

Dr. apt. Prasojo Pribadi, M.Sc.



Pengembangan Kuesioner Kualitas Layanan, Kepuasan, Kepercayaan dan Loyalitas Pasien pada Layanan Rawat Jalan Rumah Sakit di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta

Editor

**Prof. Dr. apt. Satibi, M.Si
Dr. apt. Susi Ari Kristina, S.Farm., M.Kes.**

Pengembangan Kuesioner Kualitas Layanan, Kepuasan, Kepercayaan dan Loyalitas Pasien pada Layanan Rawat Jalan Rumah Sakit di Provinsi Daerah Istimewa

Penulis:

Dr. apt. Prasojo Pribadi, M.Sc.

Editor:

Prof. Dr. apt. Satibi, M.Si

Dr. apt. Susi Ari Kristina, M.Kes

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i. Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv. Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi \ paling banyak Rp. 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Pengembangan Kuesioner Kualitas Layanan, Kepuasan, Kepercayaan dan Loyalitas Pasien pada Layanan Rawat Jalan Rumah Sakit di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta

ISBN: 978-602-53981-7-9

Hak Cipta 2017 pada Penulis

Hak penerbitan pada UNIMMA PRESS. Bagi mereka yang ingin memperbanyak sebagian isi buku ini dalam bentuk atau cara apapun harus mendapatkan izin tertulis dari penulis dan penerbit UNIMMA PRESS.

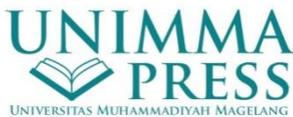
Penulis:

Dr. apt. Prasojjo Pribadi, M.Sc. 

Editor:

Prof. Dr. apt. Satibi, M.Si. 

Dr. apt. Susi Ari Kristina, M.Kes. 



Penerbit:

UNIMMA PRESS

Gedung Rektorat Lt. 3 Kampus 2 Universitas Muhammadiyah Magelang

Jalan Mayjend Bambang Soegeng km.05, Mertoyudan, Magelang 56172

Telp. (0293) 326945

E-Mail: unimmapress@ummgl.ac.id

Hak Cipta dilindungi Undang-undang

All Right Reserved

Cetakan I, April 2019

Kata Pengantar

Alhamdulillah segala puji syukur penulis panjatkan kepada Allah Swt atas segala nikmat dan pertolongan-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan monograf yang berjudul **“Pengembangan Kuesioner Kualitas Layanan, Kepuasan, Kepercayaan dan Loyalitas Pasien pada Layanan Rawat Jalan Rumah Sakit di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta”**.

Tujuan umum penelitian ini adalah mengembangkan dan memvalidasi instrumen kepuasan pada pelayanan pasien rawat jalan di rumah sakit, mengembangkan kuesioner kualitas layanan, kepuasan, kepercayaan dan loyalitas pasien pada layanan rawat jalan rumah sakit. Pada penyusunan monograf ini, dari awal hingga akhir telah banyak pihak yang memberikan bantuan dan masukan. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada mereka berikut ini.

1. Bapak Rektor Universitas Muhammadiyah Magelang, Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan, Civitas Akademika Universitas Muhammadiyah Magelang, atas izin dan kesempatan yang telah diberikan sehingga program tugas belajar ini dapat terlaksana dengan baik dan lancar.
2. Prof. Dr. apt. Satibi, M.Si, selaku promotor dan Dr. Ir. Suci Paramitasari S, M.M, selaku ko-promotor-1 dan Dr. apt. Susi Ari Kristina, M.Kes, selaku ko-promotor-2, atas segala bimbingan, nasihat, saran, dan dukungannya sampai terselesaikannya monograf ini.

Penulis menyadari bahwa monograf ini jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun sangat diharapkan demi kemajuan dan kesempurnaan penulis pada masa yang akan datang. Harapan penulis, semoga monograf ini dapat bermanfaat bagi semua pihak pada umumnya serta perkembangan dan kemajuan ilmu pengetahuan pada khususnya. Amin.

Magelang, Maret 2023

Penulis

Daftar Isi

<i>Kata Pengantar</i>	<i>ii</i>
<i>Daftar Isi</i>	<i>iii</i>
<i>Acknowledgement</i>	<i>v</i>
<i>Daftar Singkatan</i>	<i>vi</i>
1. <i>Pendahuluan</i>	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah	17
1.3. Tujuan Penelitian	17
1.4. Kontribusi Penelitian.....	18
1.5. Keaslian Penelitian.....	18
1.6. Keterbaharuan Penelitian	21
2. <i>Kajian Pustaka</i>	22
3. <i>Metode</i>	54
3.1. Rancangan Penelitian	54
3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian	55
3.3. Populasi dan Sampel Penelitian	55
3.4. Variabel Penelitian.....	59
3.5. Definisi Operasional Variabel	59
3.6. Jalannya Penelitian	63
3.7. Etika Penelitian.....	73
4. <i>Hasil dan Pembahasan</i>	75
4.1. Pengembangan Kuesioner	75

4.2. Pre-Test (Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen.....	80
5. <i>Pembahasan Umum</i>	102
6. <i>Kesimpulan dan Rekomendasi</i>	108
<i>Daftar Referensi</i>	110
Lampiran 1. Ethical Approval.....	136
Lampiran 2. Kuesioner Penelitian	137
Lampiran 3. Perizinan Kesbangpol Provinsi DIY, Gunung Kidul, Sleman	143
Lampiran 4. Perizinan Rumah Sakit	145
Lampiran 5. Surat Keterangan Sebagai Asisten Peneliti.....	156
<i>Glosarium</i>	160
<i>Indeks</i>	162
<i>Profil Penulis dan Editor</i>	164

Acknowledgement

Ayahanda Sugeng Raharjo dan Musyafak, Ibunda Tohiroh (almarhum) dan Robiah, istri tercinta Siti Nurfarikhah, putri tercinta Humaira Afiyah Farah, dan adik-adik tercinta Pramudito Panggih, Pramudana Singgih, Rois Irawan, dan Ahmad Maulin yang telah memberikan doa, kasih sayang, perhatian, dan dukungan selama ini.

Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu yang telah membantu terselesaikannya monograf ini.

Daftar Singkatan

BPS	Badan Pusat Statistik
CRM	<i>Customer Relationship Management</i>
EFA	<i>Exploratory Factor Analysis</i>
FKRTL	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut
FKTP	Jumlah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
IPM	Indeks Pembangunan Manusia
Jamkesmas	Jaminan Kesehatan Masyarakat
JCI	<i>Joint Commission International</i>
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
KMO	<i>Kaiser-Myer-Olkin</i>
PLS	<i>Partial Least Square</i>
SEM	<i>Structural Equation Modelling</i>
<i>Servqual</i>	<i>Service Quality</i>
UNDP	<i>United Nations Development Programme</i>
YLKI	Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia

Pendahuluan

1.1. Latar Belakang

Kesehatan merupakan hal terpenting dalam kehidupan manusia. Individu yang sehat mampu melakukan tindakan sosial dan ekonomi untuk meningkatkan kehidupan secara optimal. Kesehatan juga merupakan aspek penting dalam pembangunan nasional yang mempengaruhi kualitas sumber daya manusia.

Layanan kesehatan di Indonesia merupakan salah satu pelayanan publik yang harus diberikan oleh pemerintah. Undang-Undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009 menyatakan bahwa setiap orang memiliki hak yang sama untuk mengakses pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau (Kemenkumham, 2009). Indonesia sebagai negara berkembang saat ini menghadapi masalah kualitas kesehatan. Berdasarkan data Global Health Index, tingkat kesehatan masyarakat Indonesia saat ini menduduki peringkat 117 dari 199 negara. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pelayanan kesehatan di Indonesia sedikit di bawah rata-rata (Handayani *et. al.*, 2015). Pemerintah memiliki fungsi utama sebagai pelayan masyarakat maka berkewajiban meningkatkan kualitas pelayanan publik

sebagaimana telah ditetapkan dalam Kepmenpan No. 25 Tahun 2004 (Wildan *et. al.*, 2015).

Pemerintah berupaya untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat dengan menerapkan program nasional Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Handayani *et. al.*, 2015). Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan sarana untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas dalam pemberian layanan dan akses ke layanan kesehatan di seluruh wilayah dan kelompok pendapatan. JKN menggunakan sistem pembayaran kapitasi prospektif untuk penyedia layanan primer dan sistem rujukan terstruktur. JKN mencakup hampir 70% populasi dalam 4 tahun pertama. Jumlah permintaan rawat jalan dan rawat inap meningkat dari 25,5 juta pada tahun 2014 menjadi 56,9 juta pada tahun 2016 (Agustina *et. al.*, 2019) .

Jumlah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang memberikan layanan Jaminan Kesehatan Nasional mencapai 22.467 fasilitas pada Agustus 2018, meningkat signifikan dari 18.437 fasilitas pada akhir tahun 2014. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) untuk klinik juga meningkat menjadi 234 unit dari yang sebelumnya hanya 68 unit pada akhir 2014. Rumah Sakit rujukan juga meningkat dari 1.613 unit menjadi 2.196 unit (Databoks, 2018).

Namun, terdapat beberapa kendala dalam pelaksanaannya, seperti kuantitas dan kualitas perawatan primer tidak memadai, kurangnya obat-obatan dan perbekalan kesehatan tertentu, penargetan yang tidak tepat untuk kelompok berpenghasilan rendah dan menengah, masalah perilaku yang

salah, dan sistem informasi kesehatan yang buruk (Agustina *et. al.*, 2019).

Selain itu, terdapat beberapa peraturan dan ketentuan yang tidak lengkap, yang mengakibatkan ketidakpatuhan organisasi kesehatan terkait. Akibatnya, JKN menghadapi banyak kesulitan, seperti proses administrasi yang panjang, kurangnya staf medis pada fasilitas kesehatan, dan kurangnya infrastruktur kesehatan. Diskusi di antara para peneliti dari Institut Administrasi Publik dan BPJS Kesehatan mengenai implementasi JKN mengungkapkan beberapa masalah, meliputi: (1) perbedaan komitmen antara manajemen dan penyedia layanan kesehatan mengakibatkan rendahnya kualitas layanan oleh dokter, perawat, dan tenaga kesehatan; (2) proses administrasi JKN awal yang melelahkan (panjang dan memakan waktu) karena kurangnya sumber daya manusia; dan (3) birokrasi rumah sakit yang kompleks. Situasi ini terjadi karena prioritas utama Kementerian Kesehatan adalah memberdayakan masyarakat dan sektor swasta dalam pengembangan layanan kesehatan serta mendistribusikan fasilitas kesehatan dan obat-obatan secara merata sesuai dengan Rencana Kesehatan Tahun 2010 - 2014. Namun, program kesehatan yang dilaksanakan berdasarkan rencana strategis Kementerian Kesehatan seringkali tidak memiliki panduan yang komprehensif dan terperinci dalam implementasi JKN (Handayani *et. al.*, 2015).

Data pada Badan Pusat Statistik (BPS) menunjukkan bahwa Indeks Pembangunan Manusia (IPM) tahun 2010-2014 di Daerah Istimewa Yogyakarta berbanding lurus dengan tingkat

IPM nasional. Menurut United Nations Development Program (UNDP), HDI adalah indeks yang digunakan untuk mengukur pencapaian pembangunan manusia berdasarkan sejumlah faktor dasar kualitas hidup. IPM diukur dengan pendekatan tiga arah, yaitu indeks kesehatan, indeks pendidikan, dan indeks standar hidup layak (BPS, 2016). KEK Yogyakarta mengalami pertumbuhan IPM secara bertahap dalam kurun waktu 4 tahun. IPM pada tahun 2011 adalah 75,93 dan meningkat menjadi 76,15 pada 2012, dan selanjutnya meningkat menjadi 76,44 pada 2013 dan 76,81 pada 2014. Pertumbuhan IPM di SAR Yogyakarta berdampak pada peningkatan produktivitas ekonomi yang pada gilirannya meningkatkan tingkat pendapatan (BPS, 2016).

Data Badan Pusat Statistik (BPS) menunjukkan bahwa angka Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Daerah Istimewa Yogyakarta pada tahun 2010 - 2014 berbanding lurus dengan tingkat IPM nasional. Menurut United Nations Development Programme (UNDP), IPM merupakan indeks yang digunakan untuk mengukur capaian pembangunan manusia berdasarkan sejumlah komponen dasar kualitas hidup. IPM diukur menggunakan pendekatan tiga dimensi dasar, yaitu indeks kesehatan, indeks pendidikan, dan indeks standar hidup layak (BPS, 2016). Daerah Istimewa Yogyakarta mengalami pertumbuhan IPM secara bertahap dalam kurun waktu 4 tahun. IPM pada tahun 2011 sebesar 75,93 meningkat menjadi 76,15 pada tahun 2012, dan terus mengalami peningkatan menjadi 76,44 pada tahun 2013 dan 76,81 pada tahun 2014. Pertumbuhan IPM di Daerah Istimewa Yogyakarta berdampak pada naiknya

produktivitas perekonomian sehingga tingkat pendapatan juga mengalami kenaikan (BPS, 2016).

Peningkatan pendapatan perkapita mencerminkan peningkatan kesejahteraan ekonomi di masyarakat. Dengan membaiknya perekonomian dan tingkat kesehatan masyarakat, harapan dan kebutuhan akan pelayanan medis yang berkualitas semakin meningkat (Kholid, Syahlani and Satibi, 2012). Kondisi ini berdampak pada pertumbuhan sektor kesehatan, termasuk rumah sakit. Hal ini ditunjukkan oleh tingginya pertumbuhan rumah sakit di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta yang telah mencapai 100% dalam 15 tahun terakhir (BPS, 2017). Secara keseluruhan jumlah rumah sakit pemerintah adalah 14 unit, dan jumlah rumah sakit swasta adalah 60 unit. Sebaran rumah sakit menurut wilayah meliputi sebanyak 8 rumah sakit di Kabupaten Kulonprogo, sebanyak 14 rumah sakit di Kabupaten Bantul, Kabupaten Gunungkidul sebanyak 5 rumah sakit, Kabupaten Sleman sebanyak 27 rumah sakit, serta 20 rumah sakit di Kota Yogyakarta. Sarana pelayanan kesehatan rujukan di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta menyediakan berbagai macam layanan yang relatif baik. Rumah sakit pemerintah tersedia pada kelima kabupaten/kota. Pelayanan rujukan khusus juga telah dikembangkan, antara lain jenis pelayanan kesehatan mata, kesehatan jiwa, dan pelayanan kesehatan paru (BPS, 2017).

Rumah sakit memiliki berbagai jenis layanan medis dan sangat baik dalam mendapatkan kepercayaan publik dan menjaga loyalitas pasien. Salah satu jenis pelayanan medis di rumah sakit adalah pelayanan rawat jalan. Pelayanan rawat jalan

saat ini menjadi perhatian utama bagi manajemen rumah sakit, karena jumlah pasien rawat jalan lebih tinggi dibandingkan dengan perawatan lainnya. Penelitian yang telah dilakukan pada berbagai negara pada umumnya berfokus pada evaluasi kualitas layanan dan kepuasan rawat inap (Moosazadeh, Nekoei-moghadam dan Amiresmaili, 2013), sedangkan penilaian layanan rawat jalan seringkali diabaikan.

Departemen rawat jalan rumah sakit merupakan bagian terpenting dari sistem kesehatan (Margaritis, Katharaki dan Katharakis, 2012), yaitu, sumber utama perawatan pasien ke departemen rawat inap dan titik kontak pertama antara pasien dan rumah sakit. Oleh karena itu, kualitas layanan rawat jalan sangat berkontribusi terhadap keseluruhan kesan pelayanan pasien di rumah sakit (Keshtkaran *et. al.*, 2012). Data BPJS tahun 2015 menunjukkan terjadinya kenaikan pada kunjungan rawat jalan. Pada Maret 2015 jumlah kunjungan pada rawat jalan sebanyak 8.664.678, pada Juni 2015 tercatat mengalami kenaikan menjadi 18.889.953 kunjungan, dan pada penghujung tahun jumlah kunjungan mencapai 39.813.424 (BPJS, 2015). Hal ini menunjukkan bahwa departemen rawat jalan berperan penting dalam menunjang profitabilitas rumah sakit. Oleh karena itu, kemampuan rumah sakit dalam memberikan layanan rawat jalan yang berkualitas sangat penting bagi kelangsungan bisnis dalam jangka panjang (Pouragha dan Zarei, 2016).

Tantangan yang dihadapi sektor kesehatan saat ini adalah pemberian layanan berkualitas tinggi kepada pasien. Salah satu tantangan utama adalah kurangnya tenaga dokter dan spesialis

yang berkualitas dan berpengalaman. Rumah sakit yang menyediakan layanan multidisiplin dan spesialis biasanya penuh sesak dengan pasien, sehingga menyebabkan waktu tunggu yang lama. Waktu tunggu merupakan tantangan lain dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan (Pillay *et. al.*, 2011).

Pemerintah Republik Indonesia melalui Kementerian Kesehatan RI telah menetapkan peraturan akreditasi rumah sakit yang tertuang pada Permenkes No. 34 Tahun 2017, yang salah satunya memiliki tujuan meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit dan melindungi keselamatan pasien rumah sakit. Berdasarkan UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, UU No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, dan Peraturan Menteri Kesehatan No. 1144 / MENKES / PER / VIII / 2010, rumah sakit diharuskan untuk melakukan akreditasi sebagai upaya peningkatan kualitas layanannya. Namun, sampai saat ini setengah dari semua rumah sakit di Indonesia belum terakreditasi oleh standar nasional (Amali, 2014).

Selain itu, standar akreditasi nasional tahun 2012 belum disesuaikan dengan *Joint Commission International (JCI)* yang merupakan standar akreditasi internasional sehingga kualitas layanan rumah sakit umum belum setara dengan rumah sakit internasional dan kebutuhan pemangku kepentingan (Rahma, 2012). Hal ini menyebabkan banyaknya keluhan terhadap pelayanan di rumah sakit.

Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia (YLKI) menyebutkan bahwa keluhan atas kenyamanan dan pelayanan rumah sakit menempati urutan teratas dengan persentase

masing-masing 35% diikuti prosedur dan sikap tenaga kesehatan dengan persentase masing-masing 15%.

Lembaga Ombudsman Daerah Istimewa Yogyakarta menyebutkan pada tahun 2013 kasus kesehatan mendominasi seluruh kasus keluhan di DIY sebesar 42,35%. Kasus terkait kesehatan yang dilaporkan terbagi dalam dua kelompok, yaitu pelayanan rumah sakit dan belum meratanya jumlah penerima manfaat jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) (Hakim, 2013).

Kejadian yang tidak menyenangkan seringkali menyebabkan pasien atau pengunjung memiliki persepsi yang kurang baik terhadap kualitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Kualitas layanan kesehatan dapat secara signifikan memengaruhi kesejahteraan pasien yang sakit sehingga peningkatan standar layanan sangat relevan untuk dilakukan, baik di rumah sakit umum maupun swasta. Terdapat bukti empiris yang menunjukkan bahwa pasien yang puas dengan layanan kesehatan yang diterima lebih cenderung setia terhadap rumah sakit tempatnya berobat. Memberikan dan mempertahankan kualitas layanan dianggap sebagai keunggulan kompetitif utama bagi organisasi, termasuk rumah sakit (Voon *et. al.*, 2014).

Dalam menghadapi persaingan yang semakin ketat dalam beberapa tahun terakhir, penyedia layanan harus selalu memanjakan pelanggannya dengan layanan terbaik. Kualitas pelayanan industri jasa, termasuk industri pelayanan kesehatan, menempati posisi yang sangat penting. Pelanggan mencari

produk jasa dari perusahaan yang dapat memberi mereka layanan terbaik. Pelayanan dengan kualitas tinggi dianggap sebagai faktor kritis dalam membangun loyalitas pasien. Dimensi kualitas layanan yang memberikan kontribusi substansial terhadap kepuasan pasien perlu diidentifikasi sehingga manajemen rumah sakit dapat memprioritaskannya pada faktor spesifik tersebut (Meesala dan Paul, 2016). Pasar kesehatan yang kompetitif biasanya berorientasi pada kualitas sehingga peningkatan kualitas layanan perawatan menjadi tantangan berkelanjutan bagi penyedia layanan kesehatan (Tzeng dan Yin, 2008).

Kualitas layanan merupakan aspek dengan proses penilaian yang kompleks dan paling sering dibahas dalam disiplin ilmu pemasaran. Kualitas pelayanan merupakan konsep multidimensi yang dibangun dengan menilai konstruksi dari sekumpulan atribut yang berhubungan dengan pelayanan yang dideskripsikan secara luas dan dievaluasi secara menyeluruh dalam suatu pelayanan. Konsep kualitas layanan berkembang, terutama dalam kaitannya dengan model penilaian kualitas layanan yang ditawarkan oleh pasar modern. Pelayanan yang berkualitas pada era pasar modern adalah tingkat keunggulan kinerja (*performance*) atau tindakan, manfaat dan fungsi pegawai dalam operasional perusahaan untuk melayani kebutuhan konsumen secara tepat dan memuaskan serta sesuai dengan harapan konsumen (Budianto, 2019). Menurut Bleich, Ozaltin dan Murray (2009), studi kepuasan konsumen ditantang oleh kurangnya definisi ukuran yang diterima secara universal dan

dengan fokus ganda. Beberapa peneliti fokus akan kepuasan pasien dengan kualitas dan jenis layanan yang mereka terima, sementara yang lain fokus akan kepuasan masyarakat dengan sistem kesehatan secara lebih umum. Kunci untuk memecahkan masalah ini ialah agar sektor perawatan kesehatan berfokus pada persepsi kualitas layanan kesehatan.

Banyak riset di bidang pemasaran menunjukkan bahwa kualitas layanan yang baik mengarah pada kepuasan pelanggan (Oliver *et. al.*, 1997). Kualitas pelayanan perlu diperhatikan untuk mendorong terciptanya kepuasan pelanggan pada industri jasa, yang mana kepuasan pelanggan itu akan menciptakan kepercayaan dan loyalitas terhadap perusahaan (Woodside *et. al.*, 1989). Konsumen yang loyal akan mendatangi penyedia layanan jasa yang sama jika membutuhkan. Sebaliknya, jika kualitas layanan yang dirasakan tidak memenuhi keinginan konsumen sebelumnya, ia mungkin tidak puas dan konsumen mungkin akan melakukan *negative word of mouth*, yaitu memberitahukan keburukan jasa perusahaan kepada teman maupun kerabatnya, atau mencegah orang lain menggunakan jasa yang sama (Eggert dan Ulaga, 2002; H. Lee *et. al.*, 2000; Mittal *et. al.*, 1998).

Kualitas layanan memainkan peran utama dalam mencapai kepuasan pasien (Margaritis, Katharaki dan Katharakis, 2012). Secara tradisional, kualitas layanan dinilai oleh langkah-langkah tertentu, seperti morbiditas atau mortalitas. Namun, dalam beberapa dekade terakhir persepsi pasien tentang perawatan mereka juga telah dipertimbangkan

(Shirley dan Sanders, 2013). Dengan demikian, persepsi pasien tentang kualitas layanan berkontribusi secara kritis untuk mencapai kepuasan (Choi *et. al.*, 2004). Penilaian positif kualitas layanan dalam beberapa penelitian dianggap sebagai kepuasan, dan istilah-istilah ini digunakan secara bergantian. Namun, kepuasan pasien hanyalah satu dari beberapa ukuran kualitas perawatan. Penilaian kualitas bersifat spesifik, sedangkan penilaian kepuasan bersifat lebih umum (Jen, Tu dan Lu, 2011; Carlucci, Renna dan Schiuma, 2013). Kepuasan pasien merupakan sikap positif atau negatif yang mencerminkan perasaan pasien sehubungan dengan layanan yang diterima. Pasien harus mengalami pelayanan untuk mendapatkan kepuasan. Sebaliknya, persepsi kualitas layanan belum tentu merupakan hasil dari pengalaman layanan tersebut (De Stefanie *et. al.*, 2002). Kualitas layanan dikaitkan dengan penilaian kognitif, sementara itu kepuasan pasien dikaitkan dengan penilaian afektif (De Stefanie *et. al.*, 2002; Lai and Chen, 2011).

Perbedaan antara kualitas layanan sebagai konstruk kognitif dan kepuasan pasien sebagai konstruk emosional menunjukkan hubungan sebab-akibat yang mana kualitas layanan itu merupakan prediktor kepuasan pasien (Choi *et. al.*, 2004). Beberapa penelitian mengenai hubungan kualitas layanan dengan kepuasan pelanggan menunjukkan bahwa kualitas layanan mengarah kepada kepuasan yang lebih tinggi (Cronin JJ, Brady MK, 2000; Lai dan Chen, 2011). Peningkatan kualitas layanan harus menjadi prioritas utama. Atas dasar pemikiran tersebut, persepsi pengguna terhadap rumah sakit di Indonesia,

terutama cara mereka mengukur kualitas layanan, sangat penting, mendesak, dan menarik untuk dipelajari. Pengetahuan tentang ukuran kualitas (dimensi kualitas) akan membantu praktisi dan pembuat kebijakan di rumah sakit dengan jelas; menilai apa yang perlu dipantau, dianalisis, dipelihara, dan diperbaiki berkenaan dengan kualitas layanan. Oleh karena itu, atribut yang penting dalam peningkatan kualitas layanan kesehatan perlu diketahui dan dijelaskan secara lebih mendalam.

Beberapa literatur mengonseptualisasikan konstruk kepuasan pelanggan dan hubungannya dengan konstruk kualitas layanan (Kandampully dan Suhartanto, 2000; Bowen dan Chen, 2001; Barsky dan Nash, 2002). Teori yang sangat populer terkait dengan pengukuran kualitas layanan adalah *service quality* (servqual), yang diusulkan oleh Parasuraman, Zeithaml, dan Berry (1988). *Service quality* didefinisikan sebagai kualitas layanan dengan lima dimensi yang meliputi *tangible*, *reliability*, *assurance*, *responsiveness*, dan *empathy*, yang mengukur kualitas layanan dengan menganalisis kesenjangan antara persepsi dan harapan (Parasuraman *et. al.*, 1988). Akan tetapi, model ini tidak lepas dari beberapa kritik.

Service quality hanya berfokus akan proses pemberian layanan dibandingkan hasil dari pertemuan layanan, tanpa mempertimbangkan indikator kualitas teknis layanan dan hasilnya (Gronroos, 1990; Richard dan Allaway, 1993; Brady dan Cronin, 2001). Pada aspek pengukuran *service quality* yang responden itu menyelesaikan item harapan dan kemudian

dilanjutkan dengan item persepsi kinerja pada skala Likert yang sama dapat memengaruhi evaluasi responden. Selanjutnya, varian yang diekstraksi dengan skala *service quality* menyumbang proporsi varian item yang sangat rendah (Buttle, 1996; Caruana, Money, dan Berthon, 2000). Selain itu, beberapa peneliti menyampaikan bahwa kualitas layanan merupakan agregasi berbagai sub-dimensi kualitas dan kualitas layanan. Oleh karena itu, merupakan konstruksi multidimensi (Dabholkar *et. al.*, 1996; Brady dan Cronin, 2001; Wilkins *et. al.*, 2007). Berbagai kritik tentang *service quality* memberikan peluang penyelidikan lebih lanjut dari dimensi kualitas layanan dan membuat beberapa peneliti mengembangkan skala mereka sendiri untuk mengukur kualitas layanan (Padma, 2009).

Model diskonfirmasi berpendapat bahwa kualitas dan kepuasan layanan dapat dikonseptualisasikan sebagai perbedaan antara apa yang diharapkan konsumen dan persepsi mereka tentang pengiriman yang sebenarnya telah mendominasi literatur tentang kualitas dan kepuasan layanan (Danaher dan Haddrell, 1996; Martin *et. al.*, 2008). Kritik pendekatan diskonfirmasi didasarkan pada pertimbangan pengukuran dan konseptual. Masalah psikometrik telah diidentifikasi sehubungan dengan penggunaan skor kesenjangan, termasuk masalah keandalan dan validitas diskriminan (Teas, 1993). Kesulitan konseptual dalam pelaksanaan pendekatan diskonfirmasi merupakan fokus yang sempit pada dimensi kognitif kualitas dan kepuasan (Liljander dan Strandvik, 1997; Yu dan Dean, 2001). Hal ini memberikan

peluang untuk penggunaan ukuran skor nonkesenjangan (kinerja absolut) yang menampilkan validitas diskriminan dan nomonologis yang lebih baik.

Kepuasan pasien merupakan salah satu aspek terpenting dan merupakan indikator umum yang digunakan untuk mengukur kualitas dan hasil pelayanan kesehatan (Kleefstra *et. al.*, 2010; Carlucci, Renna, dan Schiuma, 2013; Arab *et. al.*, 2014). Terdapat perkembangan minat dalam menilai kepuasan pasien untuk mengidentifikasi dimensi perawatan yang membutuhkan perbaikan pada beberapa tahun terakhir (Carlucci, Renna, dan Schiuma, 2013). Menurut *American College of Healthcare Executives*, kepuasan pasien merupakan salah satu dari 10 perhatian teratas dari administrator rumah sakit dan sekarang telah menjadi standar untuk menilai kualitas dokter dan institusi medis (Carlucci, Renna, dan Schiuma, 2013; Shirley dan Sanders, 2013).

Kepuasan pasien memiliki nilai penting ditinjau dari beberapa aspek kesehatan organisasi perawatan. Pasien yang puas lebih mungkin untuk mematuhi rejimen pengobatan, mempertahankan hubungan yang berkelanjutan dengan dokter, dan dengan demikian menikmati pengobatan yang lebih baik (Gasquet *et. al.*, 2004; Carlucci, Renna, dan Schiuma, 2013; Shirley dan Sanders, 2013; Arab *et. al.*, 2014). Oleh karena itu, kepuasan pasien berpotensi untuk meningkatkan hasil perawatan kesehatan melalui kontinuitas perawatan dan kepatuhan (Shirley dan Sanders, 2013). Kepuasan yang tinggi berkaitan dengan peningkatan pangsa pasar, hasil keuangan yang lebih

baik, dan berkurangnya klaim malpraktik. Selain itu, skor kepuasan pasien sekarang digunakan untuk menentukan kompensasi penyedia layanan (Shirley dan Sanders, 2013). Dengan demikian, kepuasan pasien terhadap layanan perawatan kesehatan tidak hanya menjadi ukuran kinerja, tetapi juga indikator untuk mengidentifikasi area yang membutuhkan perbaikan menuju penyediaan perawatan yang lebih baik (Gasquet *et. al.*, 2004; Tso, Ng, dan Chan, 2006; Kleefstra *et. al.*, 2010; Shirley dan Sanders, 2013).

Kepuasan pasien pada umumnya bersifat subjektif dan tidak berwujud sehingga peneliti sering menganggapnya sebagai fenomena abstrak dan multidimensi (Hudak dan Wright, 2000). Beberapa penelitian telah dilakukan untuk menyelidiki dan mengukur kepuasan pasien (Badri, Attia, dan Ustadi, 2008; Chahal dan Mehta, 2013; Khudair dan Raza, 2013; Coenen dan Felten, 2017), namun kebanyakan dari mereka mengukur kepuasan pasien dengan menggunakan pandangan kepuasan transaksi spesifik. Hal ini berlawanan dengan beberapa literatur yang menunjukkan bahwa pandangan kepuasan kumulatif lebih baik daripada pandangan kepuasan transaksi spesifik (Fornell *et. al.*, 1996; Johnson *et. al.*, 2001), utamanya di negara-negara yang memiliki sistem perawatan kesehatan yang dinasionalisasi. Hal ini karena pelanggan membuat evaluasi dan keputusan pembelian kembali berdasarkan pengalaman pembelian dan konsumsi mereka hingga saat ini, bukan hanya berdasarkan transaksi atau episode tertentu (Johnson *et. al.*, 2001). Selain itu, kepuasan pelanggan

secara keseluruhan adalah indikator yang mendasar dari kinerja perusahaan pada masa lampau, saat ini, dan masa depan (Fornell *et. al.*, 1996).

Instrumen untuk mengukur kepuasan pasien sebagian besar dikembangkan di negara-negara Barat yang mungkin kurang sesuai jika digunakan di negara-negara yang masih berkembang dikarenakan perbedaan karakteristik masyarakat, kondisi, dan fasilitas medis. Di negara maju, kebanyakan pasien memiliki janji sebelum mereka datang ke rumah sakit dan biaya medis dapat menutupi biaya pengobatan mereka. Dengan demikian, mereka umumnya mengalami waktu tunggu lebih singkat dan biaya lebih rendah jika dibandingkan dengan pasien yang ada di negara-negara berkembang (Wei *et. al.*, 2014). Beberapa negara berkembang seperti India, Thailand, dan Tanzania telah mengembangkan instrumen penilaian kepuasan pasien rawat jalan (OPSQs) (Jaturapatporn *et. al.*, 2006; Goel, Sharma, dan Singh, 2013; Khamis dan Njau, 2014; Mohd dan Chakravarty, 2014). Namun, Indonesia memiliki beberapa perbedaan dengan negara berkembang lainnya. Perbedaan tersebut meliputi: 1) birokrasi rawat jalan serta rawat inap di rumah sakit sangat rumit; 2) kurangnya sistem perawatan primer di masyarakat dan penerapan JKN menghasilkan lebih banyak pasien menggunakan pelayanan kesehatan di rumah sakit sehingga volume rawat jalan harian sangat tinggi; 3) waktu tunggu, lingkungan, dan fasilitas di ruang tunggu menjadi aspek yang sangat penting bagi kepuasan pasien. Kebutuhan untuk mengembangkan dan menguji instrumen kepuasan baru

daripada menggunakan alat ukur yang sudah ada adalah karena sifat unik layanan rawat jalan di Indonesia. Selain itu, banyak penelitian tentang kepuasan pasien dikritik karena tingkat validitas dan reliabilitas yang rendah (Sitzia, 1999; Lilford, Brown, dan Nicholl, 2007) sehingga penting untuk menyediakan alat ukur baru untuk mengevaluasi kepuasan pasien rawat jalan di Indonesia.

1.2. Rumusan Masalah

Literatur telah mengungkapkan bahwa pelanggan mengevaluasi kualitas layanan secara kompleks (Dabholkar, Thorpe, dan Rentz, 1996; Brady dan Cronin, 2001). Permasalahan mendasar dari penelitian kualitas layanan adalah pengukuran dan konseptualisasi kualitas layanan (Brady dan Cronin, 2001; Clemes *et. al.*, 2008). Meskipun para ahli telah sepakat bahwa kualitas layanan merupakan konstruksi multidimensi, tidak ada konsensus tentang berapa banyak nomenklatur dimensi tersebut (Brady dan Cronin, 2001; Clemes *et. al.*, 2008). Selain itu, model kualitas layanan kesehatan yang dikembangkan dengan pendekatan multidimensi masih terbatas.

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengembangkan dan memvalidasi instrumen kepuasan pelayanan pasien rawat jalan di rumah sakit berdasarkan hubungan antara kualitas pelayanan, emosi pasien, kepuasan

pasien, kepercayaan rumah sakit, dan loyalitas pasien terhadap rumah sakit.

1.4. Kontribusi Penelitian

Penelitian ini memberikan kontribusi kepada kalangan akademisi, praktisi, dan masyarakat umum berikut ini.

1. Kontribusi terhadap teori perilaku konsumen melalui verifikasi, penelitian ulang, dan pengembangan model yang lebih komprehensif terhadap penemuan sebelumnya mengenai peran dan hubungan dimensi-dimensi kualitas layanan, emosi pasien, kepuasan pasien, serta kepercayaan dan loyalitas pasien terhadap rumah sakit.
2. Instrumen pengukuran kinerja dimensi layanan dan kepuasan pasien ini akan memudahkan pasien dalam memberikan umpan balik ke rumah sakit terkait dengan pengalaman layanan yang mereka dapatkan.

1.5. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 menunjukkan hubungan antara beberapa variabel anteseden dan kepuasan konsumen yang sejalan dengan gambaran Yi (1990) mengenai jenis penelitian-penelitian anteseden kepuasan konsumen.

**Tabel 1. 1 Penelitian-Penelitian yang Menelaah Anteseden
Kepuasan**

Peneliti	Anteseden Kepuasan	Jenis Jasa	Hasil
----------	-----------------------	------------	-------

Padma, 2010	<i>Infrastructure, Personnel quality, Process of clinical care, Administrative procedures, Safety indicators, Hospital image, Social responsibility, Trustworthiness of the hospital</i>	Rumah Sakit	Pasien dan petugas merawat aspek perawatan interpersonal sebagai yang paling penting karena mereka tidak dapat sepenuhnya mengevaluasi kualitas teknis layanan kesehatan. Studi tersebut juga mengungkapkan bahwa penyedia layanan rumah sakit harus memahami kebutuhan pasien dan petugas untuk mengumpulkan pandangan holistik tentang layanan mereka.
Duggirala, 2008	<i>Infrastructure, Personnel quality, Processes of clinical, care, Administrative processes, Safety indicators, Overall experience of medical care, Social responsibility</i>	Rumah Sakit	Temuan menyoroti tujuh dimensi TQS yang dirasakan pasien dan hubungan di antara mereka. Hubungan positif dan signifikan antara dimensi dan kepuasan pasien telah ditemukan.
Rakhmawati, 2013	<i>The quality of healthcare delivery, The quality of healthcare</i>	Pusat Kesehatan	Pengukuran kualitas layanan Model PHC di Indonesia terdiri dari 24 indikator yang terbagi dalam

	<i>personnel, The adequacy of healthcare resources, The quality of administration process</i>		empat dimensi, yaitu kualitas penyampaian layanan kesehatan, kualitas tenaga kesehatan, kecukupan sumber daya kesehatan, dan kualitas proses administrasi.
Sumaedi, 2016	<i>The quality of healthcare delivery, The quality of healthcare personnel, The adequacy of healthcare resources, The quality of administration process, Perceived sacrifice, Perceived value, Image</i>	Pusat Kesehatan	PSI dipengaruhi secara signifikan oleh kualitas penyampaian layanan kesehatan, kualitas tenaga kesehatan, pengorbanan yang dirasakan, dan nilai yang dirasakan. Namun, kecukupan sumber daya kesehatan, kualitas proses administrasi, dan citra tidak memengaruhi PSI secara signifikan.
Choi, 2013	<i>Waiting time, Service attitude, Quality of medical care, Quality of special services, Quality of environment</i>	Rumah Sakit	Pasien rawat jalan paling tidak puas dengan waktu tunggu (86,8%) dan paling puas dengan kualitas pelayanan medis (90,1%).
Kondasani dan Panda, 2015	<i>Physical Environment, Reliability,</i>	Rumah Sakit	Hasil penelitian menunjukkan bahwa hubungan penyedia layanan, kualitas

	<i>Customer Friendly Staff, Communication, Responsiveness, Privacy and Safety,</i>		fasilitas, dan interaksi dengan staf pendukung berpengaruh positif terhadap persepsi pelanggan.
--	--	--	---

1.6. Keterbaharuan Penelitian

Penelitian ini mengisi kesenjangan literatur yang telah dijelaskan pada rumusan masalah. Pengukuran kualitas layanan medis pada penelitian ini menggunakan pendekatan multidimensi dan kepuasan pasien diukur dengan mengintegrasikan faktor emosi pasien sebagai konsekuensi kegagalan layanan serta mempertimbangkan pandangan kepuasan kumulatif. Penelitian ini menawarkan bukti empiris tentang efek komplementer, yaitu layanan farmasi, kualitas hasil, dan pengalaman emosi yang dirasakan pasien terhadap kepuasan pasien. Penelitian ini juga menelaah ulang konsep *lawlike generalizations*.

2

Kajian Pustaka

1. Kualitas layanan

Definisi kualitas layanan yang dikembangkan oleh [Parasuraman et. al., \(1988\)](#) digunakan terutama untuk membandingkan keunggulan layanan pelanggan ([Cronin dan Taylor, 1992](#)). Kualitas layanan didefinisikan sebagai kesan keunggulan keseluruhan pelanggan atau penyedia layanan dan sering diidentikkan oleh sikap pelanggan secara keseluruhan terhadap perusahaan ([Parasuraman et. al., 1988](#)). Definisi kualitas layanan meliputi beberapa poin; salah satunya adalah sikap yang dikembangkan oleh pelanggan atas semua pelayanan sebelumnya dari perusahaan jasa ([Parasuraman et. al., 1985](#); [Parasuraman et. al., 1988](#)).

Kualitas layanan didefinisikan sebagai sikap konsumen terhadap hasil perbandingan antara harapan layanan dan persepsi kinerja yang sebenarnya. Kualitas layanan didasarkan pada tiga konsep dasar, yaitu bagi konsumen kualitas layanan lebih sulit untuk dievaluasi daripada kualitas barang; persepsi kualitas layanan adalah hasil dari perbandingan harapan konsumen dengan kinerja pelayanan aktual; evaluasi kualitas tak dibuat semata-mata pada hasil layanan, akan tetapi juga ikut

melibatkan evaluasi dari proses pelayanan (Parasuraman *et. al.*, 1985).

Analisis dimensi kualitas layanan terdiri atas menjadi lima kategori, yaitu: *tangibles* (fasilitas, peralatan, dan penampilan staf); keandalan (kemampuan untuk melakukan layanan yang telah dijanjikan *dependably* dan akurat); tanggap (kemauan untuk membantu pelanggan serta memberikan layanan yang cepat); jaminan (pengetahuan dan kesopanan staf serta kemampuan untuk menyampaikan kepercayaan dan keyakinan); dan empati (peduli, perhatian individual organisasi memberikan kepada pelanggan).

Kualitas layanan dibuat dengan interaksi antara pelanggan dan elemen organisasi layanan, dengan mempertimbangkan tiga dimensi kualitas, yaitu kualitas fisik yang meliputi aspek fisik dari layanan (seperti peralatan dan bangunan), kualitas perusahaan termasuk citra perusahaan, atau profil, dan kualitas interaktif yang berasal dari interaksi antara personel kontak dan pelanggan serta antara beberapa pelanggan dan pelanggan lainnya. Kualitas layanan dibedakan menurut proses pelayanan dan kualitas yang terkait dengan hasil layanan (Lehtinen dan Lehtinen, 1982).

Kualitas layanan dibagi menjadi dua jenis, yaitu: kualitas teknis yang melibatkan apa yang pelanggan benar-benar terima dari layanan dan kualitas fungsional yang melibatkan cara di mana layanan ini disampaikan. Total kualitas layanan merupakan fungsi dari tiga komponen yang berbeda: citra

perusahaan, kualitas teknis, dan kualitas fungsional (Grönroos, 1982). Layanan adalah kegiatan berwujud atau manfaat yang diberikan oleh penyedia layanan kepada pelanggan, dapat berupa produk nyata dan sesuatu yang ditambahkan ke layanan tidak berwujud, atau dalam bentuk independen (Kotler dan Keller, 2012). Terdapat beberapa perbedaan pendapat di antara para peneliti terkait dengan sifat layanan, namun secara umum layanan dikenal memiliki empat sifat, yaitu: menjadi tidak berwujud, ketidakterpisahan produksi dan konsumsi, heterogenitas, dan binasa kemampuan (Parasuraman *et. al.*, 1985). Konsep kualitas layanan dapat direpresentasikan dalam cara yang berbeda tergantung pada aspek yang dipertimbangkan dan metode pendekatan yang digunakan. Kualitas layanan utamanya memiliki aspek yang ditekankan pada penilaian subjektif individu pelanggan daripada penilaian secara objektif.

Tabel 2.1 Dimensi Service Quality

Peneliti	Negara	Jenis Jasa	Dimensi Kualitas Pelayanan
Garratt, Bjærtnes, Krogstad, dan Gulbrandsen (2005)	Norwegia	Rumah Sakit Umum	Akses klinik, komunikasi, organisasi, standar rumah sakit, informasi, komunikasi prakunjungan.

Wei <i>et. al.</i> (2015)	China	Rumah Sakit Umum	Waktu tunggu, sikap pelayanan, mutu perawatan medis, mutu pelayanan khusus, mutu lingkungan.
Zarei (2015)	Iran	Rumah Sakit Umum	Konsultasi dokter, informasi kepada pasien, proses penerimaan, lingkungan fisik, aksesibilitas, waktu tunggu, janji temu, dan biaya layanan.
Bautista dan Tangsoc (2016)	Philippina	Rumah Sakit Umum	Peralatan dan fasilitas, suasana, manajemen sumber daya, layanan administrasi, sikap, kompetensi, keandalan.
Chahal, Sharma, dan Gupta (2004)	India	Pusat Layanan Kesehatan	Perilaku dokter, perilaku staf yang pendukung, atmosfer, kinerja operasional.
Baltussen dan Ye (2006)	Burkina Faso	Rumah Sakit Umum	Praktik dan perilaku personel kesehatan, kecukupan sumber daya dan layanan, pemberian perawatan kesehatan, aksesibilitas

			finansial dan fisik perawatan.
Lien, Wu, Chen, dan Wang (2014)	Taiwan	Rumah Sakit Umum	Kualitas interaksi, fisik, fisik, kualitas lingkungan, kualitas hasil.
Duggirala, Rajendran, dan Anantharaman (2008)	India	Pusat Layanan Kesehatan	Infrastruktur, kualitas personel, proses perawatan klinis, proses administrasi, indikator keselamatan, pengalaman keseluruhan perawatan medis, tanggung jawab sosial.
Padma, Rajendran, dan Lokachari (2010)	India	Pusat Layanan Kesehatan	Infrastruktur, kualitas personel, proses perawatan klinis, prosedur administrasi, indikator keselamatan, tanggung jawab sosial.
Sumaedi <i>et. al.</i> (2016)	Indonesia	Pusat Layanan Kesehatan	Kualitas layanan kesehatan, kualitas tenaga kesehatan, kecukupan sumber daya kesehatan, kualitas proses administrasi.

Rakhmawati <i>et. al.</i> (2013)	Indonesia	Pusat Layanan Kesehatan	Kualitas layanan kesehatan, kualitas tenaga kesehatan, kecukupan sumber daya kesehatan, kualitas proses administrasi.
Meesala dan Paul (2016)	India	Rumah Sakit Umum	<i>Tangibility, reliability, responsiveness, assurance,</i> dan <i>empathy.</i>
Reidenbach and Smallwood (1990)	USA	Rumah Sakit	Keyakinan pasien, empati, kualitas pengobatan, waktu tunggu, penampilan fisik, layanan pendukung, aspek bisnis.
Cunningham (1991)	USA	Rumah Sakit	Kualitas klinis, kualitas yang didorong oleh pasien, kualitas yang didorong oleh ekonomi.
Camilleri dan Callaghan (1998)	Malta	Rumah Sakit	Perawatan profesional dan teknis, personalisasi layanan, harga, lingkungan, fasilitas pasien,

			aksesibilitas, jasa boga.
--	--	--	---------------------------

Identifikasi dimensi kualitas layanan menarik untuk diteliti (Parasuraman *et. al.*, 1985). Pengembangan instrumen untuk mengukur kualitas layanan perlu menjadi fokus utama penelitian lebih lanjut (Cronin dan Taylor, 1992; Parasuraman *et. al.*, 1988). Perdebatan operasional-besar pertama telah difokuskan pada apakah kualitas layanan harus diukur sebagai persepsi atau sebagai diskonfirmasi. Cronin dan Taylor (1992) menunjukkan bahwa persepsi kualitas pelayanan lebih cocok digunakan untuk evaluasi pelanggan terhadap layanan yang disediakan. Paradigma diskonfirmasi sebagaimana dijelaskan (Parasuraman *et. al.*, 1994) memungkinkan penyedia layanan untuk mengidentifikasi kesenjangan layanan yang disediakan.

Kualitas perawatan dari perspektif pasien dan kepuasan pasien merupakan dua konsep multidimensi utama yang digunakan beberapa kali secara bergantian. Kontroversi dalam perawatan kesehatan ialah mengenai apakah pasien sebenarnya adalah konsumen. Kontroversi ini mungkin menjadi akar kegagalan keseluruhan layanan rumah sakit. Secara teknis, definisi pelanggan adalah setiap orang yang memiliki harapan tentang operasi proses atau keluaran. Oleh karena itu, semua pasien merupakan pelanggan, tetapi tidak semua pelanggan merupakan pasien. Kualitas asuhan memiliki profil subjektif

karena melibatkan proses evaluasi kognitif dan determinan objektif, yaitu “asuhan” sebagai hasil, proses, atau ukuran struktur. Di sisi lain, kepuasan pasien cenderung memiliki profil dan determinan yang objektif, yang merupakan ketundukan pasien. Jika kita menambahkan “yang dirasakan” untuk kedua istilah (kualitas dan kepuasan), kita menyimpulkan hasil makna yang berlawanan: kualitas perawatan yang dirasakan dan kepuasan yang dirasakan menjadi konsep yang sepenuhnya subjektif karena didasarkan pada perasaan pasien sendiri (Xesfingi dan Vozikis, 2016).

2. Kepuasan pasien

Kepuasan pasien adalah indikator penting dan banyak digunakan untuk mengukur kualitas perawatan medis. Kepuasan pasien mempengaruhi hasil klinis, retensi pasien, serta klaim malpraktik. Hal ini berdampak pada penyampaian layanan medis berkualitas yang berpusat pada pasien secara tepat waktu dan efisien. Oleh karena itu, kepuasan pasien merupakan proksi, tetapi menjadi indikator yang efektif untuk keberhasilan dokter dan rumah sakit (Prakash, 2010).

Kepuasan pasien merupakan akumulasi dari semua pengalaman pasien di rumah sakit. Kepuasan bisa tinggi atau rendah. Ketika berbicara tentang peningkatan layanan atau peningkatan kepuasan pasien, kita berbicara tentang peningkatan pengalaman perawatan, menghasilkan evaluasi pasien yang lebih positif. Kepuasan pasien merupakan hasil dari

apa yang dibawa oleh pasien dan pemberi layanan pada pertemuan klinis. Kepuasan pasien bukanlah produk sepihak dari rumah sakit dan stafnya berupa prosedur klinis yang tepat dan kesopanan dasar. Persepsi pasien tentang perawatan selalu disaring melalui jubah budaya, pengalaman, harapan, dan kinerja. Pasien menentukan kriteria konten dan kinerja untuk perawatan yang memuaskan, bukan staf klinis. Staf harus memahami sesuatu tentang pasien jika ingin kepuasan pasien berkembang melampaui tingkat pengalaman dasar dengan faktor layanan sederhana (Press, 2006).

Kepuasan cenderung mencerminkan kualitas layanan kesehatan yang diberikan. Hal ini merupakan gagasan psikologis yang dapat dengan mudah dipahami, tetapi sulit untuk didefinisikan. Pengalaman kepuasan mungkin terkait dengan kebahagiaan, kekayaan, kemakmuran dan kualitas hidup. Dalam atribusi teknisnya, hal ini merupakan penilaian yang ditetapkan oleh pelanggan layanan yang didokumentasikan setelah pengalaman konsumsi (Priporas, Laspa dan Kamenidou, 2008). Kepuasan pasien merupakan target bergerak yang harus dipantau dan ditingkatkan dari waktu ke waktu. Kegagalan untuk melakukannya berdampak pada tidak terpenuhinya harapan bahwa kepuasan pasien akan meningkat atau menghadirkan peluang baru untuk dieksploitasi oleh pesaing. Memahami harapan pasien dapat memungkinkan penyedia layanan kesehatan merespons secara proaktif. Kemampuan organisasi mana pun untuk memuaskan

pelanggannya paling mudah direalisasikan ketika harapan tersebut dikelola sehingga konsisten dengan produk dan proses yang disediakan (Friesner *et. al.*, 2009).

Kepuasan pasien sangat dipengaruhi oleh variabel komunikasi pasien-dokter dan pada semua titik waktu, kepuasan dipengaruhi oleh usia pasien dan status fungsional. Kepuasan pasien digunakan untuk empat tujuan, yaitu: 1) membandingkan program atau sistem perawatan kesehatan yang berbeda; 2) mengevaluasi kualitas perawatan; 3) mengidentifikasi aspek layanan mana yang perlu diubah untuk meningkatkan kepuasan pasien; dan 4) untuk membantu organisasi dalam mengidentifikasi konsumen yang cenderung tidak mendaftar (Jackson, Chamberlin, dan Kroenke, 2001).

Menurut Senarath *et. al.*, (2006) kepuasan pasien diukur dengan beberapa dimensi utama, meliputi: aksesibilitas, aspek interpersonal dari perawatan, lingkungan fisik, aspek teknis perawatan, dan hasil perawatan. Kepuasan pasien diprediksi oleh faktor-faktor yang berkaitan dengan kepedulian, empati, reliabilitas, dan tanggung jawab (Tucker dan Adams, 2001). Dimensi lain telah diperkenalkan untuk menangkap evaluasi perawatan kesehatan pasien, antara lain: layanan inti, kustomisasi, kredibilitas profesional, kompetensi, dan komunikasi (Ramsaran, 2005).

Kepuasan pasien merupakan salah satu dimensi kualitas yang terpenting serta merupakan indikator keberhasilan utama dalam perawatan medis (Pakdil dan Harwood, 2007). Zineldin

(2006) mendefinisikan bahwa kepuasan merupakan respons emosional. Kualitas layanan yang dirasakan dan kepuasan pelanggan terlihat serupa, tetapi merupakan konstruksi yang berbeda yang dapat didefinisikan dan dievaluasi dengan cara yang berbeda. Zeithaml dan Bitner (2000) berpendapat bahwa “kualitas layanan dan kepuasan pelanggan memiliki beberapa kesamaan; kepuasan umumnya dianggap sebagai konsep yang luas, tetapi penilaian kualitas layanan berfokus pada aspek layanan”. Kualitas layanan dianggap sebagai konstruksi kognitif, sedangkan kepuasan dianggap sebagai konsep yang lebih kompleks, yang mencakup komponen kognitif dan afektif. Kepuasan diyakini sebagai respons sikap terhadap penilaian yang dibuat oleh pasien tentang pertemuan klinis mereka (Kane, Maciejewski, dan Finch, 1997). Kepuasan, bagaimanapun juga dianggap sebagai respons konsumen global empat konsumen merefleksikan tingkat kesenangan mereka. Kepuasan bergantung pada pengalaman sebelumnya dan didasarkan pada prediksi/norma kinerja yang didorong oleh petunjuk konseptual. Kualitas layanan yang dirasakan dapat diperbarui untuk setiap transaksi individu atau pengalaman layanan, tetapi cenderung bertahan lebih lama daripada kepuasan. Dapat dipahami bahwa ini bersifat sementara dan hanya mencerminkan pengalaman layanan tertentu (Vinagre dan Neves, 2008).

Kepuasan merupakan salah satu bentuk sikap (Parasuraman, Zeithaml, dan Berry, 1988). Lebih khusus lagi,

kepuasan mewakili keadaan perasaan emosional pelanggan (Zineldin, 2006; Falk *et. al.*, 2010). Menurut paradigma diskonfirmasi, kepuasan merupakan hasil dari penilaian pada ketidaksesuaian antara kinerja penyedia dan harapan pelanggan (Falk, Hammerschmidt, dan Schepers, 2010). Diskonfirmasi positif ialah kinerja penyedia lebih tinggi daripada yang diharapkan, mengarah pada kepuasan, sedangkan diskonfirmasi negatif menyebabkan ketidakpuasan (Falk *et. al.*, 2010). Kepuasan pasien mengacu pada keadaan perasaan emosional pasien yang berkaitan dengan perbedaan antara kinerja penyedia layanan kesehatan dan harapan pasien. Diskonfirmasi positif menunjukkan bahwa pasien merasa puas, sedangkan ketidakpuasan pasien merupakan hasil dari diskonfirmasi yang negatif (Zineldin, 2006b; Moliner, 2009; Amin dan Nasharuddin, 2013; Chang dan Chang, 2013).

Survei kepuasan pasien bila digunakan sebagai alat administrasi berfungsi untuk mengidentifikasi hubungan penurunan kepuasan pasien dengan pemotongan biaya, jumlah pasien yang tinggi, dan penggunaan ekstender perawatan. Penyedia layanan tidak dapat mengabaikan efek kepuasan pasien (atau ketiadaan) terhadap hasil klinis. Pasien yang puas menunjukkan kepatuhan yang lebih besar terhadap rejimen pengobatan mereka dan oleh karena itu mencapai hasil yang lebih baik, sementara pasien yang tidak puas menunjukkan kepatuhan yang lebih rendah dan menghasilkan hasil yang lebih buruk.

Cheng, Yang, dan Chiang (2003) menemukan bahwa keterampilan interpersonal lebih berkorelasi positif dengan kepuasan pasien daripada kompetensi klinis dalam manajemen kasus stroke, diabetes, seksio sesarea, dan apendektomi. Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa fasilitas dengan persentase kepuasan pasien yang tinggi tidak serta merta menerima rekomendasi yang tinggi dari konsumennya. Rekomendasi lebih mungkin berkorelasi dengan persepsi pasien tentang kompetensi teknis. Studi tersebut menunjukkan bahwa meskipun menilai fasilitas tinggi, pasien belum tentu merekomendasikannya kepada orang lain.

Temuan ini mungkin dapat diterapkan pada layanan rehabilitasi fisik. Penyedia layanan rehabilitasi dibandingkan dengan disiplin lainnya mungkin menghabiskan lebih banyak waktu berkualitas dengan pasien mereka, terlibat dalam komunikasi yang lebih langsung, memberikan pendekatan langsung untuk perawatan, dan menangani pasien untuk jangka waktu yang lebih lama. Namun, direktur rehabilitasi akan disarankan untuk tidak berasumsi bahwa terapis dengan peringkat survei kepuasan pasien tertinggi merupakan yang paling efektif atau kompeten. Proses dan komponen struktural perawatan mungkin lebih mencerminkan kepuasan pasien. Waktu ruang tunggu berkorelasi negatif dengan kualitas yang diukur melalui kepuasan pasien (Rahman *et. al.*, 2002).

Kepuasan pasien berkaitan dengan bagaimana pasien mengevaluasi kualitas pengalaman perawatan kesehatan

mereka. Kepuasan pasien semakin dinilai dalam survei pengaturan perawatan kesehatan sebagai penanda kualitas perawatan, bersama dengan dimensi kualitas lain seperti akses, relevansi dengan kebutuhan, efektivitas, dan efisiensi. Kepuasan pasien merupakan konsep multidimensi karena pasien berbeda dalam pandangannya tentang aspek khusus perawatan kesehatan mereka, seperti perilaku dokter terhadap mereka, informasi yang diberikan, keterampilan teknis dokter, serta akses dan kualitas pengaturan perawatan kesehatan. Pada umumnya faktor terpenting adalah perilaku dokter karena hal ini dapat memengaruhi penilaian secara signifikan dari semua aspek perawatan kesehatan lainnya (Weinman, 2001).

Kepuasan pelanggan didefinisikan dalam banyak cara, tetapi konsep yang diterima secara luas adalah bahwa kepuasan merupakan penilaian atau evaluasi pasca-transaksi. Kepuasan dapat dilihat secara langsung sebagai keseluruhan emosi (Fornell, 1992). Kunci untuk membedakan kepuasan dari sikap adalah bahwa penilaian kepuasan berhubungan dengan transaksi individu, sedangkan sikap bersifat lebih umum (Bitner, 1990). Hal ini menunjukkan bahwa kepuasan dapat berbeda berdasarkan persepsi kualitas.

Kepuasan dalam pengobatan adalah evaluasi pasien dari proses minum obat sampai dengan hasil yang terkait dengan obat-obatan atau menekankan pada proses dan hasil (Weaver *et. al.*, 1997). Kepuasan dikategorikan berdasarkan empat konsep, yaitu: evaluasi kinerja (karakteristik yang menonjol

layanan), diskonfirmasi harapan (*gap* antara harapan dan pengalaman aktual), respons emosional individu untuk layanan dan menghasilkan tindakan (berbasis *assessment*), serta evaluasi individu dari apa yang diperoleh dibandingkan dengan biaya yang dikeluarkan (penilaian berbasis ekuitas) (Schommer dan Kucukarslan, 1997).

Kepuasan dapat dilihat sebagai sejauh mana seorang individu mampu menjalankan perilaku yang diinginkan berdasarkan layanan. Kepuasan sebagai penghakiman individu terhadap produk atau jasa merupakan reaksi emosional yang dihasilkan dari evaluasi produk atau jasa yang diikuti oleh penilaian yang dibuat oleh seorang individu tentang bagaimana layanan yang diberikan, yang menghasilkan kesenangan atau ketidaksenangan (Schommer, 2003). Kepuasan diasumsikan sebagai evaluasi kognitif, yaitu respons emosional terhadap struktur, proses sistem, dan hasil (Gourley *et. al.*, 2001). Kepuasan pasien dipandang sebagai evaluasi pribadi terhadap pelayanan kesehatan dan penyediannya (Larson *et. al.*, 2002). Penentu kepuasan dapat dianggap sebagai preferensi dan harapan pasien. Evaluasi pasien dari struktur, proses, dan hasil perawatan mereka merupakan prediktor perilaku pasien, seperti pemanfaatan perawatan serta kesinambungan dengan penyedia dan pemenuhan (Mackeigan dan Larson, 1989).

Kepuasan pasien sering dilaporkan sebagai hasil penilaian humanistik; berfungsi sebagai penentu dari kelangsungan hidup dan keberlanjutan layanan kesehatan. Hal ini dapat

menyebabkan pemanfaatan lebih efektif dari sumber daya kesehatan. Ada bukti yang menunjukkan bahwa pasien yang puas lebih mungkin untuk terus menggunakan layanan kesehatan, menghargai, dan memelihara hubungan dengan penyedia layanan kesehatan, mematuhi pengobatan, dan memiliki hasil kesehatan yang lebih baik. Kepuasan pasien merupakan indikator penting dari kualitas layanan yang diberikan dan sangat penting bagi pemantauan terus-menerus dan peningkatan kualitas dalam sistem layanan kesehatan (Panvelkar *et. al.*, 1965).

Kepuasan pasien dengan perawatan kesehatan telah dinilai pada berbagai dimensi, termasuk komunikasi provider, keterlibatan pasien dalam keputusan perawatan, perilaku penyedia, persepsi kualitas perawatan, lingkungan fisik, kompetensi profesional, kualitas pribadi, biaya atau kenyamanan, serta keperawatan dan perawatan medis (Chahal *et. al.*, 2004; Kui-Son *et. al.*, 2005; Nketiah dan Hiemenz, 2009). Kepuasan pasien dengan apoteker atau pelayanan farmasi dapat dinilai dari kompetensi teknis, aksesibilitas, kompetensi dalam pengeluaran, komunikasi profesional, kenyamanan fisik dan emosional, lokasi ditambah kenyamanan, kepercayaan, keterampilan interpersonal, penjelasan, pengetahuan, dan pelayanan (Briesacher dan Corey, 1997; Lang dan Fullerton, 1992).

Kepuasan pelanggan adalah fungsi dari persepsi kualitas dan diskonfirmasi. Kualitas yang sesuai dengan harapan

berdampak lebih besar terhadap kepuasan dan niat pembelian kembali dari kualitas yang melebihi harapan. Lebih penting lagi, elastisitas niat pembelian kembali terhadap kepuasan lebih rendah bagi perusahaan-perusahaan yang menyediakan harapan yang tinggi (Anderson dan Sullivan, 1993).

Pada saat ini, fokus terhadap kepuasan dan ketidakpuasan pelanggan semakin besar, karena tujuan perusahaan pada dasarnya adalah menciptakan kepuasan pelanggan. Semakin tinggi kepuasan pelanggan maka semakin besar keuntungan perusahaan karena pelanggan akan melakukan pembelian kembali produk perusahaan. Namun, jika kepuasan pelanggan rendah, terdapat kemungkinan pelanggan beralih ke produk pesaing.

3. Kepercayaan

Sebagian besar definisi kepercayaan dijelaskan sebagai keyakinan perusahaan bahwa mitra mengambil tindakan yang memiliki konsekuensi positif bagi perusahaan (Moorman, Deshpande, dan Zaltman, 1993; Morgan dan Hunt, 1994). Sirdeshmukh, Singh, dan Sabol (2002) menjelaskan bahwa kepercayaan adalah harapan yang dipegang konsumen bahwa penyedia layanan “dapat diandalkan untuk memenuhi janjinya”.

Anderson dan Weitz, (1989) mendefinisikan kepercayaan sebagai keyakinan suatu pihak bahwa kebutuhan masa depannya dipenuhi oleh tindakan pihak lain. Selain itu, Morgan dan Hunt (1994) menyatakan bahwa kepercayaan ada ketika para pihak yakin akan keandalan dan integritas mitra pertukaran mereka. Kepercayaan adalah hal penting karena membentuk dasar untuk kolaborasi masa depan (Dwyer *et. al.*, 1987). Kramer (1999) mengemukakan bahwa kepercayaan memiliki aspek pemikiran dan perasaan serta berorientasi sosial. Kramer (1999) mendefinisikan kepercayaan sebagai pilihan rasional yang didasarkan pada pengakuan motivasi orang lain. Hall (2005) menjelaskan bahwa mereka yang percaya mengharapkan orang yang dipercaya untuk bertindak jujur dan kompeten dalam ranah mereka (atau dengan menjaga apa yang mereka percayakan). Setelah kepercayaan terbentuk, perusahaan belajar bahwa upaya kolaboratif yang terkoordinasi menghasilkan lebih banyak hasil yang akan dicapai jika perusahaan bertindak semata-mata untuk kepentingan terbaik (Anderson dan Narus 1990). Tampaknya, jika pasangan di dalam suatu hubungan lebih mempercayai satu sama lain, mereka lebih terlibat secara emosional dan kurang sadar menimbang manfaat terhadap biaya hubungan itu (Wetzels, de Ruyter, dan van Birgelen, 1998).

Mishra dan Li (2008) mengemukakan bahwa kepercayaan memiliki empat aspek yaitu, keandalan, keterbukaan, kompetensi dan perhatian. Selain itu, Alrubaiee dan Al-Nazer

(2010) menemukan bahwa komunikasi sangat penting untuk menunjukkan semua aspek kepercayaan. Kepercayaan dalam konteks perawatan medis dikaitkan dengan kesalahan perawatan medis dan membahayakan pasien. Hal ini menimbulkan keprihatinan di kalangan pembuat kebijakan.

Hall (2005) menyatakan bahwa orang percaya bertindak dengan itikad baik kepada mereka dan dengan kemampuan orang yang dipercaya untuk bertindak di ranah di mana mereka dipercaya (atau dalam merawat orang yang dipercayakan kepada mereka). Karena masalah keselamatan pasien, klien dapat menanggukhan layanan rumah sakit tertentu karena kabar negatif dari *word of mouth*.

Menurