

**SKRIPSI**

**STUDI PERBEDAAN PERSEPSI ANTARA PASIEN BPJS DAN NON BPJS  
TERHADAP MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN DI RSUD ABDUL  
WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
WIYATA HUSADA SAMARINDA  
TAHUN 2015**

**HALAMAN PENGESAHAN**

**SKRIPSI**

**STUDI PERBEDAAN PERSEPSI ANTARA PASIEN BPJS DAN NON BPJS  
TERHADAP MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN DI RSUD ABDUL  
WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

Disusun Oleh:

**MARINA KRISTI LAYUN RINING**

11.0499.41.01

Telah dipertahankan didepan dewan penguji  
Pada tanggal 15 Agustus 2015

**SUSUNAN DEWAN PENGUJI**

1. **Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep**  
NIP:19580331.198111.2.001

(.....)

2. **DR. Hj. Nunung Herlina, S.Kp., MPd**  
NIP:19580331.198111.2.001

(.....)

3. **Ns. Amin Huda Nurarif, S.Kep**  
NIK:113072.85.09.010p

(.....)

Mengetahui,

Ketua

STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ketua Program Studi

S1 Ilmu Keperawatan  
STIKES Wiyata Husada Samarinda

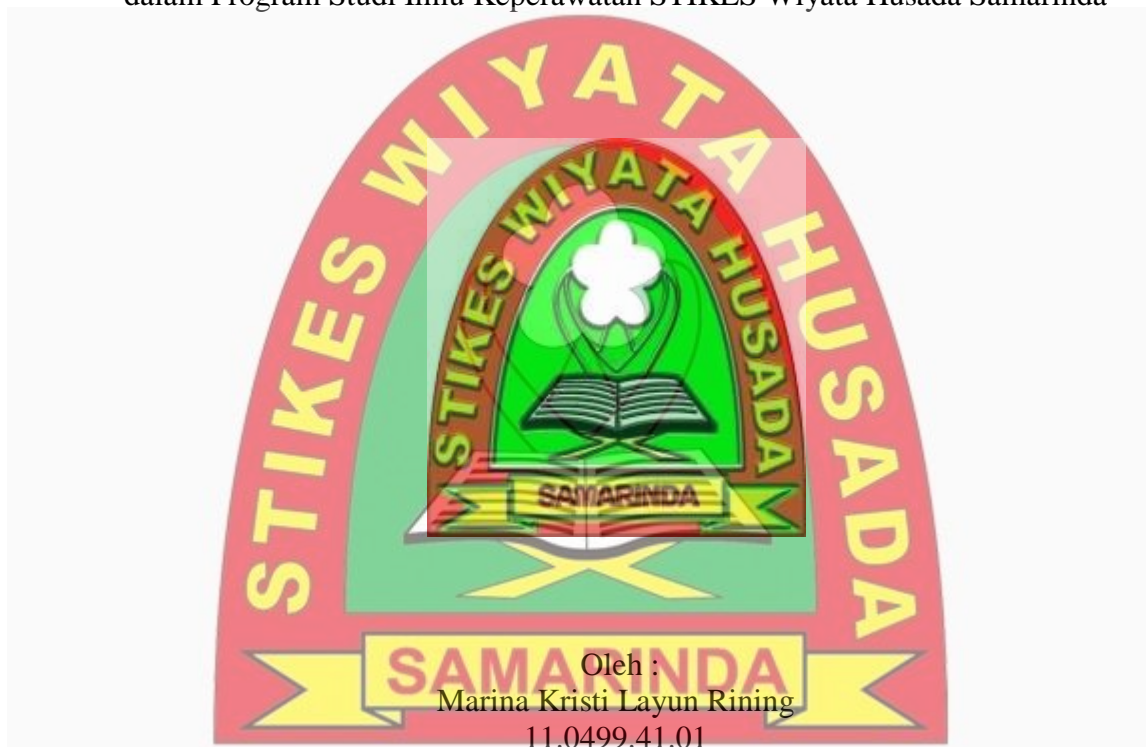
**Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep**  
NIK: 113072.74.13.045

**Ns. Sumiati Sinaga, S.Kep., M.Kep**  
NIK:113072.82.09.006

**SKRIPSI**

**STUDI PERBEDAAN PERSEPSI ANTARA PASIEN BPJS DAN NON BPJS  
TERHADAP MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN DI RSUD ABDUL  
WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

Diajukan skripsi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan  
dalam Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
WIYATA HUSADA SAMARINDA  
TAHUN 2015**

## **SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Marina Kristi Layun R

NIM : 11.0499.41.01

Judul Penelitian : Studi Perbedaan Persepsi Antara Pasien BPJS dan Non BPJS

Terhadap Mutu Pelayanan Keperawatan Di RSUD Abdul  
Wahab Sjahranie Samarinda

Menyatakan bahwa penelitian yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa terdapat plagiat dalam penelitian ini, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan Perundang-Undangan (Permendiknas No. 17, tahun 2010).



Samarinda, 15 Agustus 2015

Yang menyatakan

Marina Kristi Layun R  
NIM: 11.0499.41.01

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**SKRIPSI**

STUDI PERBEDAAN PERSEPSI ANTARA PASIEN BPJS DAN NON BPJS  
TERHADAP MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN DI RSUD ABDUL  
WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA



DR. Hj. Nunung Herlina, S.Kep., M.Pd

Amin Huda N, S.Kep., Ns

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan

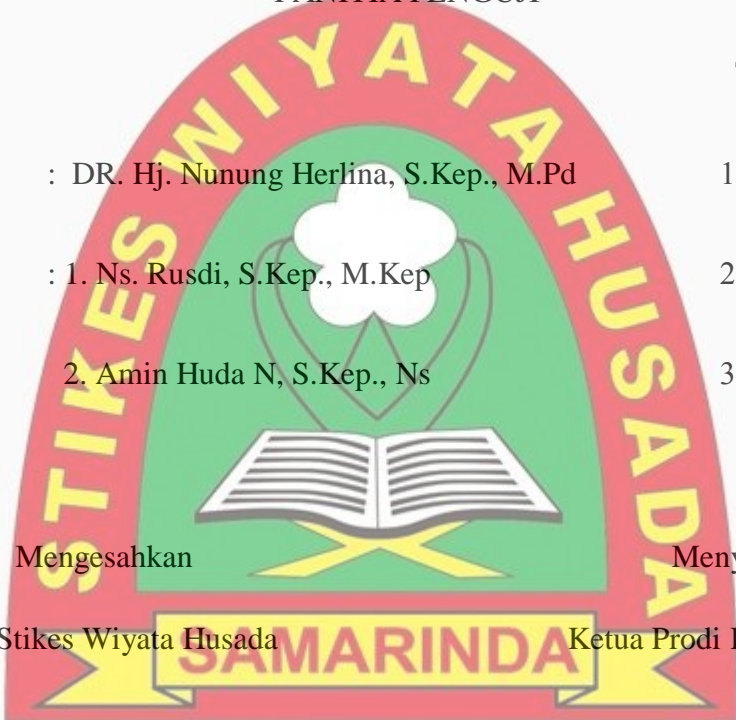
Ns.Sumiaty Sinaga, S.Kep.,M.Kep

**HALAMAN PENGESAHAN**

**HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI SEMINAR HASIL**

Untuk Skripsi ini telah diuji dan dinilai oleh Panitia Penguji  
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan  
Pada Tanggal 15 Agustus 2015

PANITIA PENGUJI

		Tanda Tangan
Ketua	: DR. Hj. Nunung Herlina, S.Kep., M.Pd	1. ....
Anggota	: 1. Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep	2. ....
	2. Amin Huda N, S.Kep., Ns	3. ....
		
	Mengesahkan	Menyetujui
	Ketua Stikes Wiyata Husada	Ketua Prodi Keperawatan

Ns. Edi Mulyono, SPd., S.Kep., M.Kep

Ns. Sumiati Sinaga, S.Kep,M.Kep

## ABSTRAK

### STUDI PERBEDAAN PERSEPSI ANTARA PASIEN BPJS DAN NON BPJS TERHADAP MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN DI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA TAHUN 2015

Marina Kristi<sup>1</sup>, Nunung Herlina<sup>2</sup>, Amin Huda<sup>3</sup>

**Latar belakang:** Meningkatnya kesadaran masyarakat akan kesehatan, mengakibatkan tuntutan peningkatan pelayanan kesehatan. Berdasarkan data yang didapat tentang daftar kunjungan pasien BPJS maupun Non BPJS di Ruang Rawat Inap Kelas III, terlihat adanya perbedaan yang sangat signifikan antara jumlah pasien pengguna jasa BPJS dan non BPJS. Pada tahun 2014 didapatkan 83,2% dari jumlah keseluruhan pasien (24.653 orang) tidak menggunakan jasa BPJS dan lebih memilih untuk membayar secara mandiri biaya perawatan di rumah sakit. Hal ini menjadi pertanyaan peneliti, apakah terdapat perbedaan mutu pelayanan keperawatan sehingga melatarbelakangi terdapat perbedaan yang sangat signifikan antara jumlah pasien pengguna BPJS dan Non BPJS di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

**Tujuan:** Mengidentifikasi perbedaan persepsi antara pasien BPJS dan Non BPJS terhadap mutu pelayanan keperawatan di Ruang Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

**Metode:** Jenis Penelitian *Deskriptif Analitik* dengan desain penelitian *Cross Sectional*, sampel penelitian terdiri dari 64 responden dan cara pengambilan sampel dengan menggunakan teknik *probability sampling*. Analisis yang digunakan adalah statistik *Uji Chi Square*.

**Hasil:** hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan persepsi antara pasien BPJS dan non BPJS terhadap mutu pelayanan keperawatan di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, dari hasil *uji Chi Square* diperoleh *p value*=0,530 dengan demikian *p value* lebih besar dari alfa 0,05 maka *H<sub>0</sub>* diterima, dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan persepsi antara pasien BPJS dan non BPJS terhadap mutu pelayanan keperawatan di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

**Kesimpulan:** Berdasarkan hasil penelitian dapat ditarik kesimpulan bahwa tidak ada perbedaan persepsi antara pasien BPJS dan non BPJS terhadap mutu pelayanan keperawatan di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

**Saran:** Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan

**Kata kunci:** Perbedaan Persepsi, Pasien BPJS dan Non BPJS, Mutu Pelayanan Keperawatan.

---

<sup>1</sup> Peneliti

<sup>2</sup> Dosen pembimbing pertama

<sup>3</sup> Dosen pembimbing kedua

## ABSTRACT

### STUDY OF THE DIFFERENCE PERCEPTION BETWEEN BPJS AND NON BPJS PATIENT ON QUALITY OF SERVICE IN NURSING IN ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA HOSPITAL 2015

Marina Kristi<sup>1</sup>, Nunung Herlina<sup>2</sup>, Amin Huda<sup>3</sup>

**Background:** Increased public awareness of the health, resulting in increased demands for health services. Based on the data obtained on the list of patient visits BPJS and Non BPJS in patient wards Class III, seen a very significant difference between the number of patients and service users BPJS and Non BPJS. In 2014 obtained 83.2% of the total number of patients (24.653 people) do not use the services BPJS and more independently choose to pay the cost of care in hospitals. It becomes a question of researchers, whether there are differences in the quality of nursing services so that the background there is a very significant difference between the number of service users BPJS and Non BPJS in Class III Wards of Hospitals Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

**Objective:** To identify differences in perceptions between patients BPJS and Non BPJS to the quality of nursing care in Class III Wards of Hospitals Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

**Methods:** *Descriptive Analytical* study with *cross sectional* study design, study sample consisted of 64 respondents and were taken by using *probability sampling* techniques. The analysis is a statistical test *Chi Square*.

**Results:** The results showed that there was no difference in perception between patients users service BPJS and Non BPJS to the quality of nursing care in Class III Wards of Hospitals Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, of the *Chi Square* test results obtained *p value* = 0.530 thus the *p value* is greater than alpha 0.05 then *Ho* is accepted, it can be concluded that there was no difference in perception between patients users service BPJS and Non BPJS to the quality of nursing care in patient wards of Class III Wards of Hospitals Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

**Conclusion:** Based on this research can be concluded that there was no difference in perception between patients users service BPJS and Non BPJS to the quality of nursing care in Class III Wards of Hospitals Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

**Advice:** this study expected to be input to improve the quality of nurshing care

**Keywords:** Differences Perception, BPJS and Non BPJS Patients, Quality Nursing Care

---

<sup>1</sup> Researcher

<sup>2</sup> The first adviser

<sup>3</sup> The second adviser

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan rahmat Nya yang selalu diberikan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Studi Perbedaan Persepsi antara Pasien BPJS dan Non BPJS Terhadap Mutu Pelayanan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”.

Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan di STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Dalam penyusunan skripsi ini, penulis mendapatkan bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu penulis menyampaikan terimakasih kepada:

1. Bapak Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep selaku ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda yang memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Dr. H. Rachim Dinata Marsidi, SpB., FINAC., M.Kes sebagai pemimpin Badan Layanan Umum Daerah RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
3. Ibu Ns. Sumiati Sinaga, S.Kep, M.Kep selaku ketua Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda yang telah memberikan fasilitas dan kesempatan untuk penulis belajar di Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.

4. Ibu DR. Hj. Nunung Herlina, S.Kep., M.Pd selaku dosen pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, arahan, saran dan meluangkan waktu untuk penulis dalam menyusun skripsi ini.
5. Bapak Amin Huda N, S.Kep., Ns selaku dosen pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, masukan, saran dan meluangkan waktu untuk penulis dalam menyusun skripsi ini.
6. Bapak Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep selaku penguji yang telah memberikan masukan, saran dan telah meluangkan waktu untuk penulis dalam menyusun skripsi ini.
7. Seluruh staf pengajar dan karyawan program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.
8. Kepada orang tua tercinta ayahanda Drs. Yunsri Y. Rining, M.si, ibunda Rosmina, S.Kep., Ns dan adik saya Krisnawati Rining sebagai motivasi terbesar penulis dalam penyelesaian skripsi ini, banyak mendoakan keberhasilan saya, dan memberikan dukungan penuh baik moril maupun materil kepada penulis.
9. Kepada yang terkasih, I Gede Aditya BC yang memberi dukungan dan motivasi dalam proses penyelesaian skripsi ini.
10. Kepada semua teman di kelas Program Studi Ilmu Keperawatan Angkatan 2011 yang selalu memberikan masukan dan motivasi.
11. Kepada sahabat terbaik penulis Yulia Andryani dan Novita Nain Titri yang selalu memberi dukungan dan semangat.

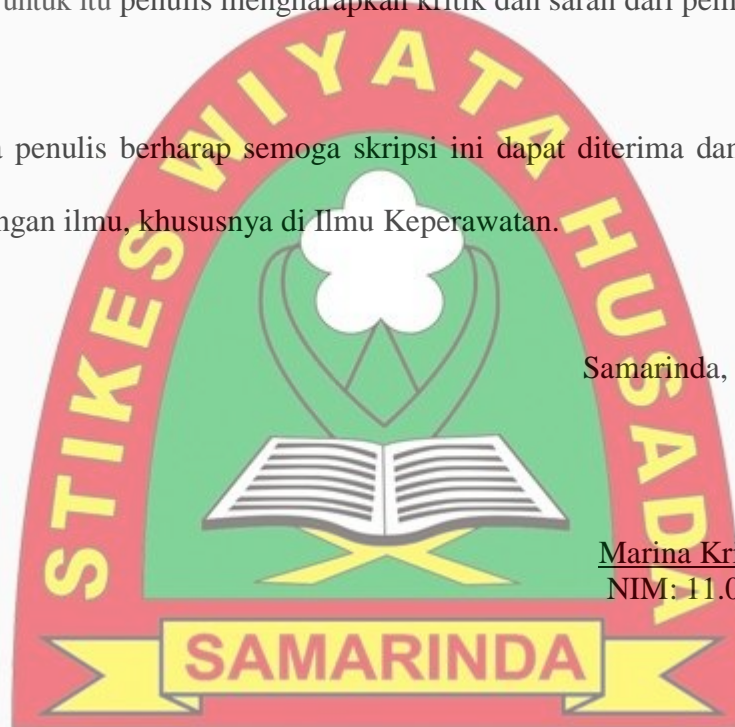
12. Serta kepada semua pasien yang di rawat di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, yang telah menjadi responden dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran dari pembaca.

Akhir kata penulis berharap semoga skripsi ini dapat diterima dan bermanfaat bagi pengembangan ilmu, khususnya di Ilmu Keperawatan.

Samarinda, 15 Agustus 2015

Marina Kristi Layun R  
NIM: 11.0499.41.01



## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>SURAT PERNYATAAN</b> .....	ii
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	iii
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	iv
<b>ABSTRAK</b> .....	v
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	x
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xiii
<b>DAFTAR SKEMA</b> .....	xiv
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
<b>A. Latar Belakang</b> .....	1
<b>B. Rumusan Masalah</b> .....	8
<b>C. Tujuan Penelitian</b> .....	8
1. Tujuan Umum.....	8
2. Tujuan Khusus.....	9
<b>D. Manfaat Penelitian</b> .....	9
1. Manfaat Teoritis.....	9
2. Manfaat Praktis.....	10
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
<b>A. Konsep Mutu Pelayanan Keperawatan</b> .....	11
1. Pengertian Mutu.....	11
2. Pelayanan Kesehatan.....	16
3. Keperawatan.....	27
4. Mutu Pelayanan Keperawatan.....	36

<b>B. Konsep Persepsi Pasien</b> .....	39
1. Prinsip Dasar Persepsi.....	39
2. Persepsi Pasien.....	40
<b>C. Konsep BPJS</b> .....	44
1. Pengertian BPJS.....	44
2. Peserta atau Pasien BPJS.....	44
3. Pendaftaran Sebagai Peserta BPJS.....	46
4. Pelayanan Kesehatan yang Tidak Dijamin oleh BPJS.....	51
5. Pasien Non BPJS.....	52
<b>D. Penelitian Terkait</b> .....	53
<b>E. Kerangka Teori</b> .....	55
<b>BAB III KERANGKA KONSEPTUAL, HIPOTESA DAN DEFINISI OPERASIONAL</b>	
<b>A. Kerangka Konsep</b> .....	56
<b>B. Hipotesis</b> .....	56
<b>C. Definisi Oprasional</b> .....	58
<b>BAB IV METODOLOGI PENELITIAN</b>	
<b>A. Desain Penelitian</b> .....	59
<b>B. Populasi Dan Sampel</b> .....	59
1. Populasi.....	59
2. Sampel.....	60
3. Teknik Sampling.....	62
<b>C. Tempat Dan Waktu Penelitian</b> .....	62
<b>D. Alat Pengumpulan Data</b> .....	62
1. Isntrumen Penelitian.....	62
2. Uji Validitas dan Reabilitas.....	64
<b>E. Prosedur Pengumpulan Data</b> .....	69
<b>F. Teknik Pengolahan Data</b> .....	70
1. <i>Editing</i> .....	71

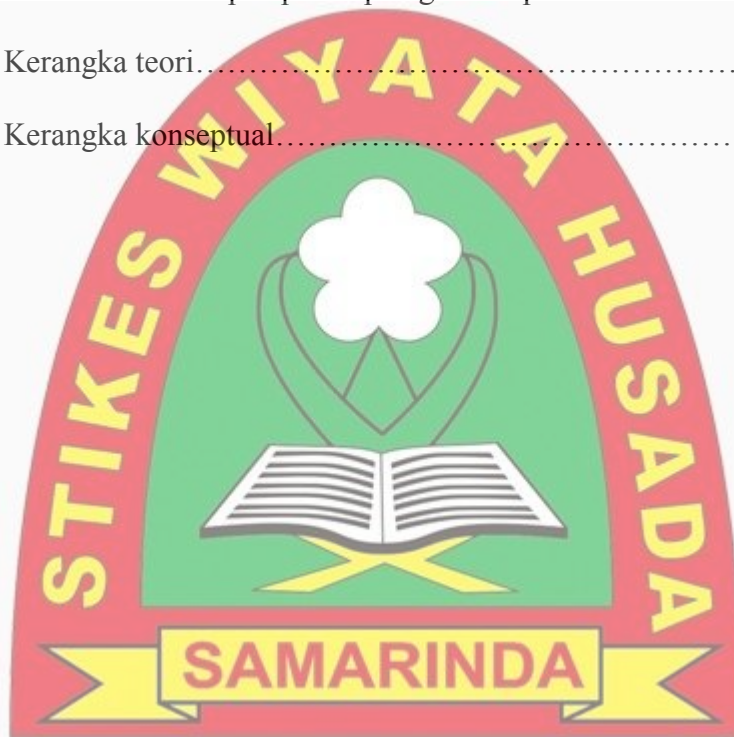
2. <i>Coding</i> .....	72
3. <i>Processing</i> .....	72
4. <i>Cleaning</i> .....	72
<b>G. Analisa Data</b> .....	72
1. Analisis Univariat.....	73
2. Analisis Bivariat.....	74
<b>H. Etika Penelitian</b> .....	75
1. <i>Informed Consent</i> .....	75
2. <i>Anonymity</i> .....	76
3. <i>Confidentiality</i> .....	76
<b>BAB V HASIL PENELITIAN</b>	
<b>A. Gambaran Umum Tempat Penelitian</b> .....	77
<b>B. Hasil Uji Normalitas Data</b> .....	78
<b>C. Hasil Analisis Univariat</b> .....	79
<b>D. Hasil Analisis Bivariat</b> .....	84
<b>BAB VI PEMBAHASAN</b>	
<b>A. Analisis Univariat</b> .....	86
<b>B. Analisis Bivariat</b> .....	94
<b>C. Keterbatasan Penelitian</b> .....	99
<b>BAB VII PENUTUP</b>	
<b>A. Kesimpulan</b> .....	100
<b>B. Saran</b> .....	101
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Kelas rawat inap di tanggung BPJS kesehatan.....	65
Tabel 3.1 Definisi operasional.....	58
Tabel 4.1 Kisi-kisi instrument penelitian variabel independen.....	63
Tabel 4.2 Kisi-kisi instrument penelitian variabel dependen.....	64
Tabel 4.3 Nilai Uji Validitas Kuesioner Mutu Pelayanan Keperawatan.....	66
Tabel 4.4 Nilai Uji Validitas Kuesioner Persepsi Pasien.....	66
Tabel 5.1 Distribusi Statistik Deskriptif Variabel Mutu Pelayanan Keperawatan dan Persepsi Pasien BPJS dan Non BPJS.....	77
Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Umur.....	78
Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	79
Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	79
Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Mutu Pelayanan Keperawatan.....	80
Tabel 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Pasien BPJS dan Non BPJS.....	81
Tabel 5.7 Analisis Perbedaan Persepsi Antara Pasien BPJS dan Non BPJS Terhadap Mutu Pelayanan Keperawatan.....	82

## DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 2.1 Konsep efektif dan efisien.....	21
Skema 2.2 Bagan lokasi kesenjangan layanan kesehatan.....	22
Skema 2.3 Variabel mutu di perspektif petugas dan pasien.....	23
Skema 2.4 Kerangka teori.....	55
Skema 3.1 Kerangka konseptual.....	56



## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Surat Permohonan Responden.....	A-1
Lampiran 2 Surat Persetujuan Responden.....	B-1
Lampiran 3 Format Pengumpulan Data.....	C-1
Lampiran 4 Kuesioner Persepsi Pasien BPJS dan Non BPJS terhadap Pelayanan Keperawatan.....	C-2
Lampiran 5 Kuesioner Mutu Pelayanan Keperawatan.....	C-3
Lampiran 6 Hasil Uji Univariat.....	D-1
Lampiran 7 Hasil Uji Normalitas.....	E-1
Lampiran 8 Hasil Uji Validitas.....	F-1
Lampiran 9 Hasil Uji Bivariat.....	G-1
Lampiran 10 Gann Chart Skripsi.....	H-1

# BAB I

## PENDAHULUAN


### A. Latar Belakang

Meningkatnya kesadaran masyarakat akan kesehatan, mengakibatkan tuntutan peningkatan pelayanan kesehatan. Salah satu upaya mengantisipasi keadaan tersebut dengan menjaga kualitas pelayanan, sehingga perlu dilakukan upaya terus menerus agar dapat diketahui kelemahan dan kekurangan jasa pelayanan kesehatan. Kualitas pelayanan merupakan suatu bentuk penilaian konsumen (pasien) terhadap tingkat pelayanan yang diterima dengan tingkat layanan yang diharapkan. Mutu pelayanan kesehatan yang diberikan menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dan tuntutan setiap pasien, makin sempurna kebutuhan dan tuntutan setiap pasien, makin baik pula mutu pelayanan kesehatan (Azwar, 1996).

Kualitas adalah *conformance to requirement*, yaitu sesuai dengan yang disyaratkan atau distandarkan dimana sesuai dengan kebutuhan pasar atau konsumen dan dapat memberikan kepuasan sepenuhnya kepada konsumen, yaitu sesuai dengan apa yang diharapkan konsumen atas suatu produk (Crosby, Deming, Feigenbeum dalam Nasution, 2004).

Dalam perkembangannya, Berry, dan Parasuraman menyederhanakan dari kesepuluh dimensi menjadi lima faktor dominan yang berhubungan dengan dimensi kepuasan. Kelima faktor tersebut terdiri: *Reability* (kehandalan),

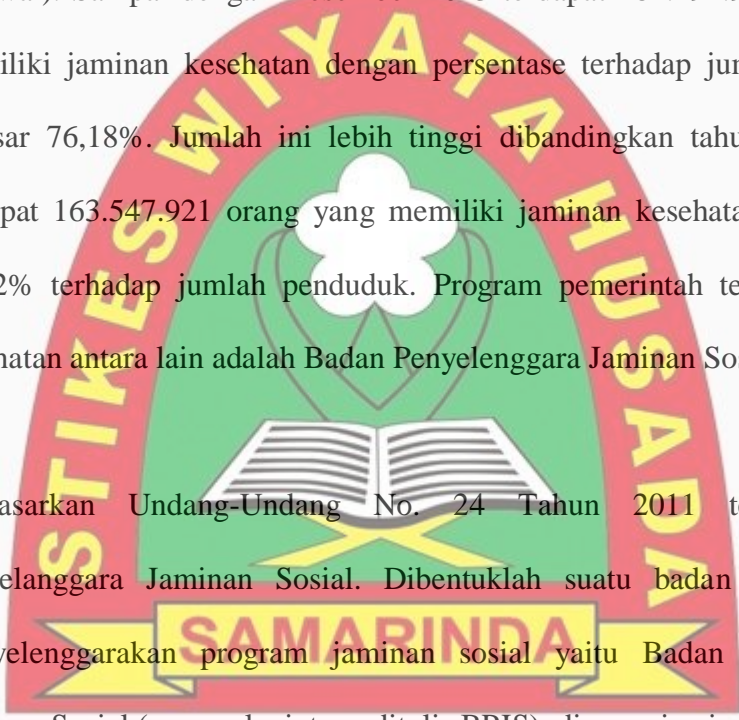
merupakan kemampuan untuk melakukan pelayanan sesuai dengan yang dijanjikan dengan segera, akurat, dan memuaskan. *Assurance* (jaminan), yaitu pengetahuan, kesopanan petugas serta sifatnya yang dapat dipercaya, sehingga pelanggan dapat terbebas dari risiko. *Tangible* (bukti langsung), meliputi fasilitas fisik, perlengkapan kariawan, dan sarana komunikasi. *Emphaty* yaitu rasa peduli untuk memberikan perhatian secara individual kepada pelanggan, memahami kebutuhan pelanggan, serta kemudahan untuk dihubungi. *Responsiveness* (daya tanggap) yaitu kemampuan untuk menolong pelanggan dan ketersediaan untuk melayani pelanggan dengan baik (Muninjaya, 2001). Mutu pelayanan tentunya mempengaruhi pembangunan di bidang kesehatan.

The logo of ST Keskinjaya Samarinda is a circular emblem. It features a central white flower-like symbol above an open book. The emblem is set against a green background and is framed by a red arch. The text 'ST KESKINJAYA SAMARINDA' is written in yellow capital letters along the top and sides of the arch. A yellow banner at the bottom of the arch contains the word 'SAMARINDA' in red capital letters.

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan memerlukan komponen pembiayaan. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan. Pembiayaan kesehatan terdiri dari pembiayaan bersumber pemerintah dan pembiayaan bersumber masyarakat.

Pembiayaan kesehatan harus mampu menjamin kesinambungan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna bagi pembangunan kesehatan, sehingga meningkatkan derajat

kesehatan masyarakat setinggi-tingginya dapat terlaksana. Sumber pembiayaan kesehatan berasal dari pemerintah, pemerintah daerah, masyarakat, swasta dan sumber lain. Sesuai Undang-Undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, anggaran kesehatan pemerintah daerah Provinsi, Kabupaten/Kota memiliki alokasi minimal sepuluh persen dari total Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) di luar gaji (belanja pegawai). Sampai dengan Desember 2013 terdapat 181.292.912 orang yang memiliki jaminan kesehatan dengan persentase terhadap jumlah penduduk sebesar 76,18%. Jumlah ini lebih tinggi dibandingkan tahun 2012 ketika terdapat 163.547.921 orang yang memiliki jaminan kesehatan atau sebesar 66,82% terhadap jumlah penduduk. Program pemerintah tentang Jaminan kesehatan antara lain adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

The logo of STIKES Niyata Husada Samarinda is a circular emblem. It features a green background with a white flower-like symbol at the top and an open book at the bottom. The text 'STIKES NIYATA HUSADA' is written in yellow along the top inner edge of a red border, and 'SAMARINDA' is written in yellow on a banner at the bottom. The text in the paragraph is overlaid on this logo.

Berdasarkan Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Dibentuklah suatu badan hukum untuk menyelenggarakan program jaminan sosial yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (yang selanjutnya ditulis BPJS), dimana jaminan sosial adalah suatu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

BPJS merupakan lembaga yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia menurut Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara

Jaminan Sosial. Setiap warga negara Indonesia dan warga asing yang sudah berdiam di Indonesia selama minimal enam bulan wajib menjadi anggota BPJS. Dengan diberlakukannya program BPJS, masyarakat menanggapi dengan cara yang berbeda. Ada yang mendukung ada pula yang tidak.

Beberapa penelitian telah dilakukan untuk mengetahui persepsi serta tanggapan pasien/masyarakat dalam mendapatkan pelayanan jasa kesehatan lewat program BPJS. Sebagian besar dari penelitian tersebut menyatakan pelayanan kesehatan dalam program BPJS sudah baik. Seperti yang tertulis dalam jurnal (Widyasih, 2014) dengan judul “Persepsi Masyarakat Terhadap Pelayanan BPJS Di RS. Islam Kendal”, terdapat 45,5% dari responden menyatakan puas dan 15,9% responden menyatakan sangat puas akan pelayanan baik dari segi administrasi dan pelayanan kesehatan serta sikap komunikatif yang baik dari petugas di RS. Islam Kendal. Begitu pula, dinyatakan dari penelitian yang dilakukan di RSUD LakiPadada Tana Toraja, dimana dari kelima aspek kepuasan pasien terhadap kualitas pelayanan yaitu *reability, assurance, tangibles, empathy, responsiveness*, 75,5% responden menyatakan puas (Winda, 2013).

Persepsi dapat didefinisikan sebagai makna yang kita pertalikan berdasarkan pengalaman masa lalu, stimuli (rangsangan) yang kita terima melalui lima indra (Stanton et al, dalam Setiadi, 2010). Persepsi dari setiap individu dalam menanggapi suatu obyek, sangat beragam sesuai dengan faktor-faktor yang

mempengaruhinya. Seperti contoh dalam menerima pelayanan keperawatan saat dirawat di Rumah Sakit, setiap individu memiliki sudut pandang yang berbeda dalam memberikan penilaian apakah suatu pelayanan yang mereka dapatkan sudah baik atau kurang baik.

Pelayanan keperawatan adalah profesional, yaitu praktik keperawatan yang dilakukan oleh perawat didasarkan atas profesi keperawatan. Ciri dari praktik keperawatan profesional secara umum adalah memiliki otonomi, bertanggung jawab dan bertanggung gugat (*accountability*), menggunakan metode ilmiah, berdasarkan standar praktik dan kode etik profesi, dan mempunyai aspek legal (Arwani & Supriyatno, 2006). Adapun pendapat lain terhadap pelayanan kesehatan dalam program BPJS, dalam jurnal yang berjudul “Hubungan Mutu Pelayanan BPJS terhadap Kepuasan Pasien” pada studi yang dilakukan oleh peneliti didapatkan 27 dari 30 pasien berpendapat kurang puas tentang ketentuan dan persyaratan yang ditetapkan untuk menggunakan jasa BPJS, dikarenakan pembatasan sarana prasarana yang diberikan seperti penarikan biaya saat memasuki IGD di RS Dr. Ramelan Surabaya. Adanya ketentuan beberapa pelayanan kesehatan yang tidak di jamin oleh BPJS, serta masih ditemukan keluhan dimana pengguna BPJS mengeluhkan terlalu lama waktu yang diperlukan untuk mengurus persyaratan BPJS saat mereka hendak berobat, dimana dulu mereka bisa langsung menuju poli klinik yang mereka tuju tetapi dengan adanya BPJS mereka merasa lebih lama untuk menuju poli atau tempat berobat yang

mereka tuju. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti, terdapat 70% pengunjung atau pasien mengeluh proses administrasi yang lebih panjang serta lebih banyak data yang diperlukan untuk mendapat pelayanan BPJS. (Mustika, 2014).

Penelitian serupa akan dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, dimana berdasarkan data jumlah pasien rawat inap setiap tahunnya mengalami peningkatan terhitung dari tahun 2012-2014. Data tersebut memuat jumlah pasien rawat inap di kelas I, II, dan III. Ruang rawat inap kelas I dari tahun 2012-2014. Jumlah pengguna Jasa BPJS mengalami penurunan setiap tahunnya, sedangkan pada pasien non BPJS pada tahun 2013 mengalami peningkatan jumlah namun pada tahun 2014 kembali lagi mengalami penurunan hingga 22,33% dari tahun sebelumnya. Ruang rawat inap kelas II dari tahun 2012-2014 jumlah pengguna Jasa BPJS mengalami peningkatan pada tahun 2013 namun mengalami penurunan kembali pada tahun 2014 tetapi tidak signifikan, sedangkan pada pasien non BPJS dari tahun 2012 mengalami peningkatan jumlah hingga 51% pada tahun 2013, namun kembali mengalami penurunan pada tahun 2014 sebanyak 30% dibandingkan dengan tahun 2013. Ruang rawat inap kelas III dari tahun 2012-2014 jumlah pengguna jasa BPJS dari tahun 2012 mengalami penurunan hanya 2% di tahun 2013, namun mengalami peningkatan yang drastis hingga 3 kali lipat dari jumlah pasien di tahun 2014. Sedangkan pada pasien non BPJS pada tahun 2013 mengalami pertambahan jumlah hingga 11,76% (dari

19.012 orang menjadi 21.231 orang) dan mengalami penurunan jumlah di tahun 2014 sebanyak 3,38% (20.512 orang). Pada data yang tercantum, didapatkan bahwa terdapat perbedaan yang sangat signifikan antara jumlah pasien pengguna jasa BPJS dan non BPJS pada ruang rawat inap kelas III, di tahun 2014 didapatkan 83,2% dari jumlah keseluruhan pasien tidak menggunakan jasa BPJS dan lebih memilih untuk membayar secara mandiri biaya perawatan di rumah sakit. Seperti yang kita ketahui, sasaran dari Pemerintah adalah menyediakan pelayanan kesehatan yang gratis bagi masyarakat miskin dan kurang mampu agar masyarakat tetap mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan yang dibutuhkannya tanpa terhalang kendala biaya. Hal ini bertolak belakang dengan data yang didapat, dimana pasien kelas III lebih cenderung memilih untuk membayar biaya perawatan di Rumah Sakit tanpa menggunakan jasa BPJS, dimana tagihan Rumah Sakit akan ditanggung oleh pemerintah. Hal ini menjadi pertanyaan peneliti, apakah yang melatarbelakangi sehingga terdapat perbedaan yang sangat signifikan antara jumlah pasien pengguna BPJS dan Non BPJS di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Berdasarkan dari berbagai sudut pandang, penelitian-penelitian terdahulu serta data yang didapat, peneliti menganggap penting untuk mengetahui persepsi pengguna BPJS dan Non BPJS terhadap mutu pelayanan keperawatan di Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## B. Rumusan Masalah

Berdasarkan program pemerintah dalam menaikkan derajat kesehatan masyarakat, dibuatlah program BPJS sebagai badan hukum yang menjamin masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak sebagai bentuk pemenuhan kebutuhan hidup dasar.

Berbagai penelitian dilakukan di rumah sakit diberbagai tempat di Indonesia, untuk mengidentifikasi persepsi masyarakat akan kualitas pelayanan kesehatan setelah program BPJS ini berjalan. Namun, kita perlu tahu pandangan dari masyarakat yang tidak menggunakan BPJS dan membiayai secara mandiri pelayanan kesehatan yang ia dapatkan di rumah sakit, terhadap pelayanan kesehatan yang ia peroleh. Pandangan dari pengguna BPJS dan non BPJS sangat perlu sebagai bahan evaluasi dan motivasi agar pelayanan kesehatan lebih baik lagi dan dapat memuaskan masyarakat. Dengan demikian, masalah penelitian ini adalah perbedaan persepsi pasien BPJS dan Non BPJS terhadap mutu pelayanan keperawatan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## C. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi perbedaan persepsi antara pasien BPJS dan non BPJS terhadap mutu pelayanan keperawatan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik pasien BPJS dan Non BPJS di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- b. Mengidentifikasi persepsi pasien BPJS terhadap mutu pelayanan keperawatan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- c. Mengidentifikasi persepsi pasien Non BPJS terhadap mutu pelayanan keperawatan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- d. Menganalisis perbedaan persepsi pasien BPJS dan non BPJS terhadap mutu pelayanan keperawatan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## D. Manfaat Penelitian

### 1. Manfaat Teoritis

#### a. Instansi Pendidikan

- 1) Menjadi latar belakang dan dasar teori bagi penelitian selanjutnya di masa yang akan datang.
- 2) Menjadi sumber informasi tambahan mengenai persepsi masyarakat yang menggunakan BPJS dan yang tidak menggunakan BPJS terhadap mutu pelayanan keperawatan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

b. Mahasiswa

Menambah wawasan dan pemahaman tentang persepsi masyarakat tentang mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit baik yang menggunakan jasa BPJS maupun non BPJS.

2. Manfaat Praktis

a. Instansi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

- 1) Mengetahui bagaimana mutu pelayanan keperawatan pada pasien BPJS dan Non BPJS.
- 2) Memberikan informasi dan sebagai bahan pertimbangan dalam rangka mengevaluasi dan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan baik pada pasien BPJS dan Non BPJS.

b. Tenaga Perawat di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

- 1) Sebagai bahan evaluasi dalam pemberian pelayanan kesehatan pada pasien.
- 2) Sebagai motivasi dalam menambah mutu dalam pemberian pelayanan keperawatan.

c. Pasien

Mengetahui persepsi pasien BPJS maupun Non BPJS dalam menerima pelayanan keperawatan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, diharapkan pasien mampu menjadi lebih objektif sebagai konsumen.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Mutu Pelayanan Keperawatan

##### 1. Pengertian Mutu

Wijono (1999) mendefinisikan mutu sebagai adanya kecocokan dalam penggunaan, hal ini yang berarti:

- a. Mutu sebagai kesempurnaan produk dimana semakin sempurna suatu produk, maka produk itu akan dianggap baik mutunya
- b. Mutu sebagai produk yang bebas dari kekurangan dimana semakin sedikit kekurangan dianggap baik mutunya.

Menurut Kotler (1997) Mutu atau kualitas pada umumnya dapat diukur (*tangible*) namun mutu jasa pelayanan agak sulit diukur, karena umumnya bersifat subyektif, sebab menyangkut kepuasan seseorang, bergantung pada persepsi, latar belakang, sosial ekonomi, norma, pendidikan, budaya, bahkan kepribadian seseorang. Terdapat lima determinan kualitas jasa/pelayanan yang dapat dirinci sebagai berikut:

- a. Kehandalan (*reliability*)

Kemampuan untuk melaksanakan jasa yang dijanjikan dengan tepat terpercaya, dapat dilihat dari:

- 1) Proses penerimaan pasien yang cepat dan tepat.

- 2) Pelayanan pemeriksaan, pengobatan yang cepat dan tepat.
- 3) Jadwal pelayanan dijalankan dengan tepat.
- 4) Prosedur pelayanan yang tidak berbelitbelit.

b. Ketanggapan (*responsiveness*)

Kemampuan untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa cepat dapat dilihat dari:

- 1) Kemauan petugas untuk cepat tanggap menyelesaikan keluhan pasien
- 2) Petugas memberikan informasi yang jelas, mudah dimengerti.
- 3) Tindakan cepat pada saat pasien membutuhkan.

c. Keyakinan (*assurance*)

Pengetahuan, kemampuan dan kesopanan pemberi jasa untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan terlihat dari:

- 1) Pengetahuan dan kemampuan petugas menetapkan *problematic* pasien.
- 2) Ketrampilan petugas dalam bekerja.
- 3) Pelayanan yang sopan dan ramah.
- 4) Jaminan keamanan pelayanan dan kepercayaan terhadap pelayanan.

d. Perhatian (*empathy*)

Perhatian pribadi yang diberikan pada pelanggan terlihat dari:

- 1) Memberikan perhatian secara khusus kepada setiap pasien
- 2) Perhatian terhadap keluhan pasien dan keluarga.
- 3) Pelayanan pada semua pasien tanpa memandang status sosial.

e. Penampilan (*Tangible*).

- 1) Penampilan fisik, peralatan serta personil.
- 2) Kebersihan, kerapian dan kenyamanan ruangan.
- 3) Penataan eksterior dan interior.
- 4) Kelengkapan, kesiapan dan kebersihan alat-alat yang dipakai.
- 5) Kerapian dan kebersihan penampilan petugas.

Dr. Juan mendefinisikan mutu sebagai penyesuaian untuk digunakan oleh pelanggan. Ia berfokus pada tiga proses utama mutu:

- a. Kendali mutu dan rangkaian mutu
- b. Perbaikan mutu dan rangkaian terobosan
- c. Perencanaan mutu dan program mutu tahunan

Kendali mutu mengatasi penyebab-penyebab khusus (penyebab yang tidak umum atau sporadis). Rangkaian terobosan ini mengatasi penyebab kronis atau penyebab umum yang melibatkan upaya besar dan inisiatif yang inovatif untuk menyelesaikan berbagai masalah sistem. Program mutu tahunan meliputi perencanaan atau pelaksanaan perbaikan dan evaluasi berbagai upaya mutu minimal sekali dalam setahun. Dr. Juran juga meminta perbaikan berkesinambungan dan menyarankann agar proyek mutu diperbaiki satu per satu. Di setiap titik waktu, sejumlah proses dan masalah

secara bersamaan ditangani oleh proses perbaikan yang dipimpin oleh manajer. Dr. Juran telah menerbitkan banyak buku mengenai mutu.

Philip B Crosby, pengarang buku *Quality is Free, Quality without Tears, Leading and Commitment*. Dr. Crosby adalah orang yang menghidupkan kembali konsep “zero defect”. Ia menetapkan empat ‘keharusan’ dalam mutu:

- a. Definisi mutu adalah kepatuhan pada persyaratan. Ia menyatakan bahwa pihak manajemenlah yang bertanggung jawab dalam menentukan persyaratan yang harus dipatuhi menurut kebutuhan nyata pelanggan.
- b. Mutu dihasilkan dari suatu sistem yang disebut sebagai ‘pencegahan’. Proses pencegahan itu harus diawali oleh suatu mekanisme yang mendeteksi area-area masalah potensial dan menyusun metode untuk mencegah masalah tersebut terjadi. Konsep itu jelas memiliki dampak langsung pada upaya penghematan biaya karena mencegah masalah agar tidak terjadi, atau mendeteksi lebih awal sebelum mereka terjadi, akan membantu organisasi menghemat biaya penyelesaian masalah tersebut.
- c. Standar kinerja adalah tidak membuat kesalahan. Crosby yakin bahwa ketidakpatuhan merupakan hal yang tidak dapat diterima, dan kesalahan dapat dihindari. Ia juga tidak membenarkan perusahaan tertentu yang menggunakan sistem AQL dapat menimbulkan persepsi yang salah pada pekerja dan konsumen eksternal bahwa berbuat

kesalahan dalam batas tertentu dapat diterima sehingga mutu kinerja seseorang, meskipun sebenarnya tidak sesuai standar, akan dimaklumi oleh setiap orang sebagai mutu kinerja yang masih dapat diterima.

- d. Ketidapatuhan terhadap standar mengakibatkan perlu dilakukan langkah penilaian mutu. Sekali lagi, hal itu secara langsung terkait dengan penekanan biaya karena produk yang tidak bermutu menyebabkan masalah dan akibatnya sejumlah uang harus dikeluarkan untuk mengatasi masalah tersebut. Kemudian banyak biaya terbuang untuk mendeteksi masalah (biaya evaluasi) guna mencegah masalah tersebut terjadi kembali (biaya kegagalan).

Mutu merupakan hal yang sangat kompleks dalam pemberian pelayanan, sehingga munculah berbagai pandangan mengenai mutu. Oleh karena itu, untuk mendefinisikan mutu, seseorang dapat merujuk pada beberapa definisi yang menyatakan konsep dengan paling jelas. Berikut ini adalah beberapa definisi tersebut:

- a. “Mutu adalah kepatuhan terhadap persyaratan atau spesifikasi.”- Philip Crosby, 1978.
- b. “Mutu adalah melakukan hal yang benar sejak pertama kali dan melakukannya lebih baik lagi pada saat yang berikutnya.” –Al-Assaf, 1993.

- c. “Mutu adalah satu tahap saat layanan kesehatan memengaruhi peluang *outcome* pasien yang optimal.” –*American Medical Association, 1991.*
- d. “Mutu adalah memenuhi persyaratan yang diminta konsumen, baik konsumen internal maupun eksternal, dalam hal layanan dan produk yang bebas cacat.” –*IBM, 1982.*
- e. “Mutu adalah menyediakan konsumen kita dengan produk yang inovatif dan layanan yang sepenuhnya memuaskan permintaan mereka.” –*Xerox, 1983.*
- f. “Mutu merupakan suatu proses pemenuhan kebutuhan dan harapan konsumen, baik internal maupun eksternal. Mutu juga dapat dikaitkan sebagai suatu proses perbaikan yang bertahap dan terus-menerus.” –*Al-Assaf, 1998.*

## 2. Pelayanan Kesehatan

Setiap mereka yang terlibat di dalam layanan kesehatan, seperti pasien, masyarakat dan organisasi masyarakat, profesi layanan kesehatan, dinas kesehatan, dan pemerintah daerah, pasti mempunyai pandangan yang berbeda tentang unsur apa yang penting dalam mutu layanan kesehatan. Perbedaan perspektif tersebut antara lain disebabkan oleh terdapatnya perbedaan dalam latar belakang, pendidikan, pengetahuan, pekerjaan, pengalaman, lingkungan, dan kepentingan.


Setiap orang akan menilai mutu layanan kesehatan berdasarkan standar atau karakteristik/kriteria yang berbeda-beda. Salah satu kesulitan dalam merumuskan pengertian satu layanan kesehatan adalah karena mutu layanan kesehatan itu sangat melekat dengan faktor-faktor subyektivitas orang yang berkepentingan, baik pasien/konsumen, pemberi layanan kesehatan (*provider*), penyandang dana, masyarakat, ataupun pemilik sarana layanan kesehatan.

a. Perspektif mutu layanan kesehatan

1) Perspektif pemberi pelayanan (*provider*)

Mutu layanan kesehatan tidak hanya pada layanan medis, tetapi juga orang yang secara tidak langsung terlibat di dalamnya. Oleh karena itu, mutu dibedakan atas *technical and interpersonal care* serta *amenity* (Donabedian, 1980). *Technical care* terkait dengan ilmu kedokteran, keperawatan, dan kesehatan masyarakat; sedangkan *interpersonal care* adalah komunikasi pemberi jasa dan penerima jasa untuk membantu upaya berjalannya *technical care*. *Interpersonal care* lebih ke arah *art* dan *technical care* adalah *sains*. Di samping kedua dimensi, ada dimensi ketiga yaitu *amenity* (kenyamanan ruangan, makanan, kebersihan ruangan, waktu tunggu pemeriksaan, dan seterusnya).

Pemberi layanan kesehatan (*provider*) mengaitkan layanan kesehatan yang bermutu dengan ketersediaan peralatan, prosedur kerja atau protokol, kebebasan profesi dalam setiap melakukan layanan kesehatan sesuai dengan teknologi kesehatan mutakhir, dan bagaimana keluaran (*outcome*) atau hasil layanan kesehatan itu.



Komitmen dan motivasi pemberi layanan kesehatan bergantung pada kemampuannya dalam melaksanakan tugas dengan cara yang optimal. Sebagai profesi layanan kesehatan, perhatiannya terfokus pada dimensi kompetensi teknis, efektifitas, dan keamanan. Profesi layanan kesehatan membutuhkan dan mengharapkan adanya dukungan teknis, administratif, dan layanan pendukung lainnya yang efektif serta efisien dalam menyelenggarakan layanan kesehatan yang bermutu tinggi.

2) Perspektif pasien/masyarakat

Pasien/masyarakat melihat layanan kesehatan yang bermutu sebagai suatu layanan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan yang dirasakannya dan diselenggarakan dengan cara yang sopan dan santun, tepat waktu, tanggap dan mampu menyembuhkan keluhannya serta mencegah berkembangnya atau meluasnya penyakit.

Pandangan pasien/masyarakat ini sangat penting karena pasien yang merasa puas akan mematuhi pengobatan dan mau datang berobat kembali. Dimensi mutu layanan kesehatan yang berhubungan dengan kepuasan pasien dapat memengaruhi kesehatan masyarakat dan kesejahteraan masyarakat.

Pasien/masyarakat sering menganggap bahwa dimensi efektifitas, akses, hubungan antar manusia, kesinambungan, dan kenyamanan sebagai suatu dimensi mutu layanan kesehatan yang sangat penting.

Pemberi layanan kesehatan harus memahami status kesehatan dan kebutuhan layanan kesehatan masyarakat yang dilayaninya dan mendidik masyarakat tentang layanan kesehatan dasar dan melibatkan masyarakat dalam menentukan bagaimana cara yang paling efektif menyelenggarakan layanan kesehatan. Masyarakat tidak akan mampu menilai dimensi kompetensi teknis dan tidak mengetahui layanan kesehatan apa yang dibutuhkannya. Agar dapat menjawab pertanyaan tersebut, perlu dibangun suatu hubungan yang saling percaya antara pemberi layanan kesehatan atau *provider* dengan pasien/masyarakat.

b. Elemen layanan jasa kesehatan

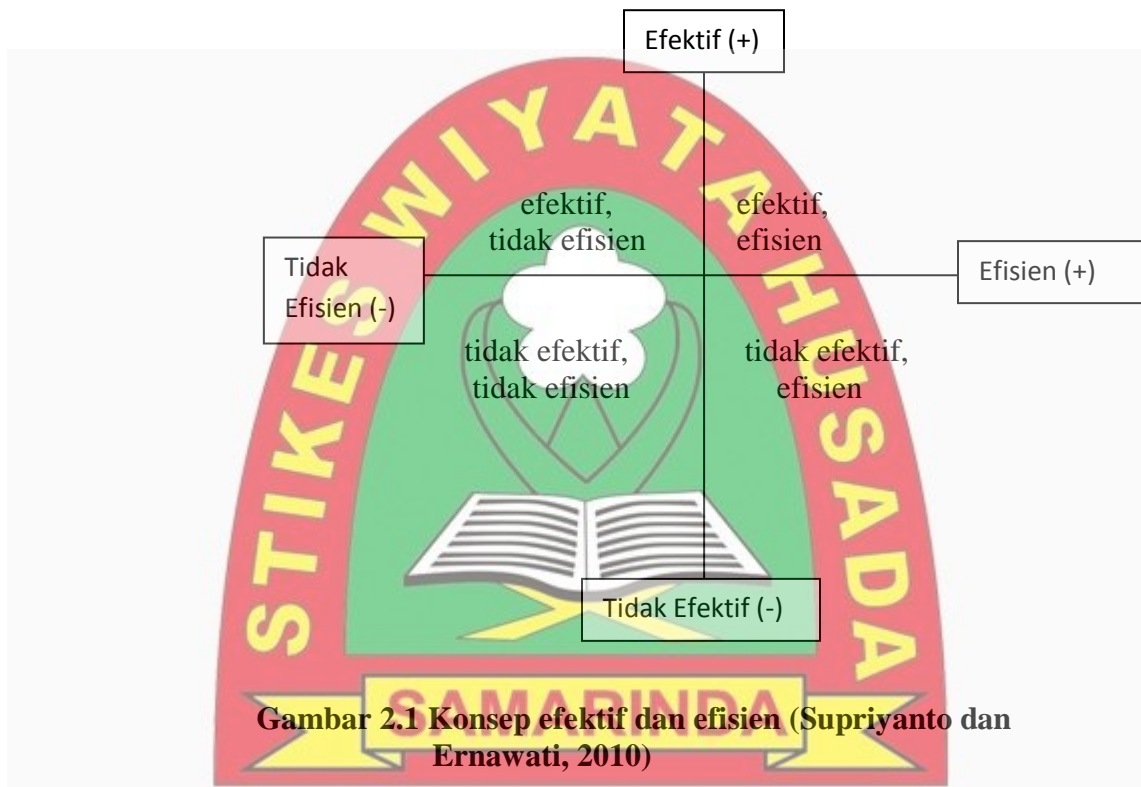
Tiga elemen layanan Jasa, yaitu 1) *technical care*, 2) *interpersonal care*, dan 3) *amenity*. Donabedian (1980) menjelaskan model hubungan evaluasi dan pengukuran mutu.

Dalam layanan kesehatan, mutu fokus pada dua kegiatan, yaitu *doing the right thing* (efektifitas) *and doing thing right* (efisiensi) dan *making continueus improvement* (Leebove W.L., Scott G., 1994).

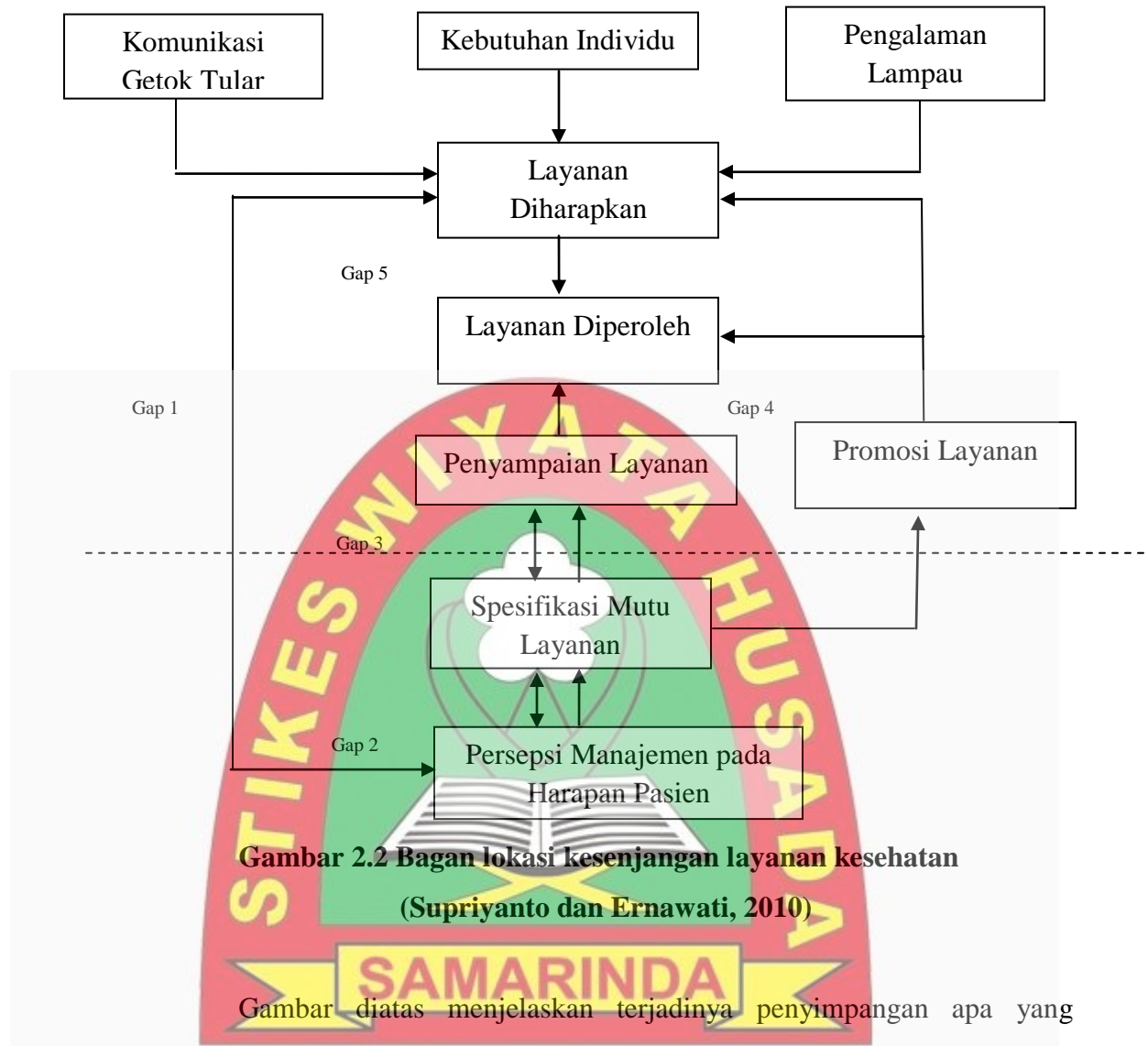
Dari perspektif manajemen dan konsep sistem, elemen kunci mutu dapat dikaitkan dengan efisiensi dan efektifitas. Mutu dikaitkan pula pada masing-masing komponen sistem, seperti mutu *input*, proses, keluaran, dan *outcome*.

Efisiensi terkait dengan proses layanan sesuai dengan standar pelayanan minimal atau standar mutu (*standart operation procedure*). Alatnya akurat dan digunakan secara benar. Efektifitas terkait akan pencapaian tujuan berupa keluaran dan hasil (efek) yang diharapkan atau direncanakan. Alat memiliki efektifitas tinggi bila keluaran dan hasil yang dicapai tinggi.

Hasil klinik yang optimal merupakan dambaan klien dan keluarganya, meskipun kenyataanya mereka tidak dapat menilai hasil klinik karena keterbatasan pengetahuan mereka. Namun, dengan SOP yang benar berdasarkan kebutuhan klien, kita dapat memuaskan klien.

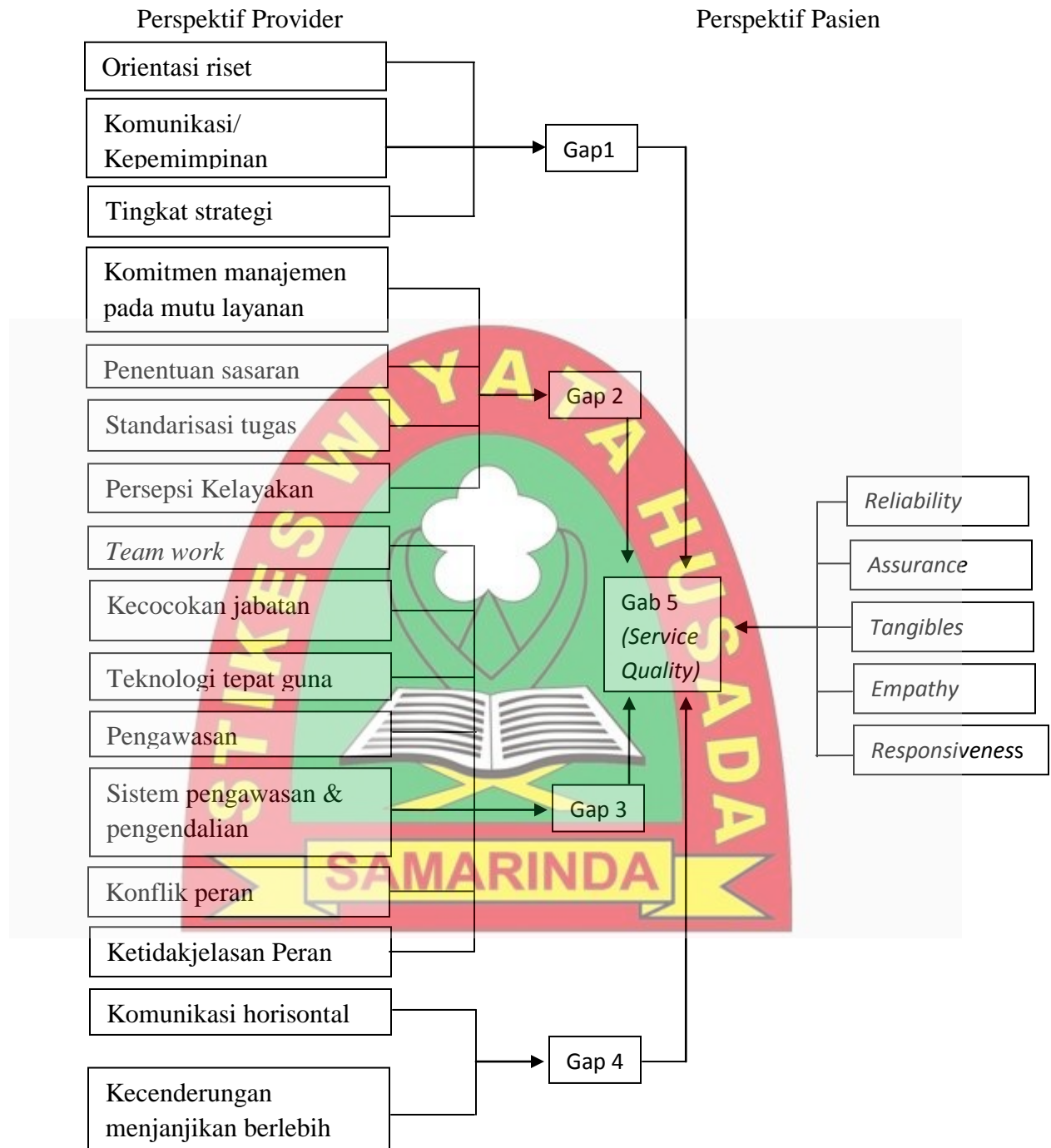


Gambar 2.1 Konsep efektif dan efisien (Supriyanto dan Ernawati, 2010)



**Gambar 2.2** Bagan lokasi kesenjangan layanan kesehatan  
(Supriyanto dan Ernawati, 2010)

Gambar diatas menjelaskan terjadinya penyimpangan apa yang dipersepsikan oleh pemberi pelayanan dan pengguna jasa. Gambar menjelaskan pula faktor determinan yang memengaruhi persepsi harapan pengguna pelayanan dan cara pemberi layanan menerjemahkan harapan menjadi pelayanan yang ia sediakan. (Zeithaml A., Parasuraman A., 1990).



**Gambar 2.3** Variabel mutu dari perspektif petugas dan pasien (Zeithaml A., Parasuraman A., 1990).

Indikator perspektif pengguna dikenal pula sebagai indikator mutu layanan yang terdiri atas:

1) *Reability*

*Reability is the ability to perform the desired service dependably, accurately and consistently. Dependable* berarti produk atau jasa yang dapat disampaikan dapat diandalkan, dipercaya, dan dapat dipertanggung jawabkan. *Accurately* berarti produk atau jasa yang disampaikan tepat sesuai dengan yang dijanjikan (ingat akan arti inti produk/jasa). *Consistently* berarti secara terus menerus produk/jasa yang disampaikan sesuai dengan janji yang pernah diberikan oleh pemberi pelayanan.

2) *Assurance*

*Assurance is employee's knowledge, courtesy and ability to convey trust and confidence. Courtesy* berarti dalam menyampaikan produk atau jasa disertai rasa hormat dan sopan. Kemudian, proses penyampaian dapat pula menimbulkan rasa percaya dan yakin akan jaminan sembuh. Indikatornya adalah informasi tentang penyakit, informasi tindakan, dan prognose penyakit.

3) *Tangibles*

*Tangibles* adalah tampilan fisik fasilitas, alat, dan tenaga. Tampilan fisik fasilitas antara lain kebersihan, penerangan, dan kebisingan

ruang. Tampilan tenaga dapat dimulai dari kerapihan pakaian dan keramahan.

#### 4) *Empathy*

*Empathy* adalah kesediaan pemberi jasa untuk mendengarkan dan adanya perhatian akan keluhan, kebutuhan, keinginan, dan harapan pasien. Indikatornya adalah mendengarkan keluhan pasien dengan saksama, perhatian pada kondisi pasien, menyampaikan informasi cara minum obat, memberi informasi untuk kunjungan ulang, dan lain-lain.

#### 5) *Responsiveness*

*Responsiveness* adalah kemauan untuk menyediakan pelayanan dengan cepat dan mau membantu pasien. Indikatornya adalah:

- a) Waktu tunggu diloket serta waktu tunggu mendapatkan pelayanan medis, apotik, atau laboratorium.
- b) Ketepatan datang bila dibutuhkan.

#### c. Masalah mutu layanan

Zeithaml dan Parasuraman (1990) menjelaskan adanya kesenjangan persepsi pemberi pelayanan dan pengguna layanan.

#### 1) *Gap 5*

Kesenjangan pertama dikenal sebagai *Gap 5* terjadi pada saat konsumen mendapatkan pelayanan yang tidak sesuai dengan

harapannya. Penyebabnya adalah pemberi layanan langsung (*contractor*) belum berfokus pelanggan.

#### 2) *Gap 1*

Kesenjangan kedua disebut *Gap 1* dan terjadi ketika manajemen mempersepsikan harapan konsumen. Tetapi tidak sesuai dengan harapan konsumen. Penyebabnya adalah tidak ada kebijakan mutu. Manajemen tidak melakukan riset mutu layanan, manajemen belum berfokus pelanggan, dan layanan prima belum menjadi tujuan layanan. *Quality assurance* dan total *quality management* belum menjadi kebutuhan. Manajemen proses layanan yang berdasarkan *technical quality* dari aspek ilmu medis dan keperawatan.

#### 3) *Gap 2*

Kesenjangan ketiga disebut *Gap 2*, saat bagian bisnis (*strategic business unit*) tidak memiliki standar layanan minimal. Penyebabnya adalah perusahaan tidak memiliki kebijakan untuk layanan prima dan fokus pelanggan, sehingga bagian bisnis unit semuanya sendiri. Unit bisnis tidak ada standardisasi tugas (SOP), sementara komitmen dan fokus pelanggan rendah.

#### 4) *Gap 3*

Kesenjangan keempat atau *Gap 3* terjadi bila bagian fungsional atau bagian layanan langsung dengan konsumen tidak dapat bekerja sebagai tim, teknologi tidak tepat guna atau rendah, pengawasan

dan pengendalian mutu lemah, kemampuan (*knowledge, skill, emosi, dan sarana*) tidak cukup memadai untuk memberi layanan standar minimal.

5) *Gap 4*

Kesenjangan kelima, atau *Gap 4*, terjadi bila apa yang dipromosikan tidak bisa ditepati oleh rumah sakit atau menjadikan hal yang berlebihan di luar kemampuannya. Aflisasi dan koordinasi sesama tim lemah.

**3. Keperawatan**

**a. Pengertian Keperawatan**

Keperawatan adalah komponen utama dalam sistem pelayanan kesehatan, dan perawat merupakan kelompok pekerja yang paling besar dalam sistem tersebut. Pelayanan keperawatan diperlukan oleh setiap klien yang mencari jenis perawatan yang sesungguhnya, mencakup perawatan primer, sekunder, tersier dan restoratif. Karena keperawatan merupakan bagian penting dalam sistem pelayanan kesehatan, maka perawat perlu memahami sistem yang ada agar mampu memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas secara efektif di dalam sistem tersebut. Setiap perawat yang pada saat sedang bekerja perlu menghargai bahwa pelayanan kesehatan adalah sebuah bisnis. Keberhasilan bisnis pelayanan kesehatan bergantung pada partisipasi perawat dalam menciptakan sistem yang diperlukan untuk

memberi perawatan dengan biaya yang efektif dan menciptakan strategi untuk memastikan bahwa klien akan menerima perawatan yang berkualitas.

#### **b. Tingkat Perawatan Kesehatan**

Perawatan kesehatan diberikan dalam tiga tingkatan: perawatan primer, perawatan sekunder atau akut, dan perawatan tersier. Setiap tingkat memiliki struktur untuk mengatur dan memberi pelayanan kesehatan. Sebagai contoh, perawatan primer cenderung diberikan ditempat praktik dokter dan di klinik-klinik masyarakat dan perawatan tersier umumnya diberikan di rumah sakit dan di berbagai fasilitas rehabilitasi.

Selain itu, ada tiga tingkatan pencegahan yang membantu menjelaskan perilaku sehat klien pada beberapa tahap sakit yang berbeda. Klien mungkin akan menerima satu tingkat pelayanan ketika klien berpartisipasi dalam tingkat pencegahan yang berbeda, bergantung pada kerumitan pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya. Perawat mempunyai tanggung jawab yang penting untuk memberikan perawatan pada klien dalam seluruh tingkat dan untuk menentukan tindakan pencegahan. Tingkat pelayan kesehatan dan tingkat pencegahan ditentukan sebagai berikut:

- 1) Perawat primer: perawatan primer merupakan kontak awal yang dibuat oleh klien dengan suatu episode penyakit yang memerlukan serangkaian tindakan untuk menyelesaikan masalah-masalah kesehatan yang aktual maupun potensial. Termasuk dalam pemberi pelayanan kesehatan primer antara lain ahli penyakit dalam, ahli penyakit anak, ahli kandungan, dan perawat praktisi. Tempat-tempat pemberian pelayanan primer antara lain tempat praktik dokter, klinik yang dikelola oleh perawat, sekolah dan tempat-tempat pelayanan kesehatan kerja.
- 2) Pencegahan primer: ditujukan untuk meningkatkan kesehatan dan melindungi dari penyakit. Pencegahan primer dilaksanakan sebelum penyakit termanifestasi melalui tanda dan gejala. Peningkatan kesehatan mencakup pemberian nutrisi yang baik dan perhatian terhadap perkembangan kepribadian.
- 3) Perawatan sekunder: perawatan sekunder mencakup pemberian pelayanan medis khusus oleh dokter spesialis atau oleh rumah sakit yang dirujuk oleh dokter spesialis atau oleh rumah sakit yang dirujuk oleh dokter perawatan primer. Klien telah mengalami tanda dan gejala yang dapat dikenali baik tanda dan gejala yang bersifat diagnosa atau yang memerlukan tindakan diagnostik lebih jauh. Tempat-tempat perawatan sekunder antara lain rumah sakit dan klinik rawat jalan.

4) Pencegahan sekunder: bertujuan untuk mempertahankan kesehatan klien yang mengalami masalah kesehatan, komplikasi atau kecacatan. Pencegahan sekunder dilakukan selama periode patogenesis setelah suatu penyakit termanifestasi dalam tanda dan gejala. Ada dua tingkat pencegahan sekunder yaitu diagnosa dini dan tindakan yang tepat dan perawatan akut.

5) Perawat tersier: suatu tindakan keperawatan yang memerlukan spesialisasi dalam teknik yang tinggi untuk menentukan diagnosa dan mengobati masalah kesehatan yang rumit atau masalah kesehatan yang tidak biasa terjadi. Klien yang memerlukan perawatan tersier biasanya mengalami kondisi patologis yang luas dan sering kali disertai dengan komplikasi.

6) Pencegahan tersier: berhubungan dengan rehabilitasi dan cara mengembalikan klien kepada status fungsi yang maksimal dalam keterbatasann yang diakibatkan oleh penyakit dan ketidakmampuan. Tingkat pencegahan ini terjadi setelah suatu penyakit menyebabkan kerusakan yang luas, misalnya seperti pada kasus stroke.

Dengan adanya reformasi pelayanan kesehatan, pelayanan primer dan pencegahan primer mendapat perhatian yang lebih besar. Keperawatan mempunyai kesempatan untuk memberi kepemimpinan dan pada

masyarakat dan pada sistem pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk menyatukan berbagai sumber agar dapat memberi pelayanan yang lebih baik bagi masyarakat. Keberhasilan peningkatan pemberian perawatan primer ditentukan oleh kemampuan untuk menemukan berbagai strategi yang berhasil mengubah perilaku klien dan menghubungkan klien dengan sumber-sumber yang ada sehingga dapat dicapai gaya hidup yang lebih sehat.

**c. Pelayanan Perawatan Kesehatan**

Berbagai jenis pelayanan perawatan kesehatan yang disediakan bagi klien dan keluarga bergantung pada luasnya masalah kesehatan dan tingkat perawatan yang dibutuhkan. Jenis pelayanan yang ditawarkan sering kali bergantung pada tempat dimana kita mencari pelayanan kesehatan.

1) Peningkatan kesehatan dan pencegahan

Pelayanan peningkatan kesehatan adalah kunci untuk pelayanan perawatan kesehatan berkualitas. Dengan mempertahankan individu sehat, seluruh biaya perawatan kesehatan akan menurun. Perawatan pencegahan juga meningkatkan aktivitas peningkatan kesehatan, termasuk program pendidikan kesehatan khusus, yang dibuat untuk membantu klien menurunkan risiko sakit, mempertahankan fungsi yang maksimal, dan meningkatkan kebiasaan yang berhubungan dengan kesehatan yang baik.

Aktivitas peningkatan kesehatan dapat dilakukan pada berbagai tempat.

Pencegahan penyakit merupakan komponen penting dalam pelayanan kesehatan. Pencegahan penyakit adalah suatu bentuk pelayanan yang akan membantu klien dan keluarga menurunkan faktor risiko terhadap penyakit.

### 2) Perawatan primer

Perawatan primer melibatkan klien secara langsung dan biasanya merupakan kontak awal dengan pemberi perawatan primer, misalnya dokter atau perawat praktisi. Perawatan primer berfokus pada deteksi dini dan perawatan rutin. Pelayanan perawatan primer harus dapat diakses dengan mudah oleh klien, baik di daerah tempat tinggalnya maupun di tempat kerjanya.

Keberhasilan perawatan primer ditentukan oleh pemahaman terhadap nilai-nilai tentang kesehatan yang diyakini oleh klien dan penggunaan strategi yang menghormati buday dan sumber-sumber sosioekonomi klien. Hal tersebut merupakan hal penting untuk mencegah atau membatasi episode sakit klien.

### 3) Diagnosis dan tindakan

Dahulu diagnosa dan tindakan pengobatan penyakit merupakan pelayanan dalam sistem perawatan kesehatan yang digunakan

paling umum. Kedua bentuk pelayanan tersebut dapat diberikan pada berbagai tempat perawatan primer. Tetapi, bila klien telah mengalami masalah komplikasi dan pemberi layanan kesehatan tidak mampu merawat kondisi tertentu, maka diperlukan tenaga spesialis medis. Biasanya, pelayanan sekunder diberikan pada tempat pelayanan akut yang memerlukan biaya yang cukup mahal, terutama bila klien menunda berobat sampai gejala yang dialami klien berkembang.

Klien dengan komplikasi yang serius atau yang menderita penyakit kronik memerlukan perawatan berkelanjutan dan secara teratur berobat kerumah sakit. *Episode* akut penyakit yang memerlukan perawatan dirumah sakit sering menggunakan prosedur diagnosis yang canggih dan prosedur terapeutik yang rumit, dan semuanya membutuhkan biaya yang sangat mahal.

Dengan adanya reformasi biaya kesehatan, ada perhatian yang lebih besar untuk menentukan apakah penggunaan prosedur diagnostik berteknologi tinggi perlu dilakukan untuk semua kasus yang ada. Prosedur tersebut membutuhkan biaya mahal dan penguanaanya mungkin tidak akan memberi kontribusi terhadap perawatan yang lebih berkualitas atau hasil yang lebih baik.

Pada sisi yang positif, kemajuan teknologi dan komputer menyebabkan prosedur diagnostik yang dilakukan dapat meningkatkan peluang untuk menentukan diagnose yang lebih dini. Banyak tes diagnostik baru yang bersifat noninvasif dan tidak menyebabkan nyeri. Lebih jauh lagi, saat ini tindakan diagnostic dapat dibawa ke hadapan klien; rumah sakit telah dilengkapi dengan mobil van yang berisi peralatan diagnostik sinar-x dan memberikan pelayanan ditempat-tempat seperti pusat perbelanjaan dan perpustakaan umum.

Metode perawatan juga semakin berkembang karena adanya kemajuan teknologi dan ilmu pengetahuan. Klien dapat menerima pengobatan yang lebih baru dan inovatif berdasarkan penelitian yang paling mutakhir. Pengobatan berbagai penyakit juga semakin meluas keluar dari rumah sakit dan institusi lain dan dapat dilakukan di rumah. Jika pengobatan dilakukan dalam institusi pelayanan kesehatan, perawat mengajarkan klien dan keluarga untuk melengkapi rencana pengobatannya di rumah dan di tempat-tempat rawat jalan.

#### 4) Rehabilitasi

Rehabilitasi adalah usaha pemulihan seseorang untuk mencapai fungsi normal atau mendekati normal setelah mengalami sakit

fisik atau mental, cedera atau penyalahgunaan zat kimia. Dulu, rehabilitasi terutama diberikan hanya untuk klien yang mengalami penyakit atau perlukaan pada system saraf, tetapi system pemberian pelayanan kesehatan telah memperluas jangkauan pelayannya. Saat ini, pelayanan rehabilitasi khusus, seperti program rehabilitasi kardiovaskuler dan pulmonal, dapat membantu klien dan keluarga untuk menyesuaikan diri dengan perubahan gaya hidup yang perlu dilakukan dan belajar melakukan fungsi dengan keterbatasan akibat penyakitnya. Pelayanan rehabilitasi mengawali masuknya klien ke dalam sistem pelayanan kesehatan. Pada awalnya, rehabilitasi mungkin berfokus pada pencegahan komplikasi yang berhubungan dengan penyakit atau cedera yang dialami. Bila kondisi sudah semakin stabil, maka rehabilitasi dapat dilakukan untuk memaksimalkan fungsi dan tingkat kemandirian klien.

#### 5) Perawatan berkelanjutan

Pelayanan keperawatan berkelanjutan memberikan perawatan suportif yang terus-menerus untuk klien dengan masalah kesehatan kronik dan berjangka panjang. Perawatan ini terdiri dari pelayanan yang diberikan untuk klien dengan cacat fisik dan penyakit mental. Perawatan medis yang berkelanjutan tidak diperlukan untuk menjaga klien agar tetap berfungsi dan aktif.

Klien dan keluarga diberikan berbagai alternatif yang memungkinkan klien berada tetap di rumah. Rumah sakit psikiatri harian menawarkan program terapeutik baik individu maupun kelompok klien selama satu hari kerja. Klien akan menerima terapi secara terus menerus dan dapat kembali kerumahnya pada malam hari. Banyak jenis pelayanan keperawatan berkelanjutan, misalnya pusat perawatan harian geriatric dan perawatan terminal, yang dapat mengurangi beban keluarga untuk memberikan sejumlah dukungannya bagi orang yang mereka cintai.

#### 4. Mutu Pelayanan Keperawatan

Mutu pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata serata penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi (Azwar, 1996).

Pengertian mutu pelayanan kesehatan (Wijono, 1999) adalah: Penampilan yang sesuai atau pantas (yang berhubungan dengan standar) dari suatu intervensi yang diketahui aman, yang dapat memberikan hasil kepada masyarakat yang bersangkutan dan yang telah mempunyai kemampuan untuk menghasilkan pada kematian, kesakitan, ketidakmampuan dan kekurangan gizi.

Pelayanan perawatan di rumah sakit merupakan bagian integral dari pelayanan rumah sakit secara menyeluruh, yang sekaligus merupakan tolok ukur keberhasilan pencapaian tujuan rumah sakit, bahkan sering menjadi faktor penentu citra rumah sakit di mata masyarakat. Keperawatan sebagai suatu profesi di rumah sakit yang cukup potensial dalam menyelenggarakan upaya mutu, karena selain jumlahnya yang dominan juga pelayanannya menggunakan metode pemecahan masalah secara ilmiah melalui proses keperawatan.

Asuhan keperawatan meliputi:

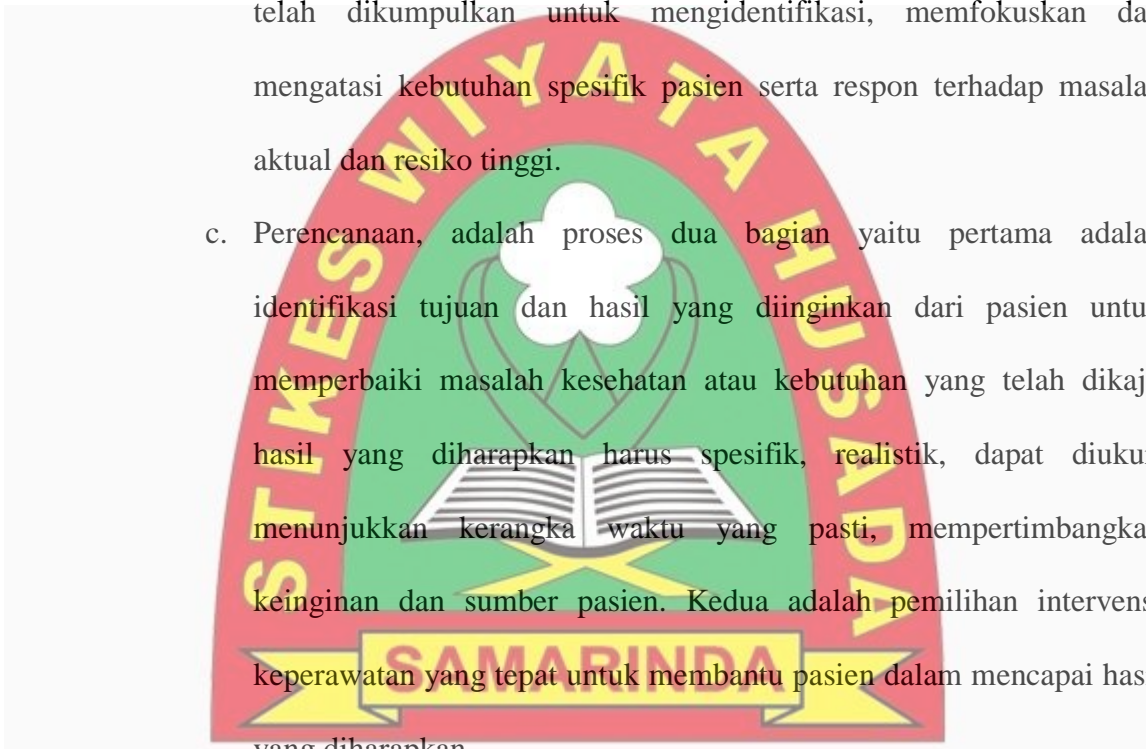
- a. Pelayanan keperawatan (*Nursing Service*) adalah seluruh fungsi, tugas, kegiatan dan tanggung jawab yang dilaksanakan oleh seorang perawat dalam praktek profesinya.
- b. Asuhan keperawatan (*Nursing Care*) adalah suatu pelayanan keperawatan langsung berupa bantuan, bimbingan, penyuluhan, pengawasan atau perlindungan yang diberikan oleh seorang perawat untuk memenuhi kebutuhan pasien

Menurut Doenges (2000) menyebutkan proses keperawatan adalah proses yang terdiri dari 5 tahap yang spesifik, yaitu:

- a. Pengkajian, adalah pengumpulan data yang berhubungan dengan pasien secara sistematis, meliputi fisik, psikologi, sosiokultural,

spiritual, kognitif, kemampuan fungsional, perkembangan ekonomi dan gaya hidup. Pengkajian mencakup data yang dikumpulkan melalui wawancara, pengumpulan riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, laboratorium dan diagnosa serta melihat kembali catatan sebelumnya.

- b. Identifikasi Masalah/Diagnosa Keperawatan, adalah analisa data yang telah dikumpulkan untuk mengidentifikasi, memfokuskan dan mengatasi kebutuhan spesifik pasien serta respon terhadap masalah aktual dan resiko tinggi.
- c. Perencanaan, adalah proses dua bagian yaitu pertama adalah identifikasi tujuan dan hasil yang diinginkan dari pasien untuk memperbaiki masalah kesehatan atau kebutuhan yang telah dikaji, hasil yang diharapkan harus spesifik, realistik, dapat diukur, menunjukkan kerangka waktu yang pasti, mempertimbangkan keinginan dan sumber pasien. Kedua adalah pemilihan intervensi keperawatan yang tepat untuk membantu pasien dalam mencapai hasil yang diharapkan.
- d. Implementasi, adalah melakukan tindakan dan mendokumentasikan proses keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan.
- e. Evaluasi, adalah menentukan kemajuan pasien terhadap pencapaian hasil yang diharapkan dan respon pasien terhadap keefektifan intervensi keperawatan. Kemudian mengganti rencana keperawatan jika diperlukan.



## B. Konsep Persepsi Pasien

### 1. Prinsip Dasar Persepsi

Persepsi adalah proses di mana sel penerima dibangkitkan dan mentransmisikan informasi ke pusat otak dinamakan sensasi. Semua sensasi diawali dari stimulus dan lingkungan, entah eksternal atau internal, dalam bentuk energi yang mampu membangkitkan sistem saraf. Sensasi mengubah energi luar ke dalam proses neurofisiologis internal yang “menghasilkan” pengalaman psikologis tertentu.

Jumlah minimum energi fisik yang diperlukan individu untuk memperhatikan stimulus disebut ambang absolut (*absolute threshold*). Ambang perbedaan adalah level terendah dari stimulasi yang dibutuhkan untuk merasakan adanya perubahan dalam stimulasi. Adaptasi sensoris (*sensory adaptation*) adalah tendensi sistem sensor (indra) untuk lebih sedikit merespon stimuli yang berlangsung tanpa perubahan.

Untuk setiap indra (pengelihatannya, pendengaran, penciuman, rasa, dan indra peraba), jalur neural disekret biasanya membawa informasi indriawi, semacam sinyal, ke daerah tertentu di otak. Sifat dari sensasi tergantung pada area otak yang diaktifkan oleh sinyal itu. Misalnya, stimuli elektrik di korteks visual primer, yang berada di occipital lobes di otak, menghasilkan sensasi visual, sedangkan warna adalah proses yang berbasis tiga fungsi

organ berbentuk contong (*cone*) yang ada di retina mata. Masing-masing merespon gelombang cahaya, tetapi masing-masing terfokus pada satu titik pada spektrum cahaya. Jadi, “contong” untuk gelombang cahaya pendek bertanggung jawab atas sensasi warna biru, sedang organ untuk gelombang menengah untuk warna hijau, dan gelombang panjang untuk merah. Dengan membaurkan ketiga warna primer ini, hampir semua orang bisa mendeteksi sekitar 1.000 warna (Brown & Wald, 1964). Ketika seseorang mendeteksi bau, informasi dari penerima akan mengalir langsung ke bagian “*olfactory*” primer. Reseptor rasa terdiri dari dua jalur. Jalur pertama berhubungan dengan korteks “*gustatory*” primer di otak, yang menyebabkan orang bisa mendeteksi rasa. Reseptor kedua berhubungan dengan sistem “*limbic*” otak, yang dapat menimbulkan respon emosional dan behavioral.

Proses yang mengorganisasikan berbagai sensasi menjadi pola yang bermakna dinamakan persepsi. Ahli fisiologi mengatakan bahwa persepsi melibatkan aktivasi area asosiasi dalam korteks, dan mengintegrasikan pengetahuan sebelumnya dengan sensasi yang baru

## 2. Persepsi Pasien

Persepsi merupakan suatu proses dimana individu melakukan pengorganisasian terhadap stimulus yang diterima kemudian diinterpretasikan, sehingga seseorang dapat menyadari dan mengerti tentang apa yang diterima dan hal ini dipengaruhi pula oleh pengalaman-pengalaman

yang ada pada diri yang bersangkutan, dalam kamus umum Bahasa Indonesia persepsi didefinisikan sebagai proses seseorang untuk mengetahui beberapa hal melalui panca indranya atau penerimaan langsung/tanggapan dari suatu serapan.

Sedangkan Robbins dalam buku Perilaku Organisasi mendefinisikan persepsi sebagai suatu proses yang ditempuh individu untuk mengorganisasikan dan menafsirkan kesan-kesan indra mereka agar memberikan makna bagi lingkungan mereka. Bagaimanapun juga apa yang dipersepsikan orang dapat berbeda dari kenyataan yang obyektif, karena ada beberapa yang dapat mempengaruhi persepsi seseorang.

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap persepsi adalah sebagai berikut:

a. Pelaku Persepsi

Bila seseorang memandang suatu obyek dan mencoba penafsiran itu sangat dipengaruhi oleh karakteristik pribadidari pemersepsi yang mencakup sikap, motif, kepentingan, pengalaman dan pengharapan.

b. Target/obyek

Karakteristik dari target yang diamati dapat mempengaruhi apa yang dipersepsikan karena target tidak dipandang dalam keadaan terisolasi, namun obyek yang berdekatan akan cenderung dipersepsikan bersama-

sama. Faktor pada target mencakup hal-hal baru, gerakan, bunyi, ukuran, latar belakang, dan kedekatan.

c. Situasi

Selain kedua hal tersebut situasi berpengaruh pula terhadap persepsi individu. Situasi ini mencakup waktu, keadaan/tempat kerja, dan keadaan sosial, dengan melihat hal-hal tersebut di atas, maka akan disampaikan beberapa teori yang berhubungan dengan ketiga hal tersebut.

Pengertian perilaku konsumen (dalam hal ini pasien) dapat didefinisikan sebagai tindakan-tindakan yang dilakukan oleh individu, kelompok atau organisasi yang berhubungan dengan proses pengambilan keputusan dalam mendapatkan, menggunakan barang-barang atau jasa ekonomis yang dapat dipengaruhi oleh lingkungan. Adapun tiga hal yang patut untuk diperhatikan yaitu:

- a. Stimulus: merupakan hal yang berada di luar individu yang sangat berpengaruh dalam pengambilan keputusan. Misalnya: keadaan ruang perawatan, pemasaran Rumah Sakit dan lain-lain.
- b. Respon: merupakan hasil aktifitas individu dalam menanggapi stimulus. Hal ini sangat bergantung pada faktor individu dan faktor kekuatan stimulus.

c. *Intervening*: merupakan faktor internal individu, termasuk motivasi mau dirawat, sikap terhadap Rumah Sakit, dan persepsi individu terhadap Rumah Sakit. Dalam memberikan perhatian pada konsumen untuk dapat dipengaruhi harus memperhatikan beberapa hal, antara lain:

- 1) Konsumen adalah raja. Konsumen memiliki kemampuan penuh untuk menyesuaikan antara yang dipasarkan dengan motivasi dan perilaku konsumen.
- 2) Motivasi dan perilaku konsumen dapat dimengerti melalui penelitian.
- 3) Perilaku konsumen dapat dipengaruhi melalui kegiatan persuasif dengan menyadari bahwa konsumen merupakan pihak yang berkuasa.
- 4) Pengaruh pada konsumen memiliki hasil yang menguntungkan secara sosial asalkan pengamanan hukum, etika, dan moral berada pada tempatnya untuk mengekang upaya manipulasi.

Persepsi setiap orang terhadap suatu obyek akan berbeda-beda oleh karena itu persepsi mempunyai sifat subyektif. Persepsi yang dibentuk seseorang dipengaruhi oleh memorinya. Solomon mendefenisikan bahwa sensasi sebagai tanggapan yang cepat dari indera penerima kita (mata, telinga, hidung, mulut dan jari) terhadap stimuli dasar seperti cahaya, warna dan suara. Sedangkan persepsi adalah proses bagaimana stimuli-stimuli itu

diseleksi, diorganisasi dan diinterpretasikan. Faktor pihak pelaku persepsi di pengaruhi oleh karakteristik pribadi seperti sikap, motivasi, kepentingan atau minat, pengalaman dan pengharapan. Variabel lain yang ikut menentukan persepsi adalah umur, tingkat pendidikan, latar belakang sosial ekonomi, budaya, pekerjaan, kepribadian dan pengalaman hidup individu. Persepsi akan mempengaruhi perilaku konsumen dan berpengaruh pada keputusan membeli.

### C. Konsep BPJS

#### 1. Pengertian BPJS

BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial), merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial meliputi:

- a. BPJS Kesehatan: Badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.
- b. BPJS Ketenagakerjaan.

#### 2. Peserta/Pasien BPJS

Peserta adalah semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta Jaminan kesehatan yang dikelola BPJS Kesehatan. Artinya mereka tidak boleh tidak menjadi peserta BPJS Kesehatan meskipun sudah memiliki Jaminan kesehatan lain. Orang asing yang bekerja minimal 6 bulan di Indonesia dan telah membayar iuran.

Peserta PBI Jaminan Kesehatan dibagi menjadi 2 kelompok:

a. Penerima Bantuan Iuran (PBI)

- 1) Fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan UU SJSN yang iurannya dibayar pemerintah sebagai peserta Jaminan Kesehatan yang diatur melalui peraturan pemerintah.
- 2) Orang yang cacat total tetap dan tidak mampu cacat fisik/mental sehingga seseorang tidak mampu melakukan pekerjaan, yang penetapannya dilakukakn oleh dokter.

b. Bukan Penerima Bantuan iuran

- 1) Pekerja penerima upah, adalah setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji, upah atau imbalan dalam bentuk lain, terdiri atas PNS, Anggota TNI, Anggota Polri, Pejabat Negara, Pegawai pemerintah non PNS, PTT, Honorer, Staf khusus dan pegawai lain yang dibayar dengan APBN atau APBD, Pegawai Swasta, Pekerja lain yg memenuhi kriteria pekerja penerima upah.
- 2) Bukan penerima upah, adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri, terdiri atas Pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri dan Pekerja lain yg memenuhi kriteria pekerja bukan penerima upah.
- 3) Bukan pekerja, adalah Setiap orang yang tidak bekerja tapi mampu membayar iuran Jaminan Kesehatan, terdiri atas investor,

pemberi kerja, orang perseorangan, pengusaha, badan hukum atau badan lainnya yang memperkerjakan tenaga kerja atau penyelenggara negara yang memperkerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah atau imbalan dlm bentuk lain; penerima pensiun; veteran; perintis kemerdekaan; serta bukan pekerja lain yang memenuhi kriteria bukan pekerja penerima upah.

4) Anggota keluarga, adalah isteri/suami yang sah dari peserta; anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat yang sah dari peserta; tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri; belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.

a) Peserta Bukan PBI JK, dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang lain, maksimal 5 orang.

b) Jika jumlah peserta dan anggota keluarga lebih dr 5 orang, dapat mengikutsertakan dengan membayar iuran tambahan.

### 3. Pendaftaran Sebagai Peserta BPJS

Pendaftaran sebagai peserta BPJS dapat dilakukan dengan:

- a. Pendaftaran peserta PBI, Pemerintah mendaftarkan PBI Jaminan Kesehatan sebagai peserta kepada BPJS Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- b. Pendaftaran peserta bukan PBI dan bukan pekerja: Setiap org bukan pekerja wajib mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya sebagai peserta Jaminan kesehatan pada BPJS Kesehatan dengan membayar iuran.

Sebagai peserta BPJS, wajib untuk membayar iuran. Iuran adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja dan atau pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan. Pemberi kerja wajib membayar lunas iuran jaminan kesehatan seluruh peserta yang menjadi tanggung jawabnya pada setiap bulan yang dibayar paling lambat tanggal 10 setiap bulan kepada BPJS Kesehatan. Apabila tanggal 10 jatuh pada hari libur, maka iuran dibayar pada hari kerja berikutnya. Besar iuran tambahan untuk peserta pekerja bukan penerima upah yang memiliki anggota keluarga lebih dari 5 (termasuk peserta).

Iuran jaminan kesehatan yang sudah disepakati di tk. Pokja bagi anggota keluarga tambahan dari peserta bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja yang memiliki jumlah anggota keluarga lebih dari 5 orang termasuk peserta, dibayar oleh peserta menurut ketentuan yang akan diatur lebih lanjut dengan Peraturan Presiden.

Manfaat untuk peserta dan keluarganya: Tiap peserta berhak memperoleh manfaat Jaminan kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bhn medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Manfaat jaminan kesehatan, terdiri atas:

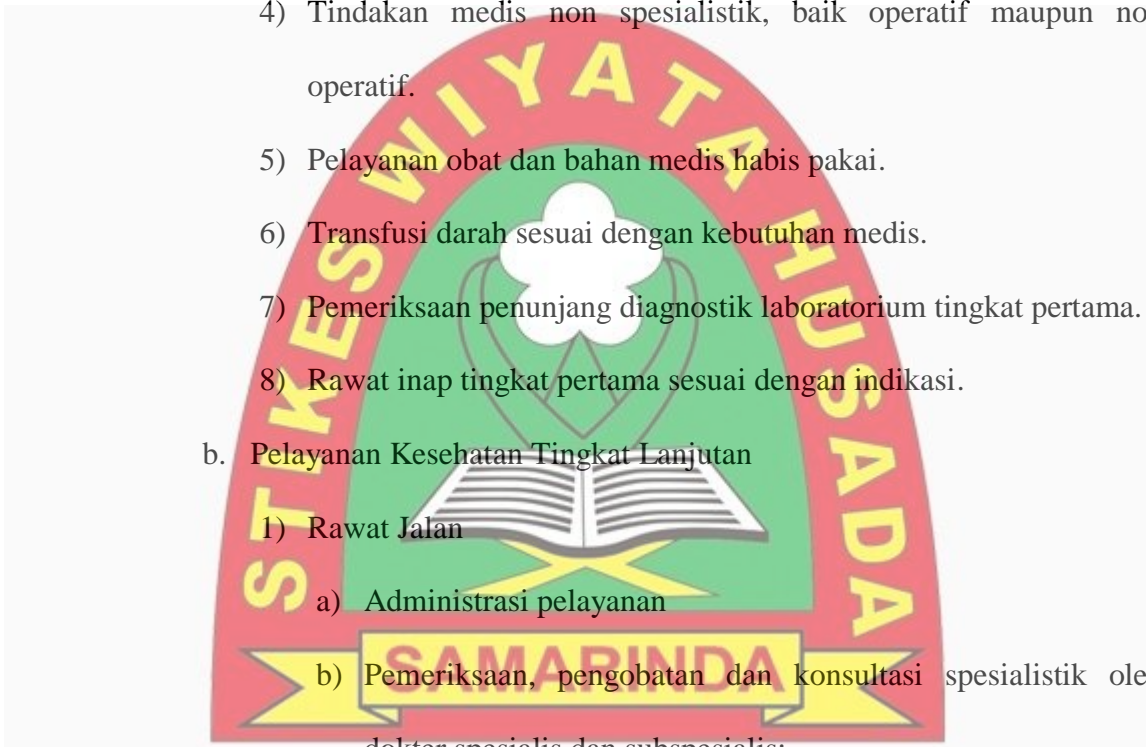
- a. Manfaat medis; tidak terikat dengan besaran iuran.
- b. Manfaat non medis, meliputi: Manfaat akomodasi (dibedakan berdasarkan skala besaran iuran) dan Manfaat ambulans, hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan BPJS Kesehatan.
- c. Manfaat pelayanan promotif dan preventif, meliputi: Penyuluhan kesehatan perorangan (minimal Penyuluhan tentang pengelolaan faktor resiko. Risiko penyakit dan PHBS); Imunisasi dasar (meliputi BCG, DPT-HB, Polio, Campak); Keluarga Berencana (konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, tubektomi bekerjasama dengan lembaga KB); Skrining kesehatan (mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan).

Seperti yang dilihat dalam paragraf sebelumnya, banyak manfaat yang didapatkan dengan menjadi anggota BPJS. Berikut adalah pelayanan yang ditanggung oleh BPJS:

a. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

Pelayanan kesehatan Non Spesialistik:

- 1) Administrasi pelayanan.
  - 2) Pelayanan promotif dan preventif.
  - 3) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis.
  - 4) Tindakan medis non spesialistik, baik operatif maupun non operatif.
  - 5) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.
  - 6) Transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis.
  - 7) Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama.
  - 8) Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi.
- b. Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan
- 1) Rawat Jalan
    - a) Administrasi pelayanan
    - b) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis dan subspecialis;
    - c) Tindakan medis spesialistik sesuai dengan indikasi medis
    - d) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
    - e) Pelayanan alat kesehatan implant
    - f) Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis
    - g) Rehabilitasi medis



- h) Pelayanan darah
- i) Pelayanan kedokteran forensik
- j) Pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan

2) Rawat Inap

- a) Perawatan Inap non Intensif
- b) Perawatan Inap di Ruang Intensif
- c) Pelayanan kesehatan yang telah ditanggung dlm program pemerintah tdk tmsk yang dijamin
- d) Peserta berhak dapat pelayanan alat bantu kesehatan (jenis dan plafon harga ditetapkan).

c. Kelas Rawat Inap yang Ditanggung BPJS Kesehatan

**Tabel 2.1 Kelas rawat inap ditanggung BPJS kesehatan**

Peserta				
Bukan penerima Bantuan iuran (PBI)			Penerima Bantuan Iuran (PBI)	
Pekerja penerima upah	Pekerja bukan penerima upah	Bukan pekerja	Fakir miskin	Orang tidak mampu
Kelas I dan II	Kelas I, II dan III	Kelas I, II dan III	Kelas III	Kelas III

#### 4. Pelayanan Kesehatan yang Tidak Dijamin Oleh BPJS

Adapun beberapa pelayanan kesehatan yang tidak ditanggung oleh BPJS:

- a. Pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku;
- b. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, kecuali untuk kasus gawat darurat;
- c. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja;
- d. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
- e. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;
- f. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
- g. Pelayanan meratakan gigi (ortodensi);
- h. Gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol;
- i. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
- j. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupuntur, *shin she*, *chiropractic*, yang belum dinyatakan efektif

berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*);

k. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen);

l. Alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu;

m. Perbekalan kesehatan rumah tangga;

n. Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah;

o. Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan.

p. Pasien kecelakaan lalu lintas: BPJS kesehatan membayar selisih biaya pengobatan yang telah dibayar oleh program Jaminan kecelakaan lalu lintas sesuai dengan tarif BPJS kesehatan.

q. Peserta jaminan kesehatan yang menghendaki kelas perawatan yang lebih tinggi, selisih biaya menjadi beban peserta dan atau asuransi swasta yang diikuti peserta

r. Peserta Jaminan Kesehatan dapat mengikuti program asuransi kesehatan tambahan.

##### 5. Pasien Non BPJS

Pasien adalah orang sakit (yg dirawat dokter); penderita (sakit); Pasien dalam adalah pasien yg memperoleh pelayanan tinggal atau dirawat pada suatu unit pelayanan kesehatan tertentu yaitu pasien yg dirawat di rumah

sakit; Pasien jalan/pasien luar adalah, pasien yg hanya memperoleh layanan kesehatan tertentu, tidak menginap pada unit pelayanan kesehatan; Pasien opname adalah pasien yg memperoleh pelayanan kesehatan menginap dan dirawat di rumah sakit/pasien rawat inap. (KBBI).

Pasien Non BPJS/Pasien umum/tunai adalah pasien tanpa jaminan atau pasien jaminan yang mempunyai tagihan di luar jaminan. Pasien Non BPJS adalah pasien yang membayar secara mandiri biaya pengobatan/perawatan yang ia dapat di Rumah sakit, tanpa harus melewati prosedur yang dilalui oleh peserta BPJS dalam mengurus administrasi di Rumah sakit.

#### **D. Penelitian Terkait**

Penelitian yang dilakukan oleh Ningrum (2014) yaitu mengenai Hubungan Mutu Pelayanan Kesehatan BPJS Terhadap Kepuasan Pasien, mendapatkan hasil adanya hubungan antara mutu pelayanan kesehatan dengan kepuasan pasien di poli klinik THT Rumkital dr. Ramelan Surabaya. Penelitian ini menggunakan dimensi *reability*, *responsiveness*, *assurance*, *tangibles* dan *empathy*. Dari kelima dimensi tersebut dari 64 responden sebagian besar menyatakan cukup puas terhadap pelayanan kesehatan di rumah sakit tersebut. Mutu pelayanan

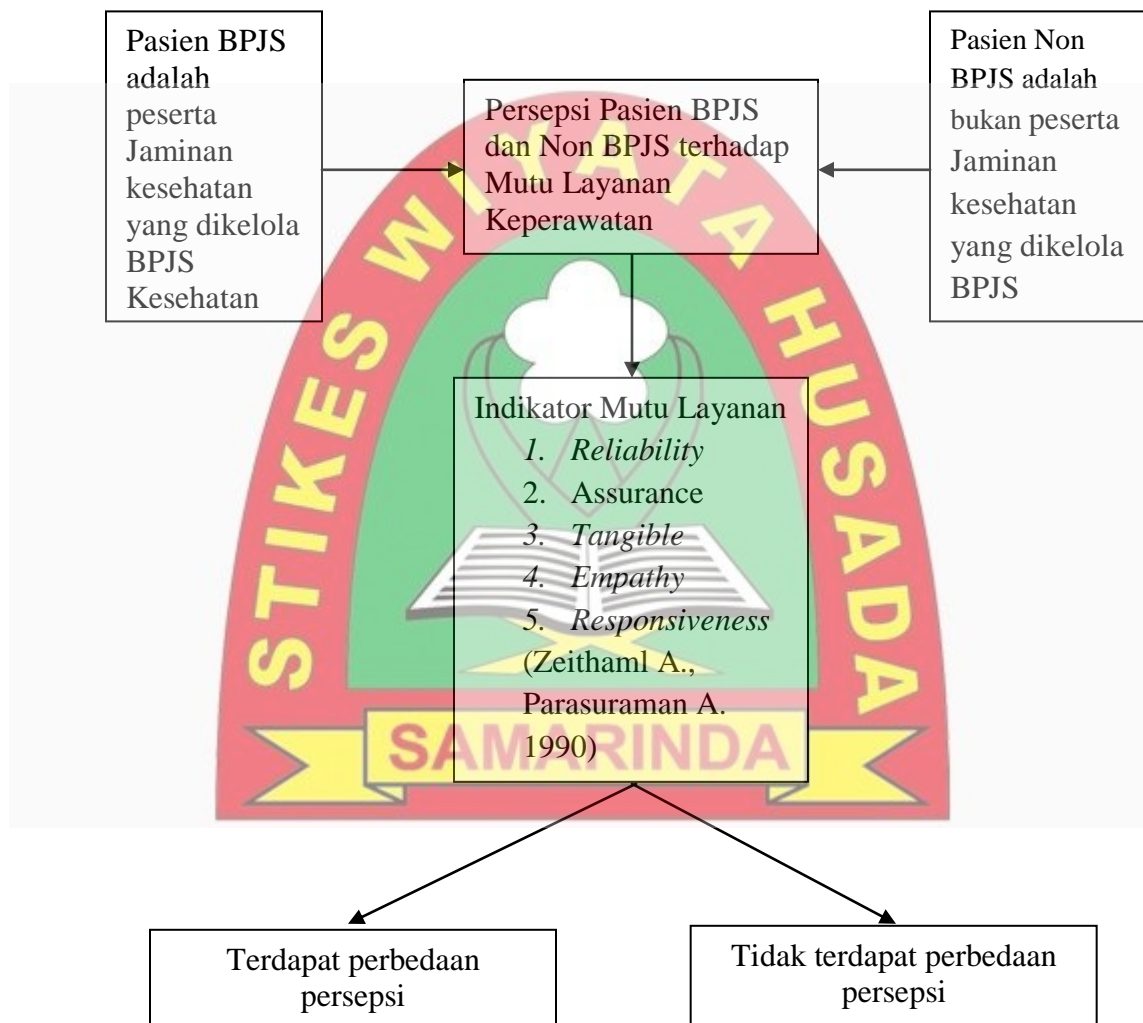
berpengaruh terhadap tingkat kepuasan pasien/klien. Semakin baik mutu pelayanan maka semakin baik/meningkat pula kepuasan pasien.

Penelitian yang dilakukan oleh Winda (2013) yaitu tentang Hubungan Kualitas Pelayanan Kesehatan Dengan Kepuasan Pasien Pengguna ASKES Sosial Pada Pelayanan Rawat Inap Di RSUD Lakipadada di Kabupaten Tana Toraja, dimana hasil penelitian ini menyatakan ada hubungan antara kualitas pelayanan kesehatan dengan kepuasan pasien pengguna ASKES Sosial pada pelayanan rawat inap. Sama halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Ningrum (2014), penelitian ini menggunakan *dimensi reability, respossiveness, assurance, tangibles* dan *empathy* sebagai tolak ukur dalam menilai mutu. Responden dari penelitian ini berjumlah 94 orang, sebagian besar responden 73 orang (77,7%) menyatakan puas terhadap pelayanan kesehatan yang mereka dapatkan. Tidak jauh berbeda dengan penelitian sebelumnya, mutu merupakan tolak ukur dari baik/tidaknya pelayanan jasa yang diberikan. Semakin baik mutu maka semakin baik pula respon pasien terhadap pelayanan.

Penelitian selanjutnya yang dilakukan oleh Widyasih (2014), tentang Persepsi Masyarakat Terhadap Pelayanan BPJS Di RSI Kendal ini menggambarkan tentang persepsi masyarakat pengguna jasa BPJS dalam hal menerima pelayanan kesehatan. Penelitian ini mendapatkan hasil, sebanyak 45,1% menyatakan bahwa pelayanan sudah berlangsung dengan baik. Hasil yang didapatkan oleh peneliti di

atas kurang dari setengah yang menyatakan bahwa mutu pelayanan sudah diberikan/dijalankan dengan baik.

### E. Kerangka Teori

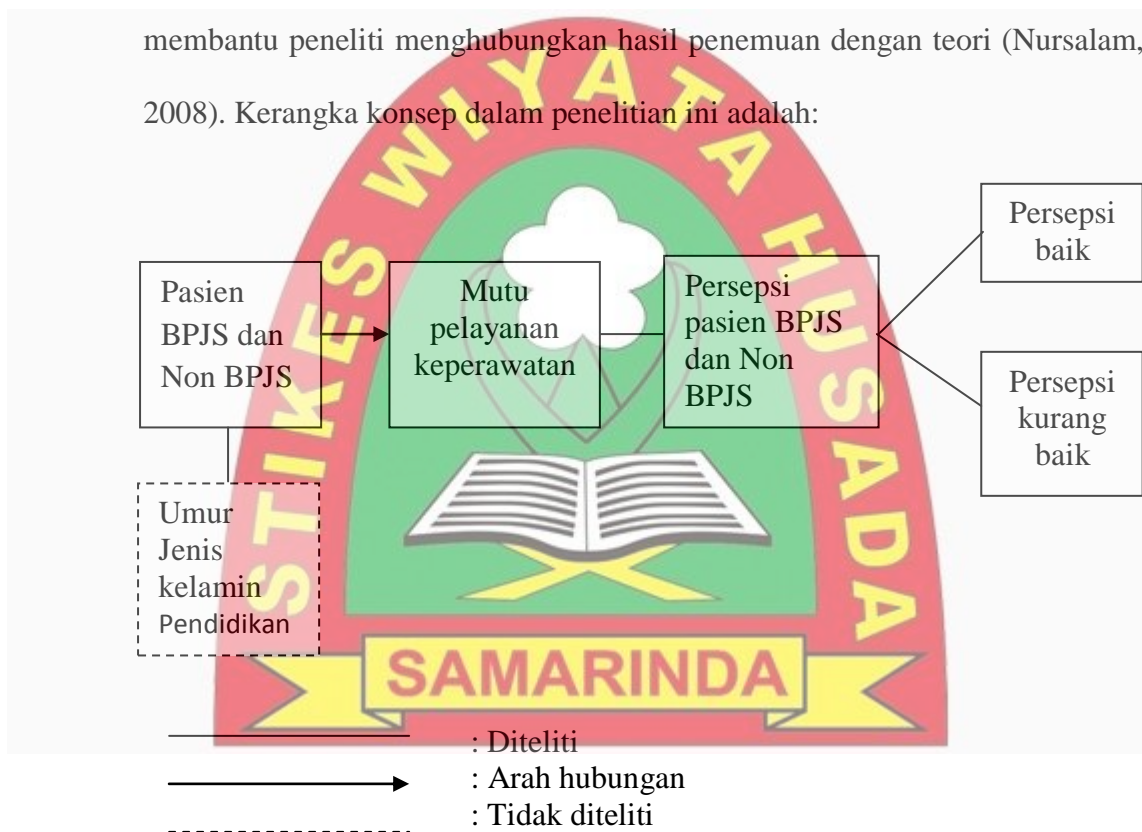


Gambar 2.4 Kerangka teori

**BAB III**  
**KERANGKA KONSEPTUAL, HIPOTESA DAN DEFINISI**  
**OPERASIONAL**

**A. Kerangka Konsep**

Konsep adalah abstraksi dari suatu realitas agar dapat dikomunikasikan dan membentuk suatu teori yang menjelaskan keterkaitan antar variabel (baik variabel yang diteliti maupun yang tidak diteliti). Kerangka konsep akan membantu peneliti menghubungkan hasil penemuan dengan teori (Nursalam, 2008). Kerangka konsep dalam penelitian ini adalah:



**Gambar 3.1 Kerangka konseptual**

**B. Hipotesis**

Hipotesis adalah jawaban sementara dari pertanyaan penelitian. Biasanya hipotesis ini dirumuskan dalam bentuk hubungan antara dua variabel bebas dan variabel terikat (Notoatmojo Soekidjo, 2010).

Biasanya hipotesis terdiri atas pernyataan terhadap adanya atau tidak adanya hubungan antara dua variabel, yakni variabel bebas (*independent variable*) dan variabel terikat (*dependent variable*). Jadi hipotesis merupakan suatu kesimpulan sementara atau jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan penelitian (Nursalam, 2003).

Hipotesis terdiri dari dua bagian yaitu:

1. Hipotesis nol ( $H_0$ ), adalah hipotesis yang menyatakan tidak adanya hubungan antara variabel independen (X) dan variabel dependen (Y). Artinya, dalam rumusan hipotesis, yang diuji adalah ketidak benaran variabel (X) mempengaruhi (Y).
2. Hipotesis alternatif ( $H_a$ ), adalah hipotesis yang menyatakan adanya hubungan antara variabel independen (X) dan variabel dependen (Y) yang diteliti.

Dalam penelitian ini hipotesisnya adalah:

$H_0$ : Tidak ada perbedaan persepsi antara pasien BPJS dan pasien Non BPJS terhadap mutu pelayanan keperawatan di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

$H_a$ : Ada perbedaan persepsi antara pasien BPJS dan pasien non BPJS terhadap mutu pelayanan keperawatan di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

### C. Definisi Operasional

Definisi Operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud

(Notoatmodjo Soekidjo, 2010).

**Tabel 3.1 Definisi operasional**

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Variabel Independen: Mutu Pelayanan Keperawatan	Mutu pelayanan keperawatan yaitu dalam memberikan asuhan keperawatan, yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa dan bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan klien, berdasarkan lima indikator mutu layanan yaitu: <i>Realibilitas, Assurance, Tangible, Empathy</i> dan <i>Responsiveness</i>	Kuesioner yang berisi tentang mutu pelayanan keperawatan	a. Mutu baik jika $\geq 72$ b. Mutu kurang baik jika $< 72$	Ordinal
2	Variabel Dependen: Persepsi pasien BPJS dan non BPJS	Persepsi pasien BPJS dan non BPJS adalah interpretasi individu (pasien) terhadap stimuli yang diterima yaitu tentang pelayanan keperawatan yang didapatkan selama menjalani perawatan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.	Kuesioner yang berisi tentang pertanyaan persepsi pasien BPJS dan non BPJS tentang mutu pelayanan keperawatan.	a. Persepsi baik jika $\geq 44$ b. Persepsi kurang baik jika $< 44$	Ordinal

## BAB IV

### METODOLOGI PENELITIAN

#### A. Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan suatu strategi untuk mencapai tujuan penelitian yang telah ditetapkan dan berperan sebagai pedoman atau penuntun peneliti pada seluruh proses penelitian (Nursalam, 2008).



Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian Deskriptif Analitik bertujuan untuk menggambarkan variabel-variabel yang ada dalam penelitian kemudian akan menganalisa data yang terkumpul untuk mencari perbedaan antara variabel-variabel khususnya untuk mengetahui perbedaan persepsi pasien BPJS dan non BPJS terhadap mutu pelayanan keperawatan di Ruang Rawat Inap Kelas III, RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, dengan rancangan penelitian *cross sectional* yaitu penelitian dimana variabel sebab dan akibat yang terjadi pada obyek penelitian diukur dan dikumpul secara sesaat atau satu kali saja (dalam waktu yang bersamaan) (Setiadi, 2007).

#### B. Populasi dan Sampel

##### 1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan jumlah yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai karakteristik dan kualitas tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk diteliti dan kemudian ditarik kesimpulan (Sujarweni, 2014).

Populasi adalah keseluruhan obyek yang akan diteliti (Wasis, 2008).

Karakteristik populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien BPJS dan Non BPJS yang menjalani perawatan di Ruang Rawat Inap Kelas III, RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2014, yaitu pasien BPJS 4.141 (rata-rata 345 orang per bulan) dan pasien non BPJS 20.512 (rata-rata 1,709 orang per bulan).

## 2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang akan dilakukan penelitian dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi dan akan diambil dengan menggunakan cara-cara tertentu (Hidayat, 2007).

Menentukan jumlah sampel dapat dirumuskan sebagai berikut:

$$n = \frac{NZ_{(1-\alpha/2)}^2 P(1-P)}{Nd^2 + Z_{(1-\alpha/2)}^2 P(1-P)}$$

Keterangan:

n : Besar sampel

N : Besar

$Z_{(1-\alpha/2)}$ : Nilai sebaran normal baku, besarnya tergantung tingkat

Kepercayaan (TK), jika TK 90% = 1,64, TK 95% = 1,96 dan

TK 99% = 2,57

P : Proporsi kejadian, jika tidak diketahui di anjurkan 0,5

d : Besar penyimpangan; 0,1; 0,05; dan 0,01

Dalam penelitian ini jumlah sampel yang diperlukan, antara lain:

N= 2054; P= 0,5; TK 90%= 1,64; d= 0,1

$$n = \frac{2054 \cdot (1,64)^2 \cdot 0,5(1 - 0,5)}{[2054 \cdot (0,1)^2] + (1,64)^2 \cdot 0,5(1 - 0,5)}$$

$$= 64,10$$

Maka besar sampel dalam dalam penelitian ini adalah 64 orang.

a. Kriteria Sampel

Dalam pemilihan sampel, peneliti membuat kriteria bagi sampel yang akan diambil berdasarkan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.

Kriteria inklusi merupakan kriteria dimana subyek penelitian mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel.

Pertimbangan ilmiah harus menjadi pedoman dalam menentukan kriteria inklusi (Nursalam, 2003).

Kriteria eksklusi merupakan kriteria dimana subyek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian. Dalam penelitian ini kriteria inklusi dan kriteria eksklusinya adalah:

1) Kriteria Inklusi

- a) Pasien BPJS dan Non BPJS yang dirawat di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, yang sudah dirawat selama minimal dua hari.
- b) Pasien yang dapat berkomunikasi dengan baik.
- c) Pasien yang bersedia menjadi responden.

2) Kriteria Eksklusi

- a) Pasien yang mengalami penurunan kesadaran.

- b) Pasien yang mengalami gangguan komunikasi.
- c) Pasien yang tidak bersedia menjadi responden.
- d) Pasien yang baru di rawat (kurang dari 2 hari).

### 3. Teknik Sampling

Teknik sampling menurut Nursalam (2009) adalah proses penyeleksian porsi dari populasi. Pada penelitian ini, peneliti menggunakan teknik pengambilan sampel *non probability sampling* dengan metode *purposive sampling*. *Purposive sampling* adalah suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan atau masalah dalam penelitian), sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2008).

#### C. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang Rawat Inap kelas III, RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 27 Juli sampai dengan 1 Agustus 2015.

#### D. Alat Pengumpul Data

##### 1. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmodjo, 2010).

Alat pengumpul data dalam penelitian ini yaitu berupa kuesioner. Kuesioner berisi beberapa pertanyaan dalam bentuk *checklist* (√) yang harus diisi oleh responden. Kuesioner dalam penelitian ini ada dua bagian:

- a. Bagian pertama (B) berisi tentang mutu pelayanan keperawatan, terdiri dari 20 item pertanyaan yang dibagi menjadi lima dimensi

Mutu yaitu, *Reability*, *Assurance*, *Tangibles*, *Empathy*, dan *Responsiveness*. Pada setiap dimensi Mutu terdapat masing-masing 4 butir pertanyaan. Penelitian ini menggunakan skala pengukuran data *Linkert*, terdiri dari pilihan jawaban yaitu “Sangat Setuju” (SS), “Setuju” (ST), Ragu-ragu (RG), Tidak Setuju (TS), Sangat Tidak Setuju (STS), dengan penilaian: jika memilih jawaban secara berurut SS, ST, RG, TS dan STS untuk pertanyaan *favourable* maka skor 5, 4, 3, 2, 1, demikian pula sebaliknya jika memilih jawaban secara berurut SS, ST, RG, TS dan STS untuk pertanyaan *unfavourable* maka skor 1, 2, 3, 4, 5.

**Tabel 4.1 Kisi-kisi instrumen penelitian variabel independen**

No	Indikator	Nomor Butir Soal		Jumlah
		<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>	
1	<i>Reability</i>	1,2,4	3	4
2	<i>Assurance</i>	5,6	7,8	4
3	<i>Tangibles</i>	9,10,11	12	4
4	<i>Empathy</i>	13, 14	15, 16	4
5	<i>Responsiveness</i>	17, 18,19	20	4
<b>Total</b>		<b>13</b>	<b>7</b>	<b>20</b>

- b. Bagian kedua (B) berisi tentang persepsi pasien BPJS dan Non BPJS terhadap pelayanan keperawatan yang terdiri dari 12 item pernyataan. Pernyataan menggunakan skala *Linkert*, pilihan jawaban “Sangat Setuju” (SS), “Setuju” (ST), Ragu-ragu (RG), Tidak Setuju (TS), Sangat Tidak Setuju (STS), dengan penilaian: jika memilih jawaban secara berurut SS, ST, RG, TS dan STS untuk pertanyaan *favourable* maka skor 5, 4, 3, 2, 1, demikian pula sebaliknya jika memilih jawaban secara berurut SS, ST, RG, TS dan STS untuk pertanyaan *unfavourable* maka skor 1, 2, 3, 4, 5.

**Tabel 4.2 Kisi-kisi instrumen penelitian variabel dependen**

No	Indikator	Nomor butir soal		Jumlah
		Favourable	Unfavourable	
1	Persepsi tentang pelayanan Keperawatan	1, 8, 9, 10, 12	3, 7	7
2	Persepsi mutu pelayanan keperawatan	4, 5, 11	2, 6	5
<b>Total</b>		<b>8</b>	<b>4</b>	<b>12</b>

## 2. Uji Validitas dan Reabilitas

Instrumen penelitian dinyatakan valid dan reliabel apabila instrumen tersebut sudah dilakukan uji coba terlebih dahulu. Uji coba dilakukan melalui uji validitas dan reabilitas. Agar diperoleh distribusi nilai hasil pengukuran mendekati normal maka sebaiknya jumlah responden untuk uji coba paling sedikit 30 orang. Hasil dari uji coba ini kemudian

digunakan untuk mengetahui sejauh mana kuesioner yang telah disusun memiliki validitas dan reabilitas (Notoatmodjo, 2010).

a. Uji Validitas

Validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat-tingkat kevalidan atau keserasihan instrumen. Suatu instrumen yang valid mempunyai validitas tinggi, sebaliknya instrumen yang kurang valid berarti memiliki validitas rendah (Arikunto, 2010). Suatu variabel (pernyataan) dikatakan valid bila skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya

Baik instrumen penelitian independen maupun dependen dalam penelitian ini menggunakan skala *Likert*, maka untuk mengukur validitas instrumen menggunakan rumus *Pearson product moment*, yaitu sebagai berikut:

$$R = \frac{N(\sum XY) - (\sum X \sum Y)}{\sqrt{\{N \cdot \sum X^2 - (\sum X)^2\} \{N \sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan:

X : Pertanyaan Nomor

Y :Skor Total

XY: Skor pertanyaan nomor dikali total

N : Jumlah Responden

R : Koefisiensi Korelasi

Kriteria pengujian adalah sebagai berikut :

- 1) Jika  $r \text{ hitung} \geq r \text{ tabel}$  maka instrumen atau item-item pernyataan berkolerasi signifikan terhadap skor total maka pernyataan dinyatakan valid.
- 2) Jika  $r \text{ hitung} \leq r \text{ tabel}$  maka instrument atau item-item pernyataan tidak berkolerasi signifikan terhadap skor total maka pernyataan dinyatakan tidak valid.

Uji kuesioner menggunakan 30 pertanyaan dengan signifikansi 5%, untuk itu didapatkan nilai  $df=n-2$ ,  $df=30-2=28$ . Pada tabel  $r \text{ product moment}$  pada signifikansi 5%, didapatkan angka  $r \text{ tabel}= 0,361$  ( $r \text{ hitung}$  untuk  $n = 30$  sesuai tabel  $r$  adalah 0,361).

Dari hasil perhitungan dengan menggunakan program SPSS didapatkan hasil pada tabel dibawah ini:

**Tabel 4.3 Nilai Uji Validitas Kuesioner Mutu Pelayanan Keprawatan**

No Pernyataan	Nilai r hitung	Nilai r Tabel	Keterangan
1	0,663	0,361	Valid
2	0,388		Valid
3	0,92		Valid
4	0,452		Valid
5	0,104		tidak valid
6	0,92		Valid
7	0,692		Valid
8	0,663		Valid
9	0		tidak valid
10	0,92		Valid

11	0,802	Valid
12	0,563	Valid
13	0,525	Valid
14	0,92	Valid
15	-0,062	tidak valid
16	0,802	Valid
17	0,397	Valid
18	0,461	Valid
19	0,143	tidak valid
<b>20</b>	<b>0,692</b>	<b>Valid</b>

**Tabel 4.4 Nilai Uji Validitas Kuesioner Persepsi Pasien BPJS dan Non BPJS**

No Pertanyaan	Nilai r hitung	Nilai r Tabel	Keterangan
1	0,809	0,361	Valid
2	0,511		Valid
3	0,809		Valid
4	0,14		tidak valid
5	0,483		Valid
6	0,734		Valid
7	0,474		Valid
8	0,801		Valid
9	0,735		Valid
10	0,734		Valid
11	0,553		Valid
12	0,336		tidak valid

Sesuai dengan yang tertera pada tabel diatas untuk kuesioner mutu pelayanan keperawatan, sebanyak 16 butir pertanyaan yaitu pertanyaan nomor 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20 merupakan pertanyaan yang valid. Sedangkan nomor 5, 9, 15, 19 merupakan pertanyaan yang tidak valid. Pada kuesioner persepsi pasien tentang pelayanan keperawatan terdiri dari 12 butir pertanyaan, yang dinyatakan valid sebanyak 10 butir pertanyaan

yaitu pertanyaan nomor 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11. Sedangkan nomor 4 dan 12 merupakan pertanyaan yang tidak valid. Pernyataan yang dinyatakan tidak valid akan di eliminasi atau tidak dicantumkan dalam daftar pernyataan kuesioner penelitian, hal ini dikarenakan pernyataan-pernyataan yang valid sudah cukup untuk mewakili kuesioner mencapai tujuan penelitian.

Uji validitas dilaksanakan di Ruang Rawat Inap Kelas III pada tanggal 27 Juli sampai dengan 1 Agustus 2015.

b. Uji Reliabilitas

Reliabilitas menunjuk pada suatu pengertian bahwa suatu instrumen dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data karena instrumen tersebut sudah baik (Arikunto, 2010).

Mengukur reabilitas instrumen menggunakan Uji *Alpha Cronbach* dengan rumus sebagai berikut:

$$r = \left[ \frac{K}{K-1} \right] \left[ 1 - \frac{(\sum b^2)}{t^2} \right]$$

Keterangan:

$r$  : Kofesiensi realibilitas instrumen

$K$  :Banyak butir soal

$\sum b^2$ : Total varians butir

$t^2$  :Total varians

Berdasarkan hasil uji instrument yang dilakukan pada kuisisioner A (Mutu Pelayanan Keperawatan) dari 20 butir pertanyaan terdapat 16 butir pertanyaan yang valid dan nilai koefisien (alpha) 0,905 maka realibilitas tinggi, sedangkan hasil uji instrument yang dilakukan pada kuisisioner B (Persepsi Pasien Tentang Pelayanan Keperawatan) dari 12 butir pertanyaan terdapat 10 butir pertanyaan yang valid dan nilai koefisien (alpha) 0,848 maka realibilitas sempurna.

#### E. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan secara langsung sesuai prosedur sebagai berikut:

1. Peneliti meminta surat pengantar dari Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda untuk meminta izin pengambilan data dan melakukan studi pendahuluan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
2. Peneliti menghubungi bagian Diklit RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda untuk mendapatkan surat izin untuk mengambil data ke bagian

Rekam Medik (RM) RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Data yang diperoleh adalah rekapitulasi jumlah pengunjung atau pasien peserta BPJS dan Non BPJS yang menjalani perawatan inap di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda di ruang perawatan kelas I-III dari tahun 2011-2014.

3. Peneliti memberikan surat permohonan kepada calon responden dan menjelaskan tentang tujuan penelitian kepada responden yang akan diteliti sesuai dengan kriteria inklusi.
4. Jika responden bersedia diberi surat persetujuan responden.
5. Responden mengisi kuesioner yang diberikan oleh peneliti, apabila responden mengalami kesulitan dalam pengisian kuesioner, peneliti membantu menjelaskan.
6. Data yang dikumpulkan melalui kuesioner untuk menilai perbedaan persepsi pasien BPJS dan non BPJS terhadap mutu pelayanan keperawatan.
7. Data diolah dengan menggunakan uji statistik.

#### F. Teknik Pengolahan Data

Setelah data terkumpul, maka dilakukan uji normalitas data. Uji normalitas adalah uji untuk mengukur apakah data memiliki distribusi normal sehingga dapat dipakai statistik parametrik, jika tidak berdistribusi normal maka menggunakan statistik non parametrik. Uji normalitas adalah melakukan perbandingan antara data yang peneliti dengan data berdistribusi normal yang memiliki mean dan standar deviasi yang sama dengan data peneliti. Dalam penelitian ini uji yang digunakan adalah uji normalitas dengan *Kolmogorov-Smirnov* yaitu membandingkan distribusi data (yang akan diuji normalitasnya) dengan distribusi normal baku. Distribusi normal baku adalah

data yang telah ditrasformasikan ke dalam bentuk *Z-Score* dan diasumsikan normal.

Rumus:

$$D = \text{maksimum } |F_0(x) - S_N(x)|$$

Keterangan:

$F_0(x)$ : Fungsi berdistribusi frekuensi kumulatif yang sepenuhnya ditentukan,

yakni distribusi kumulatif teoritis di bawah  $H_0$  artinya untuk harga  $N$  yang sebesar-besarnya, harga  $F_0(x)$  adalah proporsi kasus yang diharapkan mempunyai skor yang sama atau kurang dari  $x$ .

$S_N(x)$ : Distribusi frekuensi yang diobservasi dari suatu sampel *random* dengan  $N$  observasi. Dimana  $x$  adalah sembarang skor yang mungkin,  $S_N(x) = \frac{k}{N}$ , dimana  $k$  adalah banyak observasi yang sama atau kurang dari  $x$ .

Keputusan uji:

Jika nilai signifikansi  $\geq 0,05$  ( $\alpha$ ), maka  $H_0$  diterima dan jika nilai signifikansi  $< 0,05$  ( $\alpha$ ), maka  $H_0$  ditolak.

Tahap berikutnya adalah mengorganisir atau mengklasifikasikan data tersebut guna tujuan penelitian. Menurut Hidayat (2009) dalam melakukan analisis dan terlebih dahulu harus diolah dengan tujuan mengubah data menjadi informasi. Dalam proses pengolahan data terdapat langkah-langkah yang harus ditempuh, diantaranya:

### 1. *Editing*

*Editing* adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. *Editing* berfungsi untuk meneliti kembali apakah isian dalam lembar observasi sudah benar. *Editing* dilakukan ditempat pengumpulan data, sehingga jika ada kekurangan data dapat dilengkapi.

### 2. *Coding*

*Coding* merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap pengkodingan data dilaksanakan dimaksudkan untuk memudahkan proses pengolahan data, pengkodingan ini adalah di mana pemberian tanda terhadap hasil observasi.

### 3. *Processing*

Setelah data yang diinginkan sudah terisi penuh dan juga sudah melewati pengkodingan, maka langkah selanjutnya memproses data dengan cara mengentri data ke paket program komputer.

### 4. *Cleaning*

Pembersihan data merupakan kegiatan pengecekan data yang sudah di *entry* apakah ada kesalahan atau tidak serta memasukan data ke komputer.

## G. Analisis Data

Menurut Hidayat (2009), dalam melakukan analisis data terlebih dahulu harus diolah dengan tujuan mengubah data menjadi informasi. Dalam statistik

informasi yang diperoleh dipergunakan untuk proses pengambilan keputusan, terutama dalam pengujian hipotesis.

Berdasarkan kerangka konsep, penelitian ini terdapat variabel bebas dan variabel terikat. Desain penelitian ini adalah *cross sectional* dengan pendekatan kuantitatif. Pengolahan data hanya mendeskripsikan atau menggambarkan hasil penelitian dibedakan berdasarkan dua varians, yaitu:

### 1. Analisis Univariat

Menurut Notoatmodjo (2005), analisis univariat adalah analisis yang dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Analisa univariat dilakukan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Pada umumnya dengan analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan frekuensi dan persentase dari tiap variabel. Analisis univariat dalam penelitian ini adalah: variabel independen yaitu persepsi pasien BPJS dan Non BPJS dan variabel dependen yaitu Mutu Pelayanan Keperawatan.

Rumus yang digunakan antara lain:

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

Keterangan:

P : Presentase

F : Ferkuensi dari variabel yang diteliti

N : Jumlah frekuensi dari seluruh klarifikasi

## 2. Analisis Bivariat

Menurut Notoatmodjo (2005), analisa Bivariat adalah analisa yang dilakukan terhadap dua variabel yang dilakukan lebih dari dua variabel. Dalam penelitian ini uji statistik yang digunakan adalah Uji *Chi Square*, yaitu uji yang digunakan untuk mengetahui, apakah terdapat hubungan atau perbedaan yang signifikan pada penelitian yang tidak menggunakan data nominal.

Uji *Chi Square* dengan significant  $\alpha = 0,05$  dan df (baris-1) (kolom-1) dengan tabel kontingensi  $2 \times 2$ .

Syarat uji *Chi Square*  $2 \times 2$ :

- a. Jika sampel  $> 40$ , gunakan rumus *Chi Square* yang sudah dikoreksi.
- b. Jumlah sampel antara 20-40 maka menggunakan rumus *Chi Square* yang dikoreksi dengan syarat tidak boleh ada nilai  $E < 5$  dan tidak ada nilai observasi=0.
- c. Jumlah sampel  $< 20$  dalam kasus apapun, maka menggunakan uji alternatif yaitu uji *Fisher exact*.
- d. Jika ada nilai  $E < 5$  atau observasi= 0, maka menggunakan uji alternatif yaitu uji *Fisher exact*.

Data yang dikumpulkan dalam penelitian dianalisa secara analitik dengan menggunakan program komputer dan perhitungan manual dengan menggunakan rumus uji statistik *Chi Square* dengan tingkat kemaknaan  $\alpha = 0,05$  untuk menguji hipotesis nol ( $H_0$ ) dengan rumus sebagai berikut:

$$X^2 = \sum \frac{(f_o - f_h)^2}{f_h}$$

Keterangan:

$X^2$  : *Chi Square* yang dicari (perbedaan antara variabel independen dengan variabel dependen)

$f_o$  : Frekuensi yang diperoleh

$f_h$  : Frekuensi yang diharapkan

jika nilai signifikansi, nilai  $\alpha$  maka dianggap ada hubungan, sedangkan jika nilai signifikansi  $>$  nilai  $\alpha$  maka dianggap tidak ada hubungan.

#### H. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti mendapatkan ijin dari Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda. Setelah mendapatkan persetujuan kemudian peneliti melakukan penelitian dengan menekankan masalah etika (Dr. Saryono, 2013), dimana masalah-masalah tersebut adalah sebagai berikut:

##### 1. *Informed Consent*

Lembar persetujuan diberikan pada subyek yang akan diteliti. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan riset dilakukan. Jika subjek bersedia diteliti maka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika subjek menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

2. *Anonimity* (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas, peneliti tidak akan mencantumkan nama subjek pada lembar yang diisi oleh subjek. Lembar tersebut hanya diberi nomor kode tertentu.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Peneliti menjamin kerahasiaan informasi yang diperoleh dari responden.



## BAB V

### HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian tentang Studi Perbedaan Persepsi Pasien BPJS dan Non BPJS di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Penelitian ini dilakukan mulai tanggal 27-31 Juli 2015, dengan jumlah responden sebanyak 64 orang.

#### A. Gambaran Umum Tempat Penelitian

Bangunan Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dengan luas total gedung 50.268 m<sup>2</sup> dan luas total tanah 82.000 m<sup>2</sup>, terletak di Jalan Palang Merah Indonesia, Kecamatan Samarinda Ulu, Kota Samarinda. Rumah Sakit Umum daerah Abdul Wahab Sjahranie (RSUD. AWS) Samarinda adalah *Top Referral* dan Rumah Sakit Kelas-B milik Pemerintah Profinsi Kalimantan Timur. Status Kelas B berlangsung sejak Tahun 1993 atas dasar : SK Menkes No: 1161/Menkes/SK/XII/1993 yang ditetapkan di Jakarta pada tanggal 15 Desember 1993.

Adapun Visi dan Misi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, yaitu:

#### 1. Visi

Menjadi Rumah Sakit Pusat Rujukan Pelayanan Kesehatan, Pendidikan dan Penelitian yang Terbaik di Kalimantan.

## 2. Misi

- a. Menyiapkan dan mengembangkan sumber daya manusia
- b. Melengkapi sarana dan prasarana
- c. Memberikan pelayanan prima
- d. Meningkatkan kesejahteraan pegawai

### B. Hasil Uji Normalitas Data

Peneliti melakukan uji normalitas data bertujuan untuk mengetahui sebaran data dengan asumsi  $H_0$  distribusi berbentuk normal dan  $H_a$  distribusi berbentuk tidak normal. Hasil uji normalitas data pada variabel di penelitian ini adalah sebagai berikut :

**Tabel 5.1 Distribusi Statistik Deskriptif Variabel Mutu Pelayanan Keperawatan dan Persepsi Pasien BPJS dan Non BPJS Di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahrane Samarinda Tahun 2015**

No	Variabel	Mean	Median	SD	Min-Mak	95% CI	Kolmogrov Smirnov
1	Mutu Pelayanan Keperawatan	71,45	72,00	3,862	49-76	70,49-72,42	0,000
2	Persepsi pasien BPJS dan non BPJS	43,30	44,00	4,019	27-48	42,29-44,30	0,000

Hasil analisis didapatkan rata-rata mutu pelayanan keparawatan adalah 71,45 median 72,00 dengan standar deviasi 3,862, untuk nilai minimum 49 dan nilai maksimum 76. Dari hasil interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa

rata-rata mutu pelayanan keperawatan adalah diantara 70,49 sampai dengan 70,42. Dari data diatas dapat diketahui pula hasil uji *Kolmogorov Smirnov* dengan nilai *p value* 0.000 lebih kecil dari nilai alpha (0,05), berarti distribusi variabel dukungan keluarga berbentuk tidak normal ( $H_0$  ditolak).

Berdasarkan hasil diatas peneliti menggunakan nilai median untuk membuat kategori pada variabel mutu pelayanan keperawatan, sedangkan untuk persepsi pasien BPJS dan Non BPJS terhap pelayanan keperawatan didapatkan rata-rata 43,30, median 44,00 dengan standar deviasi 4,019, untuk nilai minimum 27 dan nilai maksimum 48. Dari hasil interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata persepsi pasien BPJS dan Non BPJS terhadap mutu pelayanan keperwatan adalah diantara 42,29-44,30. Dari data diatas dapat diketahui pada hasil *Kolmogorov Smirnov* dengan *p value* 0,000 lebih kecil dari nilai alpha (0,05), berarti distribusi variabel persepsi pasien BPJS dan Non BPJS terhadap mutu pelayanan keperwatan berbentuk tidak normal ( $H_0$  ditolak). Berdasarkan tabel 5.1 peneliti menggunakan nilai median untuk membuat kategori pada variabel persepsi pasien BPJS dan Non BPJS terhadap mutu pelayanan keperawatan.

### C. Hasil Analisis Univariat

Responden yang terlibat dalam penelitian ini sebanyak 64 orang, terbagi menjadi dua bagian yaitu 32 pasien BPJS dan 32 pasien Non BPJS, dimana telah

memenuhi kriteria inklusi yang ditentukan oleh peneliti. Data responden yang diperoleh dalam penelitian ini meliputi beberapa karakteristik responden, yaitu karakteristik umur, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan.

## 1. Karakteristik Responden

### a. Karakteristik Umur Responden

**Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Umur di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015**

No	Umur	Jumlah	Presentase
1	<20 tahun	5	7,8%
2	20-30 tahun	12	18,8%
3	31-40 tahun	16	25%
4	41-35 tahun	19	29,7%
5	>50 tahun	12	18,8
<b>Total</b>		<b>64</b>	<b>100%</b>

Dari data diatas pada tabel 5.2 dapat dilihat bahwa dari 64 responden distribusi kategori umur yang paling banyak adalah pada kelompok usia 41-35 tahun sebanyak 19 orang (29,7%), pada posisi kedua terbanyak adalah kelompok umur 31-40 tahun sebanyak 16 orang (25%), selanjutnya pada kelompok umur 20-30 tahun dan >50 tahun memiliki jumlah yang sama yaitu masing-masing sebanyak 12 orang (18,8%), dan yang berjumlah paling sedikit adalah pada kelompok usia < 20 tahun yaitu hanya berjumlah 5 orang (7,8%).

## b. Karakteristik Jenis Kelamin Responden

**Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015**

No	Jenis Kelamin	Jumlah	Presentase
1	Laki-laki	33	51,6%
2	Perempuan	31	48,4%
<b>Total</b>		<b>64</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan dari tabel 5.3 diketahui jumlah pasien yang menjadi responden terbanyak adalah jenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 33 orang (51,6%) sedangkan responden jenis kelamin perempuan sebanyak 31 orang (48,6%).

## c. Karakteristik Tingkat Pendidikan Responden

**Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015**

No	Pendidikan	Jumlah	Presentase
1	Tidak sekolah	1	1,6%
2	SD	14	21,9%
3	SMP	14	21,9%
4	SMA	30	46,9%
5	Perguruan Tinggi	5	7,8%
<b>Total</b>		<b>64</b>	<b>100%</b>

Dari data tabel diatas dapat dilihat bahwa pendidikan responden terbanyak adalah SMA yaitu sebanyak 30 orang (46,9%), disusul dengan responden yang berpendidikan SD dan SMP masing-masing sebanyak 14 orang (21,9%), setelah itu jumlah responden berpendidikan

Perguruan Tinggi terdapat 5 orang (7,8%) dan Tidak Sekolah 1 orang (1,6%).

## 2. Karakteristik Variabel

Dalam penelitian ini terdapat dua variabel yaitu mutu pelayanan keperawatan dan persepsi pasien PBJS dan Non BPJS yang akan digambarkan pada tabel dibawah ini:

### a. Mutu Pelayanan

**Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Mutu Pelayanan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015**

No	Kategori	Mutu Pelayanan			
		Baik		Kurang Baik	
		Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase
1	BPJS	17	26,56%	15	23,44%
2	Non BPJS	20	31,25%	12	18,75%
	<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>57,81%</b>	<b>27</b>	<b>42,19%</b>

Berdasarkan data diatas diperoleh gambaran bahwa dari 64 responden terkait mutu pelayanan didapatkan responden yang

menyatakan mutu pelayanan keperawatan baik dari pasien BPJS yaitu sebanyak 17 orang (26,5%), sedangkan dari pasien Non BPJS yaitu sebanyak 20 orang (31,25%). Responden yang menyatakan mutu pelayanan keperawatan kurang baik sebanyak dari pasien BPJS yaitu sebanyak 15 orang (23,44%), sedangkan dari pasien Non BPJS yaitu sebanyak 12 orang (18,75%).

- b. Persepsi pasien BPJS dan Non BPJS terhadap mutu pelayanan keperawatan

**Tabel 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Pasien BPJS dan Non BPJS Terhadap Mutu Pelayanan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015**

Kategori	Persepsi Pasien	Jumlah	Presentase
BPJS	Baik	20	31,25%
	Kurang Baik	12	18,75%
<b>Total</b>		<b>32</b>	<b>50%%</b>

Kategori	Persepsi Pasien	Jumlah	Presentase
Non BPJS	Baik	17	26,56%
	Kurang Baik	15	23,44%
<b>Total</b>		<b>32</b>	<b>50%</b>

Berdasarkan data diatas diperoleh gambaran bahwa dari 64 responden terkait mutu pelayanan didapatkan responden yang menyatakan mutu pelayanan keperawatan baik dari pasien BPJS yaitu sebanyak 20 orang (31,25%), sedangkan dari pasien Non BPJS yaitu sebanyak 17 orang (26,56%). Responden yang menyatakan mutu pelayanan keperawatan kurang baik sebanyak dari pasien BPJS yaitu sebanyak 12 orang (18,75%), sedangkan dari pasien Non BPJS yaitu sebanyak 15 orang (23,44%).

#### D. Hasil Analisis Bivariat

Dari data diatas dianalisis menggunakan komputerisasi dengan hasil sebagai berikut :

**Tabel 5.7 Analisis Perbedaan Persepsi Antara Pasien BPJS dan Non BPJS Terhadap Mutu Pelayanan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015**

Mutu Pelayanan Keperawatan	Persepsi Pasien BPJS Dan Non BPJS				Jumlah		<i>P Value</i>
	Persepsi baik		Persepsi Kurang baik		N	%	
	N	%	N	%			
Mutu baik	19	54,3	16	45,7	35	100	0,530
Mutu kurang baik	18	62,1	11	37,9	29	100	
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>57,8</b>	<b>24</b>	<b>42,2</b>	<b>64</b>	<b>100</b>	

Dari hasil analisis Perbedaan Persepsi Antara Pasien BPJS dan Non BPJS Terhadap Mutu Keperawatan di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015, responden mayoritas yang menyatakan mutu baik dan persepsi baik sebanyak 19 orang (54,3%), sedangkan yang menyatakan mutu baik dan persepsi kurang baik sebanyak 16 orang (45,7%). Untuk responden mayoritas menyatakan mutu kurang baik dan persepsi baik sebanyak 18 orang (62,1%), sedangkan yang menyatakan mutu dan persepsi kurang baik sebanyak 11 (37,9%).

Hasil uji *Chi Square* diperoleh *p value* = 0,530 dengan demikian *p value* lebih besar dari *alpha* 0,05. Berdasarkan kriteria  $H_0$ , maka  $H_0$  diterima, artinya tidak ada Perbedaan Persepsi Antara Pasien BPJS dan Non BPJS Terhadap Mutu Pelayanan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015.



## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan membahas tentang hasil pengolahan data yang diperoleh setelah dianalisis dengan menggunakan analisis univariat dan bivariat untuk menguji perbedaan antara variabel persepsi pasien BPJS dan Non BPJS terhadap mutu pelayanan keperawatan di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015.

#### **A. Analisis Univariat**

Penelitian tentang perbedaan persepsi pasien BPJS dan Non BPJS terhadap mutu pelayanan keperawatan di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015 ini melibatkan 64 responden.

Analisis dilakukan dari data-data yang dikumpulkan melalui kuesioner yang telah diisi oleh responden dan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti. Data yang diperoleh berbentuk kategorik. Selanjutnya peneliti melakukan analisis univariat dengan hasil sebagai berikut:

##### **1. Karakteristik Responden**

###### **a. Karakteristik Umur Responden**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015 didapatkan dari 64 responden mayoritas pada kelompok usia 20-55 tahun yaitu sebanyak 54 orang (84,4%) pada kelompok umur <20 tahun dan >55

tahun memiliki jumlah yang sama yaitu masing-masing sebanyak 5 orang (7,8%).

Sebagian kecil responden berumur >20 dan pada rentang umur <50 tahun. Pasien yang berumur lebih dari 50 tahun akan merasa tua atau dianggap tua apalagi jika mereka sudah melewati purna tugas, biasanya akan memandang penyakit sebagai ancaman atas hidup, karena mereka merasa kematian semakin dekat, dan mereka sadar bahwa kemampuan untuk mengatasi penyakit sudah berkurang karena organ usia lanjut sudah tidak berfungsi dengan baik, sehingga di usia di atas 50 tahun dapat menyebabkan putus asa, tak berdaya, sehingga pasien yang dalam usia ini memerlukan rasa hormat dan sikap yang sungguh-sungguh dalam memberikan penjelasan atas tindakan keperawatan, dan tujuan mereka berada di Rumah Sakit. Diketahui bahwa responden dengan kategori umur dewasa memiliki jumlah mayoritas dalam pengambilan sampel pada penelitian di Ruang rawat inap kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda (84,4%) dibandingkan dengan umur anak-anak dan tua. Hasil dari kuesioner yang telah dibagikan pasien rata-rata menyatakan persepsi baik dalam menilai pelayanan yang diberikan oleh perawat. Didapatkan dari hasil kuesioner, menyatakan bahwa tidak ada perbedaan pemberian pelayanan perawat ditinjau dari karakteristik umur, artinya bahwa di semua tingkatan umur dengan kondisi

bagaimanapun, semua dilayani dengan cara yang sama dan dengan standar yang sama.

b. Karakteristik Jenis Kelamin Responden

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin yang paling banyak adalah responden yang berjenis kelamin laki-laki yang berjumlah 33 orang (51,6%) dari 64 responden dan perempuan 31 orang (48,4%).

Pada saat penelitian banyak terdapat pasien laki-laki dari pada perempuan. Menurut Wijayanti (2009) menyatakan bahwa jenis kelamin laki-laki mempengaruhi tingkat kepuasan, laki-laki cenderung memiliki penilaian yang lebih besar terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan. Berdasarkan hasil dari kuesioner yang diberikan tidak ada perbedaan yang signifikan dalam pemberian tanggapan atau persepsi tentang mutu pelayanan keperawatan yang telah diterima selama menjalani perawatan di rumah sakit.

c. Karakteristik Tingkat Pendidikan Responden

Karakteristik responden untuk tingkat pendidikan diperoleh jumlah tertinggi pada kelompok responden pada tingkat pendidikan SMA sebanyak 30 orang (46,9%) dari 64 responden.

Pendidikan merupakan dasar pengetahuan intelektual yang dimiliki oleh seseorang, semakin tinggi pendidikan akan semakin besar kemampuan untuk menyerap dan menerima informasi. Sehingga pengetahuan dan

wawasan luas, selain itu merupakan salah satu faktor yang melatarbelakangi tindakan yang dilakukan dan selanjutnya akan mempengaruhi perilaku seseorang (Mubarok, 2006).

Pendidikan pada dasarnya tidak hanya dapat diperoleh dari bangku sekolah (formal) tetapi juga di lingkungan keluarga, masyarakat dan dari media lainnya seperti majalah, berita, dan lain-lain (Fahrin, 2009).

Menurut asumsi peneliti pendidikan mempengaruhi seseorang dalam menilai dan memberi tanggapan atas semua kejadian yang terjadi pada dirinya, dalam hal ini mempersepsikan mutu pelayanan keperawatan. Pasien dengan pendidikan yang tinggi lebih kritis dalam memahami dan menjawab kuesioner yang telah diberikan serta menyampaikan bahwa mereka mengharapkan pelayanan yang maksimal sehingga mereka dapat cepat pulih dari sakitnya. Namun, pendidikan tidak hanya didapatkan melalui bangku sekolah tetapi juga didapatkan melalui interinteraksi dengan lingkungan baik lingkungan keluarga maupun sekitarnya yang dapat membentuk pola pikir, pola persepsi dan sikap pengambilan keputusan. Oleh sebab itu walaupun berpendidikan rendah, tidak mengurangi kemampuan responden dalam mempersepsikan dan menyatakan pendapatnya dalam kuesioner yang telah di berikan yang merupakan instrumen dalam penelitian ini.

## 2. Variabel

### a. Mutu Pelayanan Keperawatan

Berdasarkan data diatas diperoleh dari 64 responden pasien BPJS dan Non BPJS, terkait mutu pelayanan keperawatan didapatkan lebih banyak responden yang menyatakan bahwa mutu pelayanan baik sebanyak 35 orang (54,7%) dibandingkan dengan yang menyatakan mutu pelayanan kurang baik yaitu sebanyak 29 orang (45,3%).

Mutu merupakan suatu proses pemenuhan kebutuhan dan harapan konsumen, baik internal maupun eksternal. Mutu juga dapat dikaitkan sebagai suatu proses perbaikan yang bertahap dan terus-menerus. (Al-Assaf, 1998). Terdapat lima determinan mutu jasa/pelayanan yang dapat dirinci sebagai berikut:

#### 1) Kehandalan (*reliability*)

Kemampuan untuk melaksanakan jasa yang dijanjikan dengan tepat terpercaya, dapat dilihat dari:

- a) Proses penerimaan pasien yang cepat dan tepat.
- b) Pelayanan pemeriksaan, pengobatan yang cepat dan tepat.
- c) Jadwal pelayanan dijalankan dengan tepat.
- d) Prosedur pelayanan yang tidak berbelitbelit.

## 2) Ketanggapan (*responsiveness*)

Kemampuan untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa cepat dapat dilihat dari:

- a) Kemauan petugas untuk cepat tanggap menyelesaikan keluhan pasien
- b) Petugas memberikan informasi yang jelas, mudah dimengerti.
- c) Tindakan cepat pada saat pasien membutuhkan.

## 3) Keyakinan (*assurance*)

Pengetahuan, kemampuan dan kesopanan pemberi jasa untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan terlihat dari:

- a) Pengetahuan dan kemampuan petugas menetapkan *problematic* pasien.
- b) Ketrampilan petugas dalam bekerja.
- c) Pelayanan yang sopan dan ramah.
- d) Jaminan keamanan pelayanan dan kepercayaan terhadap pelayanan.

## 4) Perhatian (*empathy*)

Perhatian pribadi yang diberikan pada pelanggan terlihat dari:

- a) Memberikan perhatian secara khusus kepada setiap pasien
- b) Perhatian terhadap keluhan pasien dan keluarga.
- c) Pelayanan pada semua pasien tanpa memandang status sosial.

5) Penampilan (*Tangible*).

- a) Penampilan fisik, peralatan serta personil.
- b) Kebersihan, kerapian dan kenyamanan ruangan.
- c) Penataan eksterior dan interior.
- d) Kelengkapan, kesiapan dan kebersihan alat-alat yang dipakai.
- e) Kerapian dan kebersihan penampilan petugas.

Sesuai dengan data di atas, mutu pelayanan keperawatan di ruang rawat inap kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dianggap sudah dilaksanakan dengan baik. Sebagian besar pasien (54,7%), baik itu BPJS dan Non BPJS menyatakan bahwa tidak ada perbedaan mutu pelayanan yang di dapat selama menjalani perawatan. Semua mendapatkan perhatian dan pelayanan yang sama sesuai dengan kebutuhan pasien.

b. Persepsi Pasien BPJS dan Non BPJS terhadap mutu pelayanan keperawatan

Berdasarkan dari tabel 5.6 diketahui gambaran persepsi dari 64 responden baik pasien BPJS dan Non BPJS terkait tentang mutu pelayanan keperawatan, lebih banyak yang menyatakan persepsi baik yaitu sebanyak 37 orang (57,8%) dibandingkan dengan yang menyatakan persepsi kurang baik yaitu sebanyak 27 orang (42,2%).

Persepsi merupakan suatu proses dimana individu melakukan pengorganisasian terhadap stimulus yang diterima kemudian

diinterpretasikan, sehingga seseorang dapat menyadari dan mengerti tentang apa yang diterima dan hal ini dipengaruhi pula oleh pengalaman-pengalaman yang ada pada diri yang bersangkutan, dalam kamus umum Bahasa Indonesia persepsi didefinisikan sebagai proses seseorang untuk mengetahui beberapa hal melalui panca indranya atau penerimaan langsung/tanggapan dari suatu serapan.

Faktor- faktor yang berpengaruh terhadap persepsi adalah sebagai berikut:

- a. Pelaku Persepsi
- b. Target/obyek
- c. Situasi

Pada pasien BPJS dan Non BPJS yang di rawat di ruang rawat inap kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahrane Samarinda, mempersepsikan bahwa pelayanan keperawatan yang di dapat selama di rawat sudah baik dan tidak ada perbedaan persepsi yang signifikan antara pasien BPJS dan Non BPJS. Pelayanan di rumah sakit dijalankan sesuai standar mutu yang telah di tetapkan dan diterapkan secara merata tanpa membedakan pasien BPJS dan Non BPJS, status sosial, budaya maupun agama.

**B. Analisis Bivariat Perbedaan Persepsi antara Pasien BPJS dan Non BPJS terhadap Mutu Pelayanan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda**

Analisis dilakukan dari data-data yang dikumpulkan melalui kuesioner yang telah diisi oleh responden dan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti. Data yang diperoleh berbentuk kategorik. Selanjutnya peneliti melakukan analisis bivariat dengan hasil sebagai berikut:

Dari hasil analisis Perbedaan Persepsi antara Pasien BPJS dan Non BPJS terhadap Mutu Pelayanan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015. Mayoritas responden menyatakan mutu baik dan persepsi baik sebanyak 19 orang (54,3%), sedangkan yang menyatakan mutu baik dan persepsi kurang baik sebanyak 16 orang (45,7%). Untuk responden yang menyatakan mutu kurang baik dan persepsi baik sebanyak 18 orang (62,1%), sedangkan yang menyatakan mutu dan persepsi kurang baik sebanyak 11 orang (37,9%).

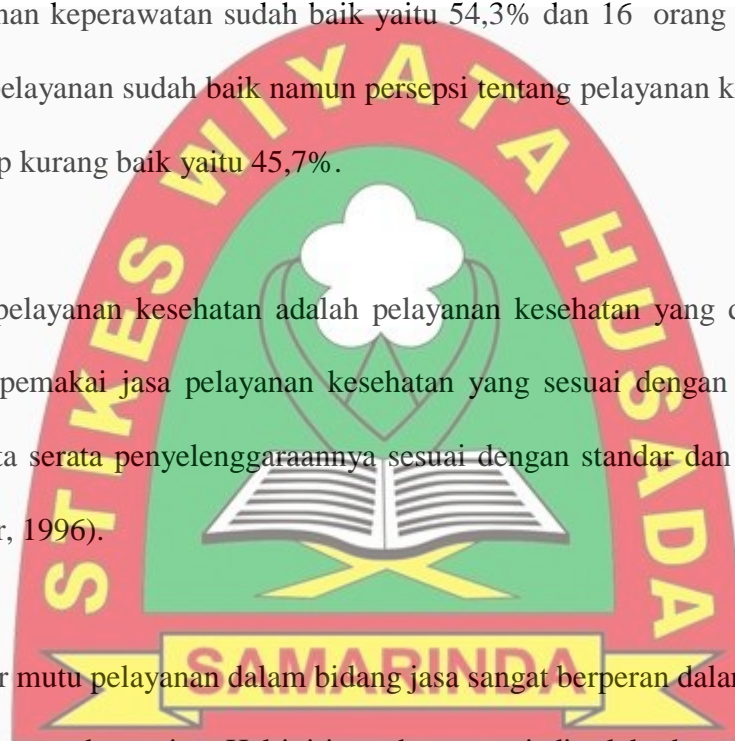
Hasil uji *Chi Square* diperoleh  $p\ value = 0,530$  dengan demikian  $p\ value$  lebih besar dari  $\alpha\ 0,05$ . Berdasarkan kriteria  $H_0$ , maka  $H_0$  diterima, artinya tidak ada perbedaan persepsi antara pasien BPJS dan non BPJS terhadap mutu

keperawatan di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015.

Berdasarkan tabel 5.7 didapatkan hasil bahwa dari 64 pasien terdapat 19 orang yang menyatakan mutu pelayanan keperawatan dan persepsi tentang mutu pelayanan keperawatan sudah baik yaitu 54,3% dan 16 orang yang menyatakan mutu pelayanan sudah baik namun persepsi tentang pelayanan keperawatan masih dianggap kurang baik yaitu 45,7%.

Mutu pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata serata penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi (Azwar, 1996).

Standar mutu pelayanan dalam bidang jasa sangat berperan dalam pemberian jasa kesehatan pada pasien. Hal ini juga dapat menjadi tolak ukur apakah pelayanan yang di dapat di rumah sakit tersebut sudah baik ataukah belum. Sesuai dengan data yang di dapatkan, sebagian besar responden menyatakan bahwa mutu pelayanan sudah baik dan tidak ada perbedaan persepsi yang signifikan antara pasien BPJS dan non BPJS tentang mutu pelayanan keperawatan selama di rawat di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Kendati demikian, masih ada 45,7% pasien menyatakan bahwa mutu pelayanan



sudah baik akan tetapi persepsi responden menyatakan kurang baik atau kurang puas atas pelayanan yang diterima. Beberapa hal bisa menjadi latar belakang mengapa hal tersebut bisa terjadi, misalnya saja seperti yang disampaikan oleh beberapa responden yang menyatakan bahwa kurangnya perhatian perawat kepada pasien dan perawat hanya mengunjungi pasien jika diperlukan saja ataupun saat waktunya dokter untuk melakukan *visite*. Pasien menyatakan hal itu karena mereka merasa sebagai pasien kelas III yang sebagian besar adalah pasien yang membayar dengan jaminan kesehatan, sehingga merasa kurang diperhatikan. Masyarakat luas mempercayai bahwa, pasien yang ditanggung oleh jaminan kesehatan akan mendapatkan pelayanan yang kurang maksimal. Hal ini menyebabkan secara otomatis persepsi masyarakat tentang pelayanan kepada pasien BPJS kurang baik atau kurang memuaskan. Selain itu, hal ini juga dipengaruhi oleh riwayat perawatan yang pernah dijalani pasien sebelumnya. Pasien yang pernah dirawat di Ruang Rawat Inap kelas yang lain (kelas II, I, VIP, dsb) lantas membandingkan dengan pelayanan serta sarana dan prasarana yang mereka dapat saat di rawat di kelas tersebut lebih baik dari pada yang mereka dapat saat dirawat di ruang kelas III.

Hasil penelitian ini menunjukkan hasil yang serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Yuristi Winda B (2013) yaitu tentang Hubungan Kualitas Pelayanan Kesehatan Dengan Kepuasan Pasien Pengguna ASKES Sosial Pada Pelayanan Rawat Inap Di RSUD Lakipadada di Kabupaten Tana Toraja, dimana

hasil penelitian ini menyatakan ada hubungan antara kualitas pelayanan kesehatan dengan kepuasan pasien pengguna ASKES Sosial pada pelayanan rawat inap. Responden dari penelitian ini berjumlah 94 orang, sebagian besar responden 73 orang (77,7%) menyatakan puas terhadap pelayanan kesehatan yang mereka dapatkan. Tidak jauh berbeda dengan penelitian sebelumnya, mutu merupakan tolak ukur dari baik/tidaknya pelayanan jasa yang diberikan. Semakin baik mutu maka semakin baik pula respon pasien terhadap pelayanan.

Berdasarkan tabel 5.7 juga didapatkan hasil dari 64 pasien, 18 orang (62,1%) menyatakan mutu kurang baik dan persepsi baik, sedangkan yang menyatakan mutu dan persepsi kurang baik sebanyak 11 pasien (37,9%) terhadap pelayanan keperawatan di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Berasal dari objek yang sama ternyata menghasilkan persepsi yang berbeda.

Persepsi setiap orang terhadap suatu obyek akan berbeda-beda oleh karena itu persepsi mempunyai sifat subyektif. Persepsi yang dibentuk seseorang dipengaruhi oleh memorinya. Faktor pihak pelaku persepsi di pengaruhi oleh karakteristik pribadi seperti sikap, motivasi, kepentingan atau minat, pengalaman dan pengharapan. Variabel lain yang ikut menentukan persepsi adalah umur, tingkat pendidikan, latar belakang sosial ekonomi, budaya, pekerjaan, kepribadian dan pengalaman hidup individu.

Dalam hal ini ternyata masih ada beberapa responden yang mempunyai persepsi baik terhadap mutu pelayanan perawat yang mereka anggap kurang maksimal di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdulwahab Sjahranie Samarinda, yaitu sebanyak 62,1%.

Persepsi seseorang di pengaruhi faktor internal dan eksternal. Faktor internal antara lain seperti yang terpapar di atas yaitu dipengaruhi oleh karakteristik pribadi sedangkan faktor eksternalnya yaitu berasal dari lingkungan dalam hal ini adalah pelayanan keperawatan yang diterima selama dirawat di rumah sakit.

Berdasarkan hal yang didapatkan selama penelitian, responden menyampaikan bahwa mutu yang mereka dapat memang masih perlu di tingkatkan namun hal itu lantas tidak membuat pasien menyatakan persepsi yang kurang baik terhadap mutu pelayanan yang mereka dapatkan. Hal ini karena mereka menyebutkan bahwa, untuk pasien kelas III pelayanan yang didapatkan sudah cukup untuk membuat mereka merasa nyaman selama proses perawatan di rumah sakit. Sesuai dengan apa yang mereka keluarkan untuk biaya pengobatan dengan sarana dan prasarana yang mereka dapatkan selama dirawat di rumah sakit. Pasien menyatakan hal yang terpenting dalam masa perawatan adalah usaha untuk mencapai kesembuhan pasien.

### C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini mempunyai keterbatasan-keterbatasan yaitu :

1. Rancangan penelitian

Karena penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* maka perbedaan persepsi antara pasien BPJS dan Non BPJS terhadap mutu keperawatan hanya diketahui saat ini saja.

2. Tempat penelitian

Tempat penelitian hanya dikhususkan pada satu kelas saja (ruang rawat inap kelas III). Sehingga masih kurang maksimal jika menjadi indikator dalam mencari perbedaan yang merupakan tujuan dari penelitian ini.

3. Desain penelitian

Penelitian ini merupakan deskriptif analitik, sehingga hanya bersifat menggambarkan dan tidak mengupas tentang masalah penelitian secara terinci.



## BAB VII

### PENUTUP

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan dalam penelitian ini dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Karakteristik responden berdasarkan umur mayoritas responden berumur 20-55 tahun yaitu sebanyak 54 orang (84,4%), karakteristik jenis kelamin responden didapatkan lebih banyak laki-laki dengan jumlah 33 orang (51,6%), dan karakteristik tingkat pendidikan mayoritas responden berpendidikan SMA yaitu sebanyak 30 orang (46,9%),
2. Responden yang menyatakan mutu pelayanan keperawatan baik adalah sebanyak 35 orang (54,7%) dan yang menyatakan mutu pelayanan keperawatan kurang baik 28 orang (45,3%).
3. Responden yang menyatakan persepsi tentang pelayanan keperawatan baik sebanyak 37 orang (57,8%) dan yang menyatakan persepsi tentang pelayanan keperawatan kurang baik 27 orang (42,2%).
4. Hasil uji *Chi Square* diperoleh nilai *p value* = 0,530 dengan demikian *p value* lebih besar dari *alpha* 0,05. Berdasarkan kriteria  $H_0$ , maka  $H_0$  diterima, artinya tidak ada Perbedaan persepsi antara pasien BPJS dan non BPJS terhadap mutu keperawatan di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015.

## B. Saran

### 1. Bagi Instansi

Diharapkan bagi institusi pendidikan kesehatan dapat memperluas ilmu serta pengaplikasian kepada mahasiswa/mahasiswi tentang manajemen pelayanan keperawatan khususnya mutu pelayanan keperawatan.

Diharapkan mahasiswa/mahasiswi dapat mengaplikasikan dengan baik nantinya saat bekerja di lapangan sebagai perawat yang profesional.

### 2. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini sebaiknya dapat dijadikan pengalaman dalam menulis dan meneliti sehingga bila dilakukan penelitian selanjutnya dapat lebih melengkapi kekurangan sebelumnya.

### 3. Bagi Tempat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi, khususnya pada mutu pelayanan keperawatan. Sehingga perawat nantinya dapat memberikan pelayanan keperawatan yang terbaik dan profesional.

### 4. Bagi Praktik Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan untuk meningkatkan tindakan keperawatan mandiri dan profesionalisme perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan pada pasien khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Al-Assaf. 2009. *Mutu Pelayanan Kesehatan: Perspektif Internasional*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Arikunto. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik Edisi Revisi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arwani & Supriyatno. 2006. *Manajemen Bangsal Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Azwar, Azrul. 1996. *Pengantar Administrasi Pemasaran Jasa*. Jakarta: Salemba Empat.
- Hidayat. 2007. *Metodologi Penelitian Kebidanan Teknik Analisa Data*. Jakarta : Salemba Medika.
- Kotler & Keller. 1997. *Manajemen Pemasaran Jilid 1*. Jakarta: Prehallindo.
- Muninjaya, Rambat. 2006. *Manajemen Pemasaran Jasa*. Jakarta: Salemba Empat.
- Nasution. 2004. *Manajemen Jasa Terpadu*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Ningrum, Rinda. 2014. *Hubungan Mutu Pelayanan Kesehatan BPJS Terhadap Kepuasan Pasien Di Poliklinik THT RS Dr. Ramelan Surabaya*. <http://stikeshangtuah-sby.ac.id/download.php/rindamustikaningrum.pdf>. Diakses 15 Januari 2015, Pukul 11,46 WITA.
- Notoatmodjo, Sukijo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. 2003. *Konsep dan Penerapan Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- \_\_\_\_\_. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter Dan Perry, 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses dan Praktik Ed.4*. Ahli Bahasa Yasmin Asih. Jakarta: EGC.
- Profil Kesehatan Indonesia. 2013. *Kementerian Kesehatan RI (Online) Dari <http://www.depkes.go.id>*. Diakses 22 Desember 2014, Pukul 19.25 WITA.
- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

\_\_\_\_\_. 2010. *Perilaku Konsumen: Perspektif Kontemporer pada Motif, Tujuan dan Keinginan Konsumen*. Jakarta: Kencana.

Shirayev & Levy. 2012. *Psikologi Lintas Kultural: Pemikiran Kritis dan Terapan Modern*. Jakarta: Kencana Prenanda

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011. *Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*. Jakarta.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009. *Tentang Kesehatan*. Jakarta.

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004. *Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta.

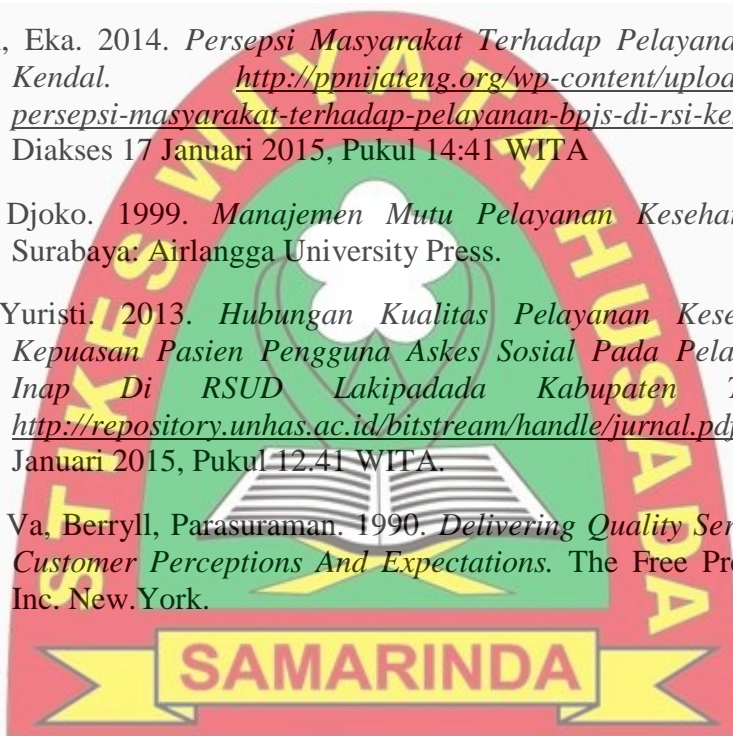
Widyasih, Eka. 2014. *Persepsi Masyarakat Terhadap Pelayanan BPJS di RSI Kendal*. <http://ppnijateng.org/wp-content/uploads/2014/11/38.-persepsi-masyarakat-terhadap-pelayanan-bpjs-di-rsi-kendal.pdf>.

Diakses 17 Januari 2015, Pukul 14:41 WITA

Wijono, Djoko. 1999. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Volume 1*. Surabaya: Airlangga University Press.

Winda, Yuristi. 2013. *Hubungan Kualitas Pelayanan Kesehatan Dengan Kepuasan Pasien Pengguna Askes Sosial Pada Pelayanan Perawat Inap Di RSUD Lakipadada Kabupaten Tana Toraja*. <http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/jurnal.pdf>. Diakses 20 Januari 2015, Pukul 12.41 WITA.

Zeithaml Va, Berryll, Parasuraman. 1990. *Delivering Quality Service, Balancing Customer Perceptions And Expectations*. The Free Press, Macmillan. Inc. New.York.



**PERMOHONAN RESPONDEN**

Samarinda, 9 Juli 2015

Kepada Yth.

Bapak/Ibu Calon Responden

di-

Tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Marina Kristi Layun Rining

NIM : 11 0499 41 01

Alamat : Jln. P.M. Noor, RT. 50, No. 11. Samarinda

Saya mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda yang sedang melakukan penelitian dengan topik “Studi Perbedaan Persepsi antara Pasien BPJS dan Non BPJS terhadap Mutu Pelayanan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”.

Partisipasi yang diharapkan dari Bapak/Ibu adalah turut serta menjawab pertanyaan yang diberikan dan dalam hal tersebut saya menjamin tidak mengakibatkan kerugian apapun karena informasi yang diberikan akan dijamin kerahasiaannya. Bila Bapak/Ibu bersedia, dimohon menandatangani lembar persetujuan dan menjawab sejumlah pertanyaan yang diajukan. Atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu, saya ucapkan terima kasih.

Samarinda, 9 Juli 2015

Marina Kristi Layun R  
**Peneliti**

### PERSETUJUAN RESPONDEN

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti, maka saya bersedia berpartisipasi sebagai responden penelitian dengan topik “Studi Perbedaan Persepsi antara Pasien BPJS dan Non BPJS terhadap Mutu Pelayanan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015 yang dilakukan oleh :

Nama : Marina Kristi Layun R

Nim : 11 0499 41 01

Asal Peneliti : STIKES Wiyata Husada Samarinda

Jurusan : Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES WHS

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak merugikan bagi saya serta segala informasi yang diberikan terjamin kerahasiaannya.

Saya juga memahami bahwa hasil penelitian ini akan menjadi bahan masukan bagi kualitas pelayanan kesehatan karena itu jawaban saya berikan ini adalah sebenarnya

Saya telah diberikan penjelasan yang memuaskan, berdasarkan hal tersebut maka dengan ini saya menyatakan secara sukarela menjadi responden dan berpartisipasi aktif dalam penelitian.

Samarinda, 1 Juli 2015

Responden

---

**FORMAT PENGUMPULAN DATA**

Judul Penelitian : Studi Perbedaan Persepsi Pasien BPJS dan Non BPJS  
 terhadap Mutu Pelayanan Keperawatan di Ruang Rawat Inap  
 Kelas III, RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Tanggal Penelitian : .....

Nomor Responden : .....

**KUESIONER DATA DEMOGRAFI****PETUNJUK PENGISIAN :**

Isilah pertanyaan dibawah ini dengan cara menuliskan jawaban atau memberi tanda cek (  $\checkmark$  ) pada kolom jawaban yang disediakan.

1. Umur : ..... Tahun

2. Pendidikan :  Tidak Sekolah

SD

SMP/SLTP Sederajat

SMA/SLTA Sederajat

Perguruan Tinggi

3. Jenis kelamin :  Laki-laki

Perempuan

A. Kuesioner Persepsi Pasien BPJS dan Non BPJS terhadap Pelayanan Keperawatan

Petunjuk pengisian: berilah tanda checklist (√) atau mengisi pada tempat yang tersedia dengan jawaban yang sesuai seperti: Sangat Setuju (SS), Setuju (ST), Ragu-ragu (RG), Tidak Setuju (TS), Sangat Tidak Setuju (STS).

Pertanyaan untuk Persepsi Pasien BPJS dan Non BPJS terhadap Pelayanan Keperawatan:

No	Pernyataan	SS (1)	ST (2)	RG (3)	TS (4)	STS (5)
1	Perawat dalam berkata-kata dengan anda menggunakan tutur kata yang sopan					
2	Perawat bersikap tidak ramah					
3	Perawat yang baru bertemu dengan anda tidak memperkenalkan diri					
4	Perawat menjelaskan setiap tindakan yang akan dilakukan saat akan merawat anda					
5	Perawat berpenampilan tidak rapi					
6	Perawat berkomunikasi dengan baik dan mudah dimengerti					
7	Perawat mendengarkan dengan penuh perhatian saat anda menyampaikan keluhan anda.					
8	Perawat melakukan pengkajian/wawancara mengenai riwayat penyakit yang dialami					
9	Perawat tidak menjelaskan fungsi obat yang diberikan					
10	Perawat dapat menyelesaikan keluhan anda					

## B. Kuesioner Mutu Pelayanan Keperawatan

Petunjuk pengisian: berilah tanda *checklist* (√) atau mengisi pada tempat yang tersedia dengan jawaban yang sesuai seperti: Sangat Setuju (SS), Setuju (ST), Ragu-ragu (RG), Tidak Setuju (TS), Sangat Tidak Setuju (STS).

Pertanyaan untuk Mutu Pelayanan Keperawatan:

No	Pertanyaan	SS	ST	RG	TS	STS
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Dimensi Reliability: Handal dapat Dipercaya</b>						
1	Penerimaan pasien di ruangan berlangsung cepat					
2	Perawat memberi pertolongan dalam meringankan keluhan sakit anda dengan baik					
3	Perawat tidak tepat waktu merawat anda					
4	Anda bisa mendapatkan pelayanan keperawatan dengan mudah					
<b>Dimensi Assurance: Kepastian, Jaminan</b>						
5	Perawat menjelaskan dan meyakinkan anda sebelum melakukan tindakan					
6	Perawat tidak meminta persetujuan/ketersediaan anda sebelum melakukan tindakan keperawatan					
7	Anda merasa tidak aman dan nyaman terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan oleh perawat					
<b>Dimensi Tangible: Bukti Langsung</b>						
8	Perawat menggunakan seragam dinas dan atribut lengkap saat merawat anda					
9	Alat yang digunakan saat merawat anda tertata rapi dan bersih					
10	Lingkungan tempat anda di rawat tidak nyaman dan aman					
<b>Dimensi Empathy: Empati</b>						
11	Perawat mendengarkan keluhan tentang kondisi penyakit anda					

12	Perawat melayani dengan tidak membedakan status sosial					
13	Perawat tidak memperhatikan perkembangan kesehatan anda					
<b>Dimensi Responsiveness: Daya Tanggap</b>						
14	Perawat memberikan pertolongan dengan cepat saat anda membutuhkan					
15	Perawat membantu membersihkan badan anda saat kondisi anda lemah					
16	Keluhan anda tidak dapat terselesaikan					



## HASIL UJI ANALISIS UNIVARIAT

### 1. Hasil Uji Analisis Univariat Karakteristik Responden

#### Frequencies

[DataSet1] D:\data sekripsi layun\data responden new.sav

#### Statistics

		Umur	Pendidikan	JK
N	Valid	64	64	64
	Missing	0	0	0

#### Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<20 tahun	5	7,8	7,8	7,8
	20-30 tahun	12	18,8	18,8	26,6
	31-40 tahun	16	25,0	25,0	51,6
	41-50 tahun	19	29,7	29,7	81,3
	>50 tahun	12	18,8	18,8	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

#### Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	14	21,9	21,9	21,9
	SMP	14	21,9	21,9	43,8
	SMA	30	46,9	46,9	90,6
	PT	5	7,8	7,8	98,4
	TS	1	1,6	1,6	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

#### Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	33	51,6	51,6	51,6
	Perempuan	31	48,4	48,4	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

## 2. Hasil Analisis Univariat Karakteristik Variabel

### a. Karakteristik Variabel Mutu Pelayanan Keperawatan

#### Frequencies

##### Statistics

total kategorik

N	Valid	64
	Missing	0

##### Total Kategorik

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid mutu baik	35	54,7	54,7	54,7
Valid mutu kurang baik	29	45,3	45,3	100,0
Total	64	100,0	100,0	

### b. Karakteristik Variabel Persepsi Pasien BPJS dan Non BPJS

##### Statistics

Persepsi

N	Valid	64
	Missing	0

##### Persepsi Pasien BPJS dan Non BPJS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid persepsi baik	37	57,8	57,8	57,8
Valid persepsi kurang baik	27	42,2	42,2	100,0
Total	64	100,0	100,0	

## HASIL UJI NORMALITAS DATA

### 1. Hasil Uji Mutu Pelayanan Keperawatan

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
total	64	100,0%	0	0,0%	64	100,0%

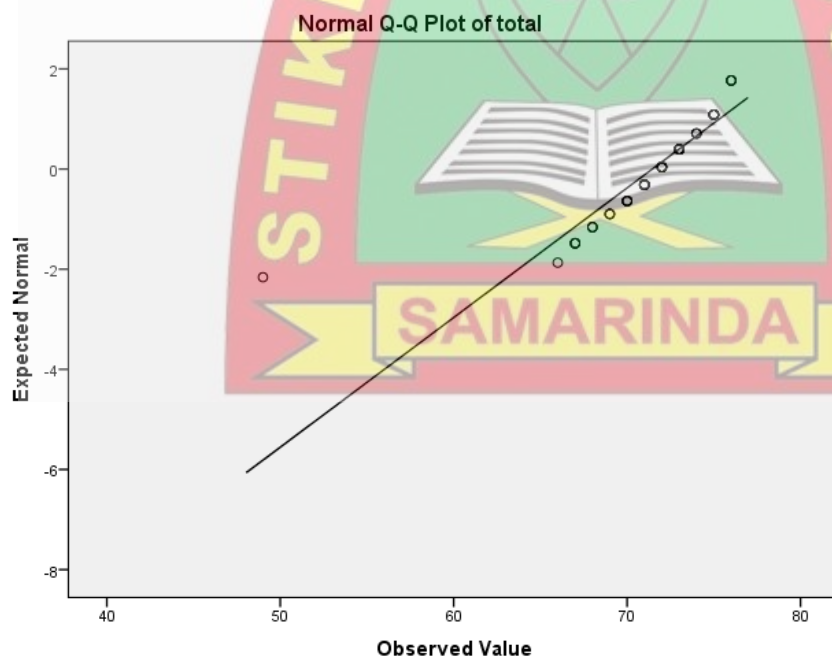
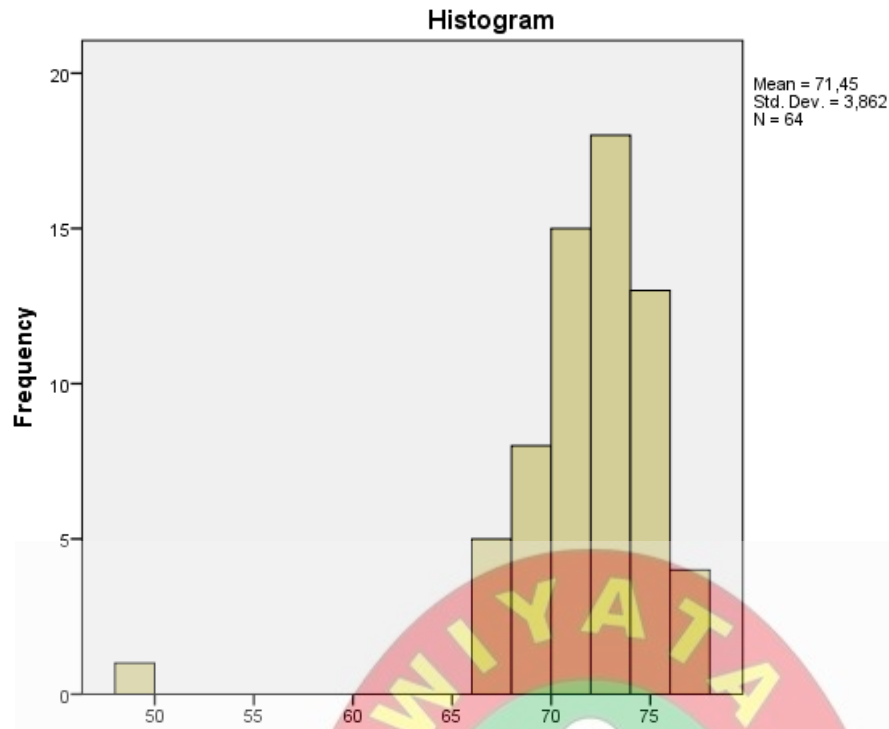
**Descriptives**

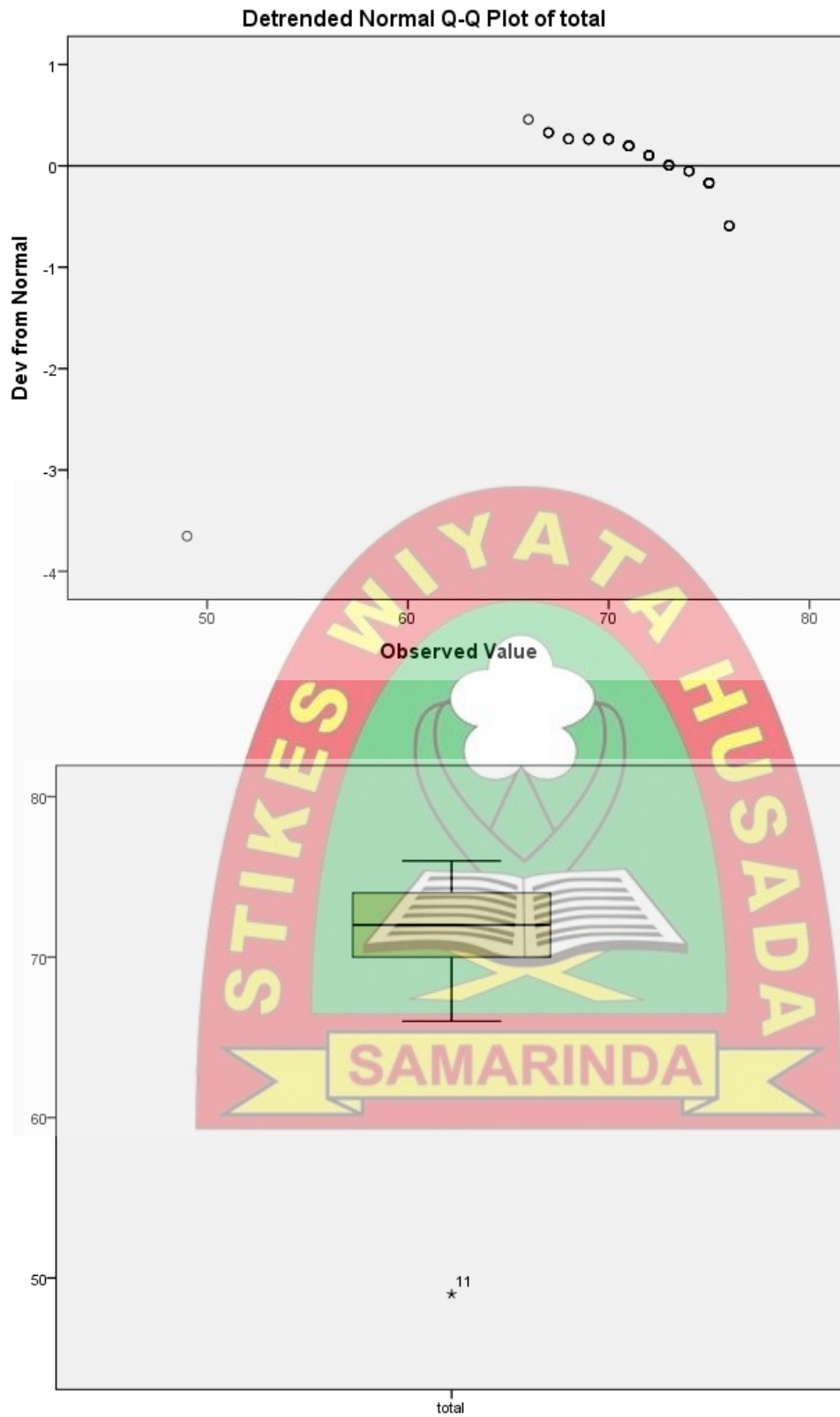
	Statistic	Std. Error
Mean	71,45	,483
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	70,49 72,42
5% Trimmed Mean	71,78	
Median	72,00	
Variance	14,918	
total Std. Deviation	3,862	
Minimum	49	
Maximum	76	
Range	27	
Interquartile Range	4	
Skewness	-3,175	,299
Kurtosis	17,296	,590

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
total	,156	64	,000	,745	64	,000

a. Lilliefors Significance Correction





2. Hasil Normalitas Persepsi Pasien BPJS dan Non BPJS terhadap Pelayanan Keperawatan

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
total	64	100,0%	0	0,0%	64	100,0%

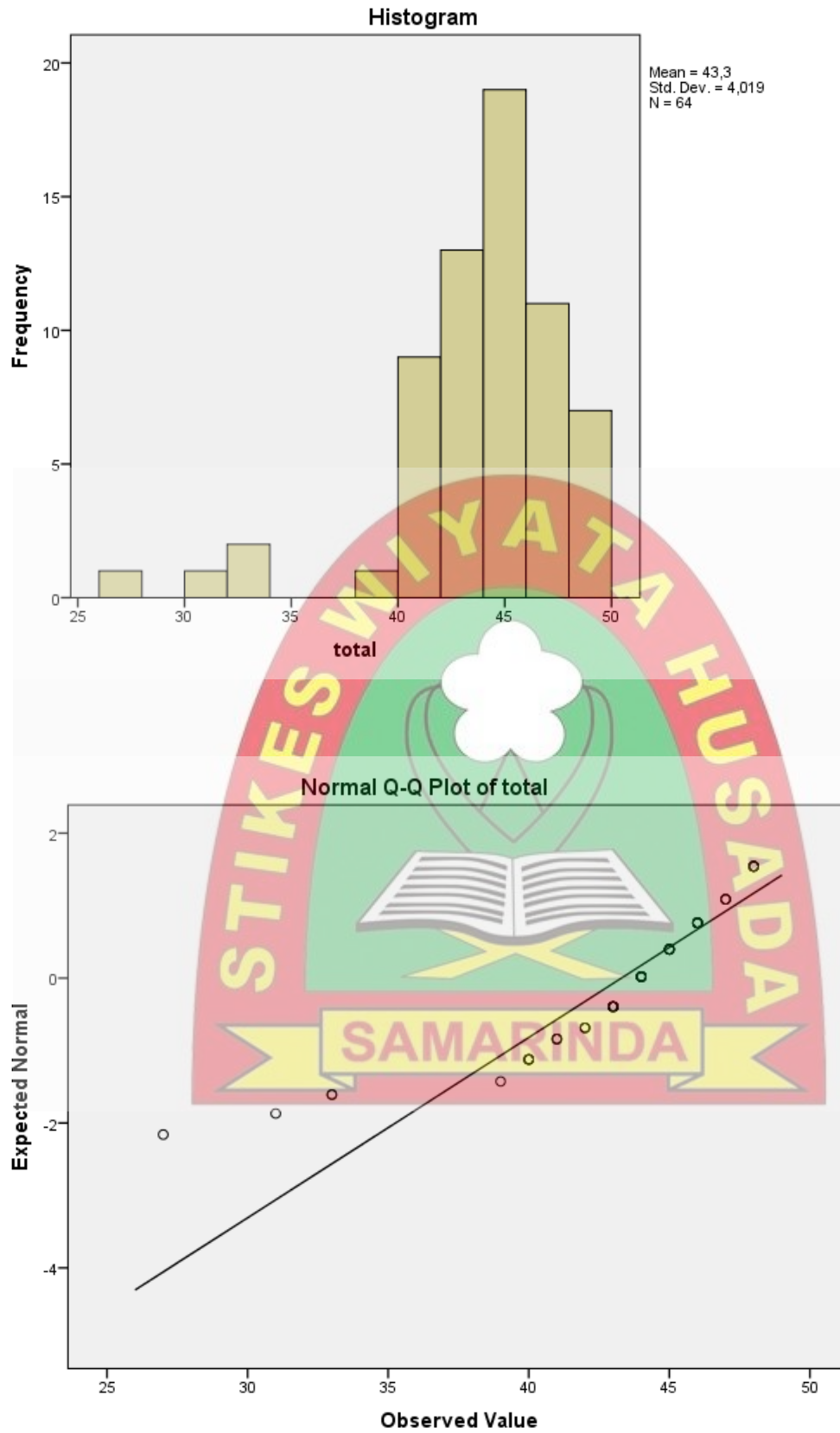
**Descriptives**

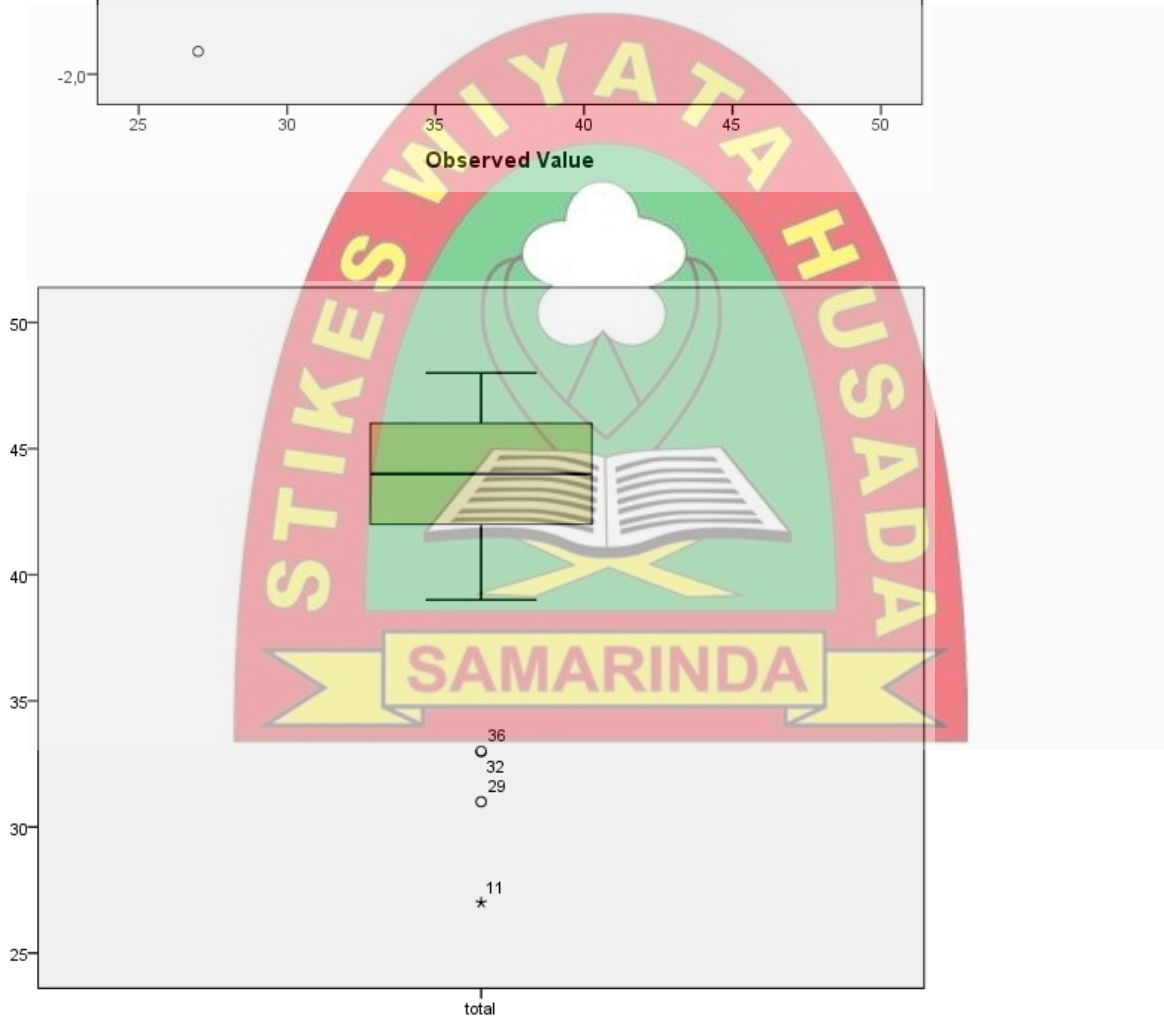
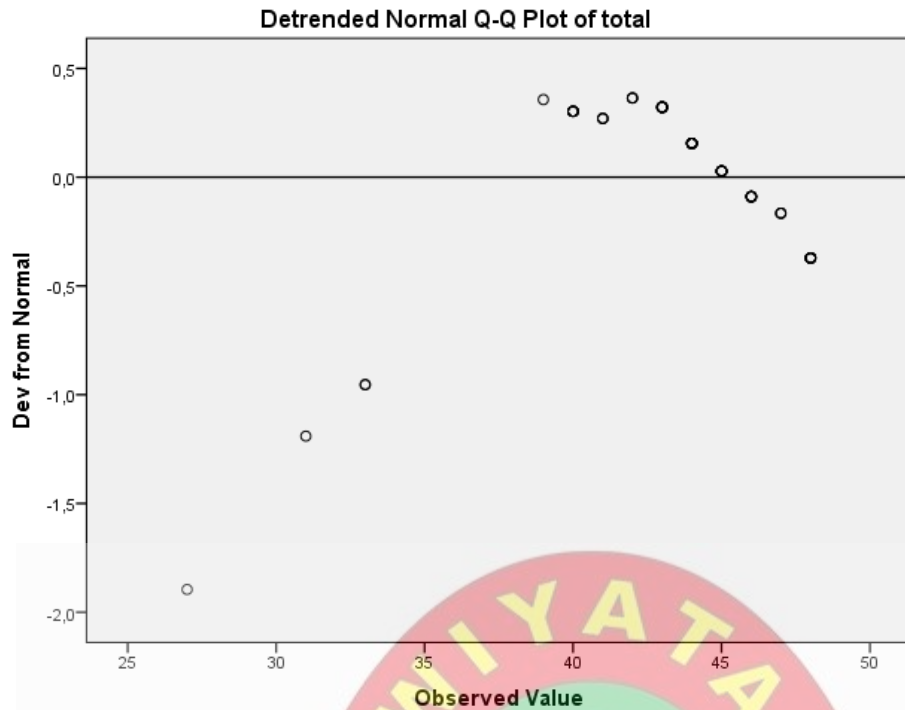
		Statistic	Std. Error
	Mean	43,30	,502
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 42,29	
		Upper Bound 44,30	
	5% Trimmed Mean	43,75	
	Median	44,00	
	Variance	16,149	
total	Std. Deviation	4,019	
	Minimum	27	
	Maximum	48	
	Range	21	
	Interquartile Range	4	
	Skewness	-1,926	,299
	Kurtosis	4,987	,590

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
total	,205	64	,000	,821	64	,000

a. Lilliefors Significance Correction





## HASIL UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS

### 1. Mutu Pelayanan Keperawatan

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,905	20

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Pertanyaan 1	86,10	41,472	,663	,897
Pertanyaan 2	86,40	43,214	,388	,907
Pertanyaan 3	85,73	42,754	,920	,894
Pertanyaan 4	86,43	44,599	,452	,903
Pertanyaan 5	86,27	46,823	,104	,910
Pertanyaan 6	85,73	42,754	,920	,894
Pertanyaan 7	86,67	42,437	,692	,897
Pertanyaan 8	86,10	41,472	,663	,897
Pertanyaan 9	85,63	47,757	,000	,908
Pertanyaan 10	85,73	42,754	,920	,894
Pertanyaan 11	85,97	39,068	,802	,892
Pertanyaan 12	85,93	41,375	,563	,901
Pertanyaan 13	85,83	44,144	,525	,901
Pertanyaan 14	85,73	42,754	,920	,894
Pertanyaan 15	85,73	47,926	-,062	,910
Pertanyaan 16	85,97	39,068	,802	,892
Pertanyaan 17	86,47	45,085	,397	,904
Pertanyaan 18	86,53	41,706	,461	,906
Pertanyaan 19	86,40	46,731	,143	,909
Pertanyaan 20	86,67	42,437	,692	,897

## 2. Persepsi Pasien BPJS dan Non BPJS terhadap Mutu Pelayanan Keperawatan

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,848	12

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Pertanyaan 1	48,17	32,006	,809	,836
Pertanyaan 2	48,30	31,734	,511	,840
Pertanyaan 3	48,17	32,006	,809	,836
Pertanyaan 4	49,17	31,730	,140	,877
Pertanyaan 5	48,50	28,672	,483	,841
Pertanyaan 6	48,33	28,161	,734	,821
Pertanyaan 7	48,23	32,185	,477	,842
Pertanyaan 8	48,63	24,585	,801	,810
Pertanyaan 9	49,63	25,482	,735	,818
Pertanyaan 10	48,33	28,161	,734	,821
Pertanyaan 11	49,10	30,507	,533	,836
Pertanyaan 12	49,17	31,454	,336	,849

## HASIL UJI BIVARIAT

### 1. Perbedaan Persepsi Pasien BPJS dan Non BPJS terhadap Mutu Pelayanan Keperawatan (2x2).

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
mutu pelayanan katagorik * persepsi pelayanan katagorik	64	100,0%	0	0,0%	64	100,0%

Mutu pelayanan Keperawatan \* Persepsi Pasien BPJS dan Non BPJS Crosstabulation

		persepsi pelayanan		Total
		persepsi baik	persepsi kurang baik	
mutu pelayanan	mutu baik	Count 19 % within mutu pelayanan katagorik 54,3%	Count 16 % within mutu pelayanan katagorik 45,7%	35 100,0%
	mutu kurang baik	Count 18 % within mutu pelayanan katagorik 62,1%	Count 11 % within mutu pelayanan katagorik 37,9%	29 100,0%
Total		Count 37 % within mutu pelayanan katagorik 57,8%	Count 27 % within mutu pelayanan katagorik 42,2%	64 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,394 <sup>a</sup>	1	,530		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,139	1	,709		
Likelihood Ratio	,395	1	,530		
Fisher's Exact Test				,615	,355
Linear-by-Linear Association	,388	1	,533		
N of Valid Cases	64				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,23.

b. Computed only for a 2x2 table

**GANN CHART SKRIPSI MAHASISWA REGULER  
PRODI ILMU KEPERAWATAN STIKES WIYATA HUSADA SAMARINDA  
TAHUN AKADEMIK 2014/2015**

No	Kegiatan	Waktu																																									
		Okt' 14		Nov'14				Des'14				Jan'15				Feb'15				Mar'14				Apr'15				Mei'15				Jun'15				Jul'15				Ags'15			
		3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1	Informasi penyelenggaraan skripsi	■	■																																								
2	Pengajuan judul dan nama pembimbing			■	■	■																																					
3	Konfirmasi judul dan nama pembimbing							■	■																																		
4	Revisi judul proposa/skripsi																																										
5	Penelusuran literature, proses pembimbingan dan penyusunan proposal																																										
6	Seminar proposal																																										
7	Revisi dan persetujuan proposal oleh pembimbing																																										
8	Penelitian dan penulisan laporan penelitian																																										
9	Pendaftaran ujian skripsi																																										
10	Pelaksanaan ujian skripsi																																										
11	Revisi laporan skripsi																																										
12	Penyerahan laporan skripsi																																										

\*\*