sugiono (2014) mengemukakan bahwa populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek ataupun subjek, yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan. Dalam penelitian ini, populasinya adalah pasien peserta JAMKESKOT dan KIS di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo. Jumlah populasi pada penelitian ini adalah sebanyak 4.113 pasien JAMKESKOT dan 7.374 Pasien KIS dengan data sebagai berikut:

Tabel 1.8 Peserta JAMKESKOT DAN KIS Tahun 2018

Jumlah Pasien		
	JAMKESKOT	KIS
Januari	1.085	1.973
Februari	1.056	1.819
Maret	1.078	2.017
April	894	1.565
Total	4113	7374

(Sumber: Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo)

2. Teknik Sampling

Populasi dalam penelitian ini menggunakan teknik penentuan sampel yaitu:

a. *Random sampling*

Random Sampling merupakan metode pengambilan sampel yaitu setiap sampel memiliki kesempatan atau peluang yang sama untuk terpilih. Responden yang termasuk dalam *random*

sampling adalah pasien peserta JAMKESKOT dan KIS di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo.

3. Sampel

Menurut Neuman dalam Herdiansyah (2010:104), sampel merupakan

bagian dari populasi yang akan dilibatkan dalam penelitian, yang merupakan bagian representatif dan mempresentasikan karakter atau ciri-ciri dari populasi.

Dalam menentukan banyaknya sampel penelitian terhadap populasi, digunakan rumus Yamane (Jalaludin Rahmat, 1984) dengan rumus sebagai berikut:

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

Keterangan :

1. n = Banyaknya sampel
2. N = Banyaknya populasi
3. d^2 = Taraf nyata (0,15)
4. 1 = Bilangan Konstanta

Pada penelitian ini populasi yang digunakan adalah populasi berdasarkan pasien JAMKESKOT dan KIS tahun 2018 di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo sebanyak 4113 pasien JAMKESKOT dan 7374 pasien KIS.

Berikut adalah perhitungan sampel:

JAMKESKOT

$N = 4113$ (Populasi pasien JAMKESKOT di RS A. Dadi Tjokrodipo sebanyak 4113)

$d^2 =$ ditetapkan 0,15 yaitu penyimpangan dalam pemakaian sampel

1 = Bilangan Konstanta

Demikian dapat diketahui besarnya sampel sebagai berikut:

$$\frac{4113}{4113 \cdot 0,15 + 1}$$

$$\frac{4113}{93.5425}$$

= 43.96931 dibulatkan menjadi **44**

KIS

$N = 7374$ (Populasi pasien JAMKESKOT di RS A. Dadi Tjokrodipo sebanyak 7374)

$d^2 =$ ditetapkan 0,15 yaitu penyimpangan dalam pemakaian sampel

1 = Bilangan Konstanta.

Demikian dapat diketahui besarnya sampel sebagai berikut:

$$\frac{7374}{7374 \cdot 0,15 + 1}$$

$$\frac{7374}{166.915}$$

= 44,41781 dibulatkan menjadi **45**

Jadi total sampel $44 + 45 = 89$ sampel.

I. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Kuesioner

Pengertian metode angket atau kuesioner, angket atau kuesioner adalah pernyataan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang pribadi atau hal-hal yang ia ketahui (Arikunto, 2002:200). Angket atau kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawab. Angket berupa daftar pertanyaan atau angket tertulis. Sampel yang sesuai dengan karakteristik diberi kuesioner mengenai masalah penelitian (Sugiyono, 2012:142). Kuisisioner yang terdiri dari 5 variabel dengan total 31 pertanyaan telah dijawab oleh 89 responden.

2. Wawancara

Wawancara adalah salah satu instrumen yang digunakan untuk menggali data secara lisan (Sujarweni, 2014:74). Wawancara dalam pendekatan kualitatif bersifat mendalam, wawancara dan observasi bisa dilakukan secara bersamaan, wawancara dapat digunakan untuk menggali lebih dalam dari data yang diperoleh melalui observasi, dengan demikian tidak ada data yang terputus antara yang dilihat dengan data yang didengar serta dicatat (Indrawan dan Yaniawati, 2014:136). Wawancara telah

dilaksanakan dan sudah mendapat jawaban dari 5 informan dengan 6 indikator sebagai pertanyaan.

J. Teknik Pengolahan Data

1. Proses pelaksanaan penelitian

a. Persiapan penelitian

Sebelum melakukan penelitian, perlu ada persiapan yang matang agar kendala-kendala yang terjadi di lapangan dapat diminimalisir. Tahapan yang dilakukan pertama kali adalah mengidentifikasi masalah yang akan diteliti, yaitu peneliti merumuskan masalah yang akan dikaji dan menentukan tujuan yang akan dicapai dari penelitian tersebut. Setelah berhasil mengidentifikasi masalah, langkah selanjutnya adalah menentukan tema dan variabel penelitian karena penelitian yang akan dilakukan adalah penelitian *mix methods*. Untuk mendukung penelitian ini, peneliti melakukan studi literatur atau studi pustaka yaitu mencari, mempelajari dan memahami literatur-literatur yang relevan mengenai teori, asumsi, maupun data-data yang terkait baik dari buku bacaan, jurnal atau hasil penelitian terdahulu yang berupa tesis, skripsi ataupun karya ilmiah.

Tahapan yang kedua, adalah mencari sasaran penelitian yang sesuai dan cocok dengan permasalahan yang akan dikaji. Karena peneliti ingin meneliti tentang *outcome* dan *output*

pelayanan kesehatan gratis maka dipilihlah RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo sebagai lokasi penelitian ini dengan berbagai pertimbangan yang telah peneliti kemukakan dalam latar belakang penelitian sebelumnya. Untuk mengetahui kesesuaian antara keinginan penelitian dengan subyek yang akan diteliti maka dilakukan Pra-riset yaitu melakukan observasi dan wawancara awal terhadap subyek penelitian. Pada kesempatan kali ini peneliti berusaha mewawancarai pegawai RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo yaitu pak hendri untuk mengetahui banyak tentang program pelayanan kesehatan gratis dan peneliti mewawancarai pihak-pihak lain yang dianggap relevan seperti pegawai bagian umum.

Tahapan ketiga, yaitu menyusun desain penelitian. Karena penelitian ini adalah penelitian *mixed methods* maka desain penelitian bagaikan alat penentu bagi peneliti dalam melakukan proses penyusunan instrumen penelitian dan menghasilkan data yang valid dan dapat dipercaya. Ada beberapa langkah yang dilakukan dalam penyusunan instrumen penelitian ini, yaitu : pertama, menentukan indikator setiap variabel, *outcome* variabel yaitu bukti langsung, keandalan, daya tanggap, jaminan dan empati. Sedangkan *output* variabel yaitu efektifitas, efisiensi, kecukupan, pemerataan, responsivitas dan ketepatan. Kedua, membuat kisi-kisi sesuai dengan proporsinya. Ketiga, membuat dan menyusun item soal yaitu

mencakup item yang mengandung pernyataan yang sesuai dengan teori, kemudian item-item tersebut dipertimbangkan kelayakannya, lalu disusun menurut nomor urut yang telah ditentukan. Keempat, penentuan skoring alat ukur. Setiap item yang disusun dalam kuesioner diberi nilai masing-masing alternatif jawaban. Dalam penelitian ini digunakan *Skala Likert*, dengan alternatif nilai yang bergerak dari interval 1-3, yaitu

1. Tidak Puas (TP), 2. Puas (P) dan 3. Sangat Puas (SP).

Tahapan Keempat, melakukan persiapan administrasi. Sebelum melakukan penelitian, ada beberapa hal yang berkaitan dengan persyaratan administrasi yang harus dipenuhi sehubungan dengan penelitian, antara lain meliputi : pertama, mengajukan surat permohonan ijin penelitian kepada ketua program studi Ilmu pemerintahan yang selanjutnya disetujui oleh Dekan Fakultas Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik melalui staf akademik, surat ijin penelitian ini dikeluarkan oleh pihak fakultas. Kedua, peneliti membawa surat ijin tersebut ke pihak rumah sakit beserta satu berkas proposal penelitian dalam rangka meminta ijin untuk melakukan penelitian pada pegawai rumah sakit dan puskesmas.

b. Pelaksanaan penelitian

Penelitian ini dilakukan sejak tanggal 7 September- 17 Oktober 2018, subyek penelitian yang peneliti pilih sebagai responden

adalah yang sesuai dengan karakteristik subyek penelitian yaitu:

1. Merupakan pasien yang terdaftar dalam Jamkeskot dan Kis
2. Sudah pernah berobat di RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo

Sedangkan informan yang peneliti pilih ialah sesuai dengan karakteristik subyek penelitian yaitu:

1. Status sebagai pegawai RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo dan Lokasi aktifitas kerja di RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo
2. Pengalaman kerja minimal 2 tahun

Peneliti kemudian menemui staff bagian umum dan berkonsultasi bagaimana teknis mengadakan penelitian ini sehingga kemudian diputuskan untuk siapa yang terpilih agar bisa diwawancarai yaitu:

1. Pak Mahendri selaku pegawai rumah sakit di bagian rekam medis.
2. Pak heri selaku pegawai rumah sakit di bagian ruang rawat jalan.
3. Bu dessy selaku pegawai rumah sakit di bagian keuangan
4. Bu emy selaku pegawai rumah sakit di bagian pelayanan
5. Pak Supriyono selaku pegawai rumah sakit di bagian penyedia fasilitas kesehatan

Selain wawancara untuk mendapatkan data kualitatif , tidak lupa peneliti menyebarkan kuisisioner kepada responden

sebanyak 89 orang pasien jamkeskot dan kis untuk mendapatkan data kuantitatif. Setelah melakukan penelitian lapangan, peneliti melakukan analisis statistik untuk mengetahui:

- A. Bagaimana Kebijakan Pelayanan Kesehatan Gratis di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo.
- B. Bagaimana tingkat kepuasan pasien JAMKESKOT dan KIS terhadap dimensi kualitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo.

1. Pengolahan Data Kualitatif.

Setelah data terkumpul maka langkah selanjutnya adalah menganalisis data tersebut. Analisis data adalah langkah yang dilakukan setelah mendapatkan data, dengan tujuan mengorganisasikan dan mengurutkan data ke dalam pola ataupun kategori sehingga data yang diperoleh dapat terstruktur dengan baik, sehingga dapat dirumuskan sebuah hipotesis sesuai dengan data yang diperoleh. Kemudian dalam penelitian ini peneliti sejalan dengan pendapat Fuad (2014:16-18) Data-data dianalisis dimana prosesnya terdiri dari tiga alur kegiatan yang berlangsung secara bersamaan yaitu: reduksi data, penyajian data, penarikan kesimpulan/verifikasi.

1. Reduksi Data

Reduksi data dimaknai sebagai proses memilah dan memilih, menyederhanakan data yang terkait dengan kepentingan penelitian saja, abstraksi dan transformasi data-data kasar dari *field notes* (catatan lapangan). Reduksi data perlu dilakukan karena peneliti semakin lama dikancah penelitian akan semakin banyak data atau catatan lapangan (*field note*) yang peneliti kumpulkan. Tahap dari reduksi adalah memilah dan memilih data yang pokok, fokus pada hal-hal yang penting, mengelompokkan data sesuai dengan tema, membuat ringkasan, memberi kode, membagi data dalam partisi-partisi dan akhirnya dianalisis sehingga terlihat pola-pola tertentu. Laporan lapangan kemudian direduksi, dirangkum, dipilih hal-hal pokok, dan difokuskan pada hal-hal yang penting kemudian memfokuskan data yang benar-benar berhubungan dengan penelitian yakni evaluasi kebijakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin (studi kasus di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo).

2. Penyajian Data

Langkah selanjutnya setelah mereduksi data adalah penyajian data. Bentuk penyajian data dalam penelitian kualitatif berupa uraian singkat, bagan, hubungan kausal antar kategori, *flowchart* dan sejenisnya. Display data dapat membantu peneliti dalam memahami apa yang terjadi, merencanakan

analisis selanjutnya berdasarkan apa yang sudah dipahami sebelumnya. Peneliti ini menyajikan data menggunakan uraian singkat, gambar dan tabel.

3. Penarikan Kesimpulan/Verifikasi

Langkah terakhir dalam analisis data menurut Miles dalam Sugiyono (2009:247) adalah melakukan penarikan kesimpulan atau verifikasi. Berdasarkan pola-pola yang sudah tergambar dalam penyajian data, terdapat hubungan kausal atau interaktif antara data dan didukung dengan teori-teori yang sesuai, peneliti kemudian mendapatkan sebuah gambaran utuh tentang fenomena yang kita teliti dan kemudian dapat menyimpulkan fenomena tersebut sebagai temuan baru, maka penelitian sudah dianggap selesai.

2. Pengolahan Data Kuantitatif

Tahapan pengolahan data dalam penelitian ini meliputi kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

a. Editing

Tahap editing adalah tahap yang digunakan untuk meneliti kembali data yang telah diperoleh di lapangan apakah masih terdapat kesalahan di dalam melakukan kesalahan dalam pengisiannya, tidak tepat atau terdapat keterangan fiktif.

b. Koding

Tahap koding adalah tahap dimana jawaban dari responden yaitu pasien peserta JAMKESKOT dan KIS di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo, yang mana jawaban tersebut diklasifikasikan menurut jenis pertanyaan dengan memberikan nomor pada setiap kuisioner yang dimaksudkan untuk memudahkan penulis dalam mengolah data pada proses selanjutnya.

c. Tabulating

Tahap tabulasi adalah tahap mengelompokkan jawaban-jawaban yang serupa secara teratur dan sistematis. Tahap ini dilakukan dengan mengelompokkan jawaban-jawaban yang serupa. Melalui tabulasi data akan tampak ringkas dan bersifat merangkum. Pada penelitian ini data yang telah diperoleh dari lapangan kemudian disusun kedalam bentuk tabel, sehingga pembaca dapat melihat dan memahaminya dengan mudah.

d. Interpretasi

Tahap interpretasi adalah tahap memberikan penafsiran atau penjabaran atas hasil penelitian untuk dicari makna yang lebih luas dengan menghubungkan jawaban yang diperoleh oleh data lain agar lebih mudah dilakukan penarikan kesimpulan.

K. Teknik Validasi Data

Teknik validasi adalah teknik keabsahan atau kebenaran sebuah data yang telah didapatkan peneliti. Untuk menjaga tingkat kesahihan penelitian maka diperlukan media handal yang bermanfaat untuk meminimalisir derajat kesalahan dan perlunya tindakan urgen peneliti untuk menghindari *validity threat* (bias/validitas semu/validitas palsu). Maka data yang valid adalah data yang tidak berbeda antara data yang dilaporkan oleh peneliti dan data yang sesungguhnya terjadi.

Banyak cara untuk melakukan pengujian validitas data untuk mendapatkan data yang kredibel/shahih, seperti yang dilakukan Lincoln dalam Emzir (2010:79) mereka mengusulkan empat kriteria untuk menilai kualitas penelitian kualitatif dan secara eksplisit menawarkan sebagai alternatif dari kriteria yang lebih berorientasi kuantitatif tradisional antara lain kredibilitas, transferabilitas, dependabilitas, dan konfirmabilitas. Teknik validasi pada penelitian ini menggunakan model triangulasi. Menurut Emzir (2010:82) triangulasi adalah proses penguatan bukti dari individu-individu yang berbeda (misalnya, seorang kepala sekolah dan seorang siswa), jenis data (misalnya, catatan lapangan observasi dan wawancara) dalam deskripsi tema-tema dalam penelitian kualitatif. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain. Di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu.

Teknik triangulasi yang paling banyak digunakan ialah pemeriksaan sumber lainnya. Denzin dalam Moleong (2015:330) membedakan empat macam triangulasi sebagai teknik pemeriksaan yang memanfaatkan penggunaan sumber, metode, penyidik, dan teori. Pertama triangulasi dengan sumber berarti membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam penelitian kualitatif.

Kedua triangulasi metode menurut Patton dalam Maleong (2015:331) memiliki dua strategi yaitu (1) pengecekan derajat kepercayaan penemuan hasil penelitian beberapa teknik pengumpulan data dan pengecekan derajat kepercayaan beberapa sumber data dengan metode yang. Teknik triangulasi jenis ketiga ialah dengan jalan kemanfaatan peneliti atau pengamat lainnya untuk keperluan pengecekan kembali derajat kepercayaan data. Pemanfaatan pengamat lainnya membantu mengurangi kemelencengan dalam pengumpulan data. Keempat triangulasi teori, menurut Lincoln dalam Maleong (2015:131) mengatakan bahwa berdasarkan anggapan bahwa fakta tidak dapat diperiksa derajat kepercayaannya dengan satu atau lebih teori. Pihak lain, Patton mengatakan bahwa hal itu dapat dilaksanakan dan hal itu dinamakannya penjelasan pembanding (*rival explanation*).

Pada penelitian ini, dari keempat macam triangulasi tersebut, peneliti hanya menggunakan teknik triangulasi dengan memanfaatkan sumber

dan metode pengumpulan data. Adapun untuk mencapai kepercayaan itu, maka ditempuh langkah sebagai berikut:

1. Membandingkan data hasil wawancara dari sumber pertama, kedua, ketiga dan seterusnya.
2. Membandingkan data hasil wawancara dengan data hasil observasi.
3. Membandingkan data hasil wawancara dengan data hasil dokumentasi.
4. Membandingkan data hasil wawancara dengan data hasil observasi dan hasil dokumentasi.

IV. GAMBARAN UMUM

A. Gambaran Umum Kota Bandar Lampung

1. Kondisi Umum Kota Bandar Lampung

Kota Bandar Lampung merupakan sebuah kota yang menjadi pusat kota di Provinsi Lampung. Kota Bandar Lampung merupakan terletak di Pulau Sumatera sekitar 165 km sebelah barat laut Kota Jakarta yang merupakan ibukota Negara Indonesia. Kota Bandar Lampung jugamerupakan kota terbesar dan terpadat ketiga di Pulau Sumatera setelah Medan dan Palembang berdasarkan jumlah penduduk, serta termasuk salah satu kota besar di Indonesia dan kota terpadat di luar Pulau Jawa. Kota Bandar Lampung terletak pada tempat yang strategis karena sebagai daerah transit kegiatan perekonomian antar Pulau Sumatera dan Pulau Jawa.

2. Penduduk Kota Bandar Lampung

Berdasarkan sensus BPS, kota ini memiliki populasi penduduk sebanyak 1.251.642 jiwa (sensus 2016), dengan luas wilayah sekitar 197,22 km², maka Bandar Lampung memiliki kepadatan penduduk 8.316 jiwa/km² dan tingkat pertumbuhan penduduk 1,79% per tahun.

Berikut adalah tabel jumlah penduduk Kota Bandar Lampung per kecamatan pada tahun 2016:

Tabel 1.9 Jumlah Penduduk Kota Bandar Lampung

No	Kecamatan	Jumlah Penduduk
1	Kedaton	72.953 Jiwa
2	Sukarame	73.443 Jiwa
3	Tanjung Karang Barat	74.157 Jiwa
4	Tanjung Karang Pusat	72.195 Jiwa
5	Tanjung Karang Timur	56.284 Jiwa
6	Teluk Betung Utara	62.611 Jiwa
7	Teluk Betung Barat	35.951 Jiwa
8	Teluk Betung Selatan	49.916 Jiwa
9	Teluk Betung Timur	52.765 Jiwa
10	Bumi Waras	68.030 Jiwa
11	Kedamaian	49.840 Jiwa
12	Enggal	40.660 Jiwa
13	Langkapura	29.024 Jiwa
14	Panjang	96.287 Jiwa
15	Kemiling	81.122 Jiwa
16	Rajabasa	81.122 Jiwa
17	Labuhan Ratu	60.692 Jiwa
18	Sukabumi	69.621 Jiwa
19	Tanjung Senang	54.873 Jiwa
20	Wayhalim	92.163 Jiwa
Jumlah		1.251.642 Jiwa

Sumber : BPS Kota Bandar Lampung 2016

B. Gambaran Umum RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo

1. Kondisi Umum RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo (disingkat RSUDADT) adalah sebuah rumah sakit type C yang terletak di Kota Bandar Lampung, tepatnya berada di Jl. Basuki Rahmat No. 73, Kelurahan Gulak Galik, Kecamatan Teluk Betung Utara. RSUD

merupakan SKPD Pemerintah Kota Bandar Lampung yang bertipe Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) . RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung sebagai rumah sakit rujukan dari 28 Puskesmas induk dan 56 Puskesmas Pembantu di Wilayah Kota Bandar Lampung.

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung adalah rumah sakit milik Pemerintah Kota Bandar Lampung. Berdasarkan izin operasional penyelenggaraan Rumah Sakit yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung Nomor 445.2.20.09.2011 yang berlaku selama 5 tahun terhitung tanggal 21 Januari 2011 s/d 1 Januari 2016. Tanggal 23 Februari 2011 diterbitkan SK Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.03/05/I/564/11 tentang Penetapan Kelas Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo Kota Bandar Lampung dengan Tipe C.-Kemudian, berdasarkan SK Wali kota Bandar Lampung Nomor 36/09/HK/2011 tanggal 20 Januari 2011 tentang Pemberian Nama Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Bandar Lampung, nama RSUD Kota Bandar Lampung berubah menjadi Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo Kota Bandar Lampung.

2. Tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo Kota Bandar Lampung

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo Kota Bandar Lampung mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang

bemutu dan terjangkau oleh masyarakat. Tugas rumah sakit umum adalah melaksanakan upaya pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan dan pencegahan serta pelaksanaan upaya rujukan

Menurut undang-undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, fungsi rumah sakit adalah:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Dalam upaya menyelenggarakan fungsinya, maka rumah sakit umum menyelenggarakan kegiatan :

- a. Pelayanan medis
- b. Pelayanan dan asuhan keperawatan
- c. Pelayanan penunjang medis dan nonmedis
- d. Pelayanan kesehatan masyarakat dan rujukan
- e. Penelitian, pendidikan dan pengembangan
- f. Administrasi umum dan keuangan

3. Visi dan Misi RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo Kota Bandar Lampung

Dalam menjalankan tugasnya, RSUD dr. A. Dadi Tjokrodipo Kota BandarLampung memiliki visi dan misi yang menjadi acuan dalam menjalankan fungsinya sebagai rumah sakit umum daerah yang memberikan pelayanan publik di bidang kesehatan. Visi dan Misi RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo, yaitu:

Visi :

Menjadi Rumah Sakit yang Profesional, Bermutu, Nyaman dan Mandiri.

Misi :

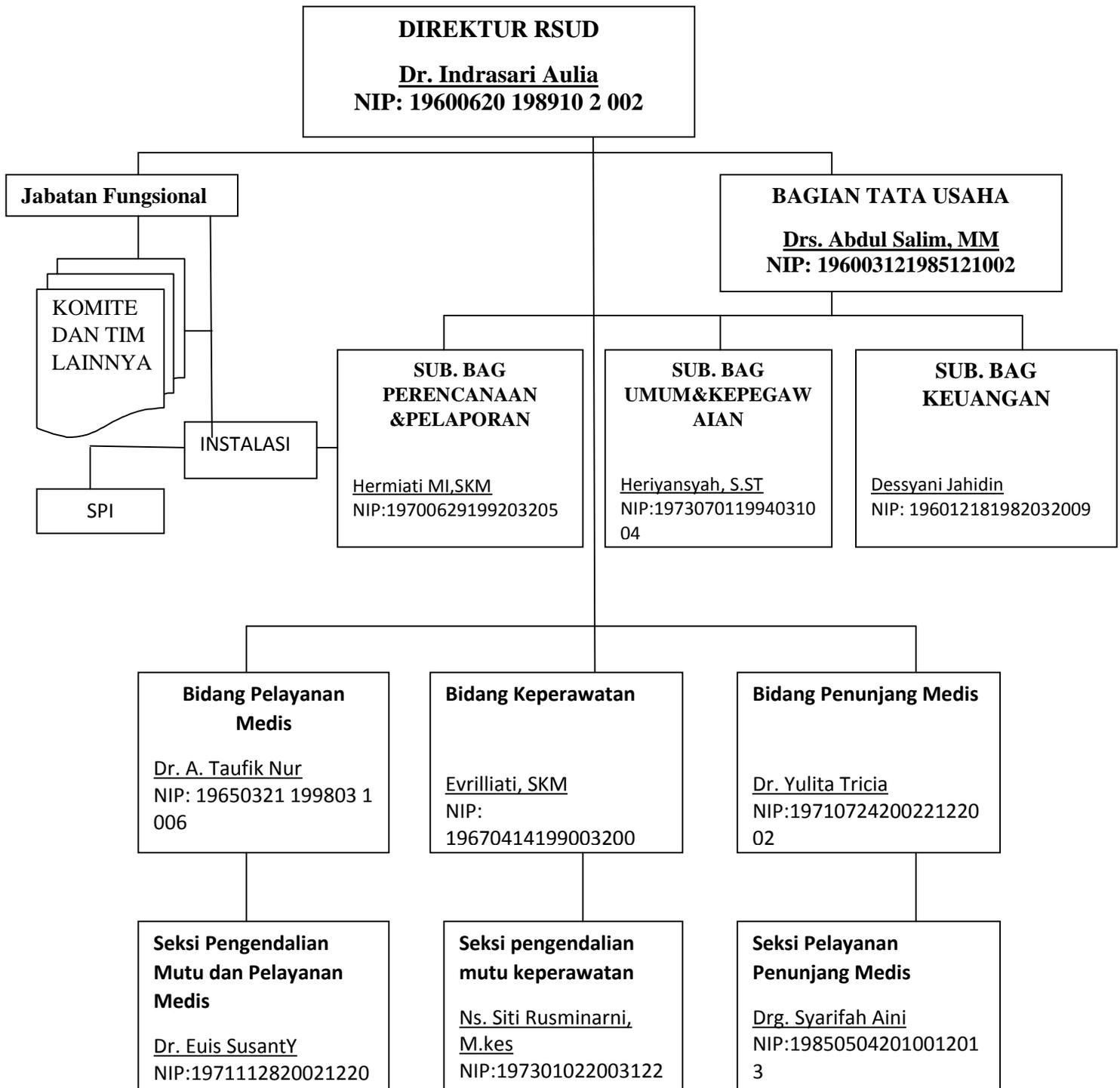
- a. Menyiapkan Sumber Daya Manusia (SDM) yang profesional untuk menunjang pelayanan kesehatan melalui pendidikan dan pelatihan.

- b. Pelayanan kesehatan, bermutu, terjangkau dan informatif serta berorientasi pada kepuasan pasien.
- c. Menciptakan lingkungan Rumah Sakit yang bersih, hijau dan bebas dari polusi.
- d. Mengelola seluruh sumber daya secara transparan, efektif, efisien dan akuntabel.

Selain visi dan misi diatas tujuan dari RSUD dr. A. Dadi Tjokrodiposendiri yaitu:

- a. Mengupayakan tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang optimal bagi masyarakat yang optimal bagi masyarakat.
- b. Menyediakan akses pelayanan kesehatan makin luas, profesional, efektif, efisien dan terjangkau bagi semua golongan masyarakat.
- c. Menjadikan Rumah Sakit Daerah sebagai pusat rujukan di Wilayah Kota Bandar Lampung yang berorientasi pada kepuasan pasien.

4. Susunan Organisasi RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo Kota Bandar
Lampung



C. Peraturan Walikota No. 24 Tahun 2014

Peraturan Walikota Bandar Lampung No. 24 tahun 2014 tentang Petunjuk Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Masyarakat Kota Bandar Lampung di fasilitas kesehatan di Bandar Lampung. Bahwa yang berhak untuk mendapatkan pelayanan gratis adalah seluruh penduduk Bandar Lampung yang tidak mempunyai jaminan/asuransi kesehatan baik pemerintah maupun swasta.

D. Program Pelayanan Kesehatan

Bandar Lampung mendukung program pelayanan kesehatan dengan meresmikan BPJS Kesehatan beroperasi sejak 1 Januari 2014 berlaku di Bandar Lampung, KIS dan JAMKESKOT berada di bawah naungan BPJS namun hanya masyarakat Bandar Lampung yang melakukan pengobatan rutin saja yang diikutkan dalam BPJS, KIS untuk masyarakat umum dan JAMKESKOT khusus masyarakat Bandar Lampung untuk mendapatkan pelayanan kesehatan gratis bagi masyarakat Bandar Lampung yakni berupa fasilitas kesehatan, khusus untuk Rumah Sakit A. Dadi Tjokrodipo dan diterapkan program JAMKESKOT khusus untuk kelas tiga.

Perbedaan KIS dan JAMKESKOT berada pada sumber pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat yaitu program khusus JAMKESKOT dibiayai oleh Pemerintah Daerah Kota Bandar Lampung, pembayaran klaim pasien JAMKESKOT untuk waktu pembayaran tergantung dari kebijakan

Pemerintah Kota. Program khusus KIS (Kartu Indonesia Sehat) dibiayai oleh Pemerintah Pusat. Dibayar pada setiap bulan berjalan (sumber: RS. A. Dadi Tjokrodipo).

Program Pelayanan Kesehatan Masyarakat Kota Bandar Lampung dengan syarat KTP dan KK termasuk ke dalam JAMKESKOT. Program ini ditunjukkan untuk seluruh masyarakat Kota Bandar Lampung yang belum mempunyai jaminan asuransi kesehatan baik pemerintah maupun swasta. Masyarakat menggunakan sesuai dengan fasilitas kesehatan dimana kartu tersebut terdaftar apabila berobat ditempat yang tidak didaftarkan dan tidak dalam keadaan darurat maka tidak dapat berobat gratis KTP dan KK di puskesmas manapun tidak berlaku.

Selain peraturan mengenai KTP dan KK yang telah disebutkan penyakit yang tidak bisa dilayani secara gratis untuk penerima pelayanan kesehatan tingkat ketiga yaitu penyakit jantung, gagal ginjal, kanker, stroke, sirosis hati, thalassemia, leukemia dan hemophilia. Fasilitas gratis yang didapatkan masyarakat berbeda. Peserta KIS dan JAMKESKOT hanya berhak atas kelas 3, sedangkan untuk masyarakat mampu berhak atas kelas 1, kelas 2 dan kelas 3. Peserta KIS dan JAMKESKOT hanya dapat berobat di faskes tingkat 1 puskesmas kelurahan atau desa, sedangkan bukan peserta KIS dan JAMKESKOT dapat memilih fasilitas kesehatan yang telah ditentukan dan sudah bekerja sama dengan area domisili yang ditentukan.

E. Metode Pengukuran Kepuasan

Pemantauan dan Pengukuran terhadap kepuasan pelanggan telah menjadi hal yang sangat esensial bagi setiap perusahaan. Hal ini dikarenakan langkah tersebut dapat memberikan umpan balik dan masukan bagi keperluan pengembangan dan implementasi strategi peningkatan kepuasan pelanggan. Pada prinsipnya kepuasan pelanggan dapat diukur dengan berbagai macam metode, namun pada penelitian kali ini akan dibahas mengenai metode *skala likert*, maka variabel yang akan diukur dijabarkan menjadi indikator variabel dan indikator tersebut dijadikan sebagai titik tolak untuk menyusun item-item instrument yang dapat berupa pertanyaan ataupun pernyataan.

Pada penelitian ini, jawaban yang diberikan dari responden pada setiap item instrument dalam kusioner dibedakan dalam tiga kategori dengan nilai skor pada tabel berikut:

Tabel 1.10 Nilai Skor

No	Kategori Jawaban	Skor
(1)	(2)	(3)
1	Tidak Puas	1
2	Puas	2
3	Sangat Puas	3

Sumber : Pengukuran *skala likert*

Kemudian untuk menganalisa jawaban yang diperoleh dari masing-masing indikator variabel penelitian, terlebih dahulu harus diketahui nilai intervalnya dengan menggunakan formula:

$$CI = \frac{Range}{C}$$

Keterangan:

CI = class interval (Interval kelas)

Range = Skor tertinggi- Skor terendah

C = Jumlah kelas

Skor tertinggi : Jumlah Sub Indikator x Jumlah Responden x Nilai Tertinggi

Skor terendah : Jumlah Sub Indikator x Jumlah Responden x Nilai terendah

Dari formula di atas, dapat diketahui bahwa :

Tabel 1.11 Nilai Interval

	Variabel A Bukti langsung (Tangible)	Skor	Kelas Interval
1	415	7x 89 x 1 = 623	TP (1037-623)
2		7x 89 x 2 =	P (1453-1038)
3		7 x 89 x 3= 1869	SP (1869-1454)
	Variabel B Keandalan (Reliability)		
4	474	8 x 89 x 1 = 712	TP (1186-712)
5		8 x 89 x 2 =	P (1661- 1187)

6		$8 \times 89 \times 3 = 2.136$	SP (2.136-1662)
	Variabel C Daya Tanggap (Responsiveness) 296		
7		$5 \times 89 \times 1 = 445$	TP (741-445)
8		$5 \times 89 \times 2 =$	P (1038-742)
9		$5 \times 89 \times 3 = 1335$	SP (1335-1039)
	Variabel D Jaminan (Assurance) 356		
		$6 \times 89 \times 1 = 534$	TP (883-354)
		$6 \times 89 \times 2 =$	P (1254-889)
		$6 \times 89 \times 3 = 1602$	SP (1602-1246)
	Variabel E Empati (Emphaty) 96		
		$5 \times 89 \times 1 = 445$	TP (741- 445)
		$5 \times 89 \times 2 =$	P (1028-742)
		$5 \times 89 \times 3 = 1335$	SP (1335-1039)

Sumber : Data Olahan Peneliti 2018

Setelah melalui proses perhitungan maka setiap pertanyaan kuesioner dikelompokkan berdasarkan 5 pendekatan yaitu bukti langsung, keandalan, daya tanggap, jaminan dan empati. Masing- masing pendekatan tersebut diolah dengan cara dihitung menggunakan rumus di atas, lalu dibandingkan menggunakan kelas interval.

Maka akan terlihat skor masing- masing pendekatan tersebut akan masuk kedalam kelas kategori yang mana dan akan dapat disimpulkan dengan membandingkan antara 5 pendekatan tersebut mana yang lebih besar skornya dan dominan untuk mempengaruhi jawaban responden.

VI. SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka peneliti dapat menarik kesimpulan bahwa evaluasi kebijakan pelayanan kesehatan gratis (studi kasus di RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo) dengan menggunakan *mix methods* model evaluasi *output* dan *outcome* menurut islamy, dunn dan parasuraman adalah sebagai berikut:

Output Kebijakan Pelayanan Kesehatan Gratis.

A. Jumlah Pasien

Jumlah masyarakat yang terdaftar menjadi peserta Jamkeskot dan Kis di RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo adalah sebanyak 10.776 orang untuk pasien rawat jalan dan 2272 untuk pasien rawat inap.

B. Anggaran

jumlah anggaran yang terserap untuk pasien Jamkeskot dan Kis T.A 2015/2016 adalah sebesar Rp. 7.650.452.301, T.A 2016/2017 adalah sebesar Rp. 9.275.343.500 , T.A 2017/2018 adalah sebesar Rp. 8.280.553.406. Dana ini sebagai bentuk klaim (Obat, Dokter, Sarana dan Prasarana) kesehatan RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo yang sudah diterima dengan bentuk dana klaim.

1. Efektifitas (*Effectiveness*)

Hasil dalam kebijakan pelayanan kesehatan gratis di RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo lembaga yang terpilih telah melaksanakan kewajiban dengan baik, sarana dan prasarana yang dipakai dalam pelayanan kesehatan gratis sudah cukup memadai dan selalu mendapat perhatian khusus dari pemerintah kota.

2. Efisiensi (*Efficiency*).

Para tenaga ahli medis dalam penyelenggaraan kebijakan pelayanan kesehatan gratis sudah memadai berdasarkan kriteria rumah sakit kelas III. Dengan terpenuhinya 4 syarat yakni adanya dokter umum, dokter bedah, dokter penyakit dalam dan spesialis anak.

3. Kecukupan

Tujuan yang telah ditetapkan yakni kebijakan pelayanan kesehatan gratis sudah tercapai. kebijakan pelayanan kesehatan gratis ini sepenuhnya bebas biaya untuk pasien yang terdaftar menjadi pasien JAMKESKOT dan KIS kota Bandar Lampung. Pasien JAMKESKOT dan KIS disediakan obat gratis tanpa dipungut biaya sedikitpun dengan obat sesuai standar kelas III.

4. Kesamaan

Usaha lembaga kesehatan yakni Dinas Kesehatan, Rumah Sakit dan Puskesmas telah melakukan sosialisasi terhadap program kebijakan pelayanan kesehatan gratis baik secara langsung dengan masyarakat maupun media elektronik.

5. Responsivitas

Tanggapan sasaran kebijakan pelayanan kesehatan gratis sudah baik dengan bukti bahwa pemerintah selama ini memperhatikan masukan maupun kritik daripada kekurangan program.

6. Ketepatan

Ketepatan tujuan kebijakan pelayanan kesehatan gratis sudah tepat sasaran dengan kriteria

1. Masyarakat Bandar Lampung
2. Memiliki KTP dan KK

Tingkat kepuasan pasien JAMKESKOT dan KIS .

1. Pada dimensi bukti langsung (*Tangible*), dapat disimpulkan bahwa tingkat kualitas keadaan ruang rawat inap, alat medis, dan penampilan dokter dirasa sudah baik . Sehingga tingkat kepuasan pasien jamkeskot dan kis menjadi puas .

2. Pada dimensi keandalan (*Reliability*), dapat disimpulkan bahwa tingkat kepuasan pasien terhadap prosedur penerimaan pasien cepat dan tidak berbelit-belit terhadap pasien jamkeskot dan kis dirasa sudah sangat baik. Sehingga tingkat kepuasan pasien menjadi sangat puas.
3. Pada dimensi daya tanggap (*Responsiveness*), dapat disimpulkan bahwa tingkat kualitas dokter dan perawat dalam memperhatikan pasien dengan sungguh-sungguh sudah baik. Sehingga tingkat kepuasan pasien menjadi puas.
4. Pada dimensi Jaminan (*Assurance*), dapat disimpulkan bahwa tingkat kepuasan pasien terhadap sikap meyakinkan serta sopan dari dokter dan perawat sudah baik. Sehingga tingkat kepuasan pasien menjadi puas.
5. Pada dimensi empati (*Empathy*), dapat disimpulkan bahwa tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan tenaga medis dokter dan perawat dirasa sudah baik. Sehingga tingkat kepuasan pasien menjadi puas.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan maka peneliti dapat memberi saran sebagai berikut:

1. Sebagai Rumah sakit kelas III atau Tipe C RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo memang sudah memenuhi standar, namun ada baiknya

pada bagian tenaga ahli medis khususnya spesialis poli saraf, poli jantung, poli tht poli urologi disediakan dan segera meminta bantuan pemerintah kota untuk penambahan SDM, sebab pasien JAMKESKOT dan KIS sangat membutuhkan tenaga ahli medis tersebut.

2. Sebagai Rumah sakit kelas III atau Tipe C RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo

Sudah cukup baik dalam keamanan namun banyaknya keluhan pasien terhadap jam besuk yang terlalu siang yakni jam 11.00 siang, dirubah untuk dimajukan sebab keluarga pasien memiliki keperluan dan kepentingan dan pasien meminta untuk tidak terlalu ketat untuk jam keamanan.

3. Sebagai Rumah sakit kelas III atau Tipe C RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo

Sudah cukup baik dalam fasilitas sarana dan prasarana tetapi masih banyak keluhan pasien terhadap kebersihan toilet untuk lebih ditingkatkan lagi.

DAFTAR PUSTAKA

Buku:

- Abidin, Said Zainal. 2012. *Kebijakan Publik*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Agustino, Leo. 2016. *Dasar-dasar Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta.
- Arikunto, S. 2002. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Azwar, Azrul. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Creswell, John W. 2013. *Research Design Edisi 3 Pendekatan Kualitatif Kuantitatif dan Mixed*. Jakarta: Pustaka Belajar.
- Duaji, Noverman. 2013. *Manajemen Pelayanan Publik*. Lampung: Lembaga Penelitian Universitas Lampung.
- Dunn, William N. 2013. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Emzir. 2010. *Metodologi Penelitian Kualitatif Analisis Data*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Fuad, Anis dan Kandung, Sapto Nugraha. 2014. *Panduan Praktis Penelitian Kualitatif*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Herdiansyah, Haris. 2010. *Metodologi Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Idrus, M. 2009. *Metode Penelitian Ilmu Sosial*. Yogyakarta: PT. Gelora Akasara Pratama.
- Indrawan, R & Yaniawati R.P. 2014. *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dan Campuran Untuk Manajemen Pembangunan dan Pendidikan*. Bandung: PT. Refika Aditama.

- Islamy, Irfan. 2001. *Prinsip-prinsip Perumusan Kebijakan Negara*. Jakarta: Bina Aksara.
- Koentjoro, Tjahjono. 2011. *Regulasi Kesehatan di Indonesia*. Yogyakarta: C.V Andi Offset.
- Limakrisna, Nandan dan Wilhelmus, Hary Susilo. 2012. *Manajemen Pemasaran Teori dan Aplikasi dalam Bisnis*. Jakarta: Mitra Wacana Media.
- Moekijat. 1995. *Analisis Kebijakan Publik*. Bandung: Mandar Maju Publik. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Moelong, Lexy J. 2015. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Muladi, H. 2005. *Hak Asasi Manusia: Hakekat, Konsep dan Implikasinya dalam Persepektif Hukum dan Masyarakat*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Notoadmojo. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho, Riant. 2017. *Public Policy*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- Parasuraman, A. Zeithaml, V. A, & Berry, L.L. 2007. *Reassessment of Expectation as a Comparison Standard in Measuring Service Quality Implication for Future Research Journal of Marketing*
- Sabarguna, Boy Subirosa. 2011. *Peningkatan Kinerja Rumah Sakit*. Jakarta: Salemba Medika
- Santoso, Purwo. 2010. *Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada
- Sarwono, Jonathan. 2006. *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Subarsono. 2016. *Analisis Kebijakan Publik Konsep, Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suharno. 2010. *Dasar-dasar Kebijakan Publik*. Yogyakarta: UNY Press
- Sujarweni, V. Wiratna. 2014. *Metode Penelitian: Lengkap, Praktis, dan Mudah Dipahami*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Tando, Marie Naomy. 2013. *Mutu Layanan Kebidanan*. Jakarta: In Media.

Tjiptono, Fandy. 2008. *Strategi Pemasaran*. Yogyakarta: Andi..

Universitas Lampung. 2013. *Pedoman Penulisan Karya Ilmiah*. Bandar Lampung: Universitas Lampung

Sumber Lain:

Jurnal

Budiono, A. Sati Patria & Suryawati, S & Chriswardani. 2016. *Evaluasi Implementasi Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional*, Jurnal Manajemen Kesehatan, Volume 4 Nomor 1, 74-82.

Hazfiarini, A & Ernawaty. 2016. *Indeks Kepuasan Pasien BPJS Kesehatan Terhadap Pelayanan Rumah Sakit Mata Masyarakat Jawa Timur*. Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia, Volume 4 Nomor 2, 77-85.

Kusnanto, C & Lazuardi. 2013. *Dampak Kebijakan Pelayanan Kesehatan Gratis Terhadap Kepuasan Pasien Dalam Menerima Pelayanan Kesehatan Puskesmas di Kota Ambon*. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia, Volume 2 Nomor 2, 95-104.

Manage, AS Abdullah. 2012. *Analisis Implementasi Kebijakan Sistem Jaminan Pelayanan Kesehatan*. e- Journal Katagolis, Volume 1 Nomor, 49-62.

Suprianto, A. & Muharin, D. 2017. *Evaluasi Jaminan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional*. *Journal of Governance and Public Policy*, Volume 4 Nomor 1, 71-107.

Skripsi

Rani, Cut Nur Asma. 2013. *Evaluasi Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas Padang Panyang Kecamatan Kaula Pesisir Kabupaten Nagan Raya*. *Skripsi*. Universitas Teuku Umar Meulaboh Aceh Barat.

Herlinda, Sukanto. 2017. *Pengaruh Kualitas Pelayanan Pada Kepuasan Pasien di Puskesmas Rawat Inap Tanjung Mas Makmur Kabupaten Mesuji Provinsi Lampung*. *Skripsi*. UIN Allaudin Makassar

Meliana, Dewi. 2017. *Evaluasi Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kefarmasian di Apotek Rawat Jalan RSUP DR. Wahidin Sudirohusodo Makassar*. *Skripsi*. Universitas Makassar

Internet

www.inilampungku.com

www.lampung.bps.go.id

www.bpjskesehatanlampung.com

www.BandarLampungkota.bps.go.id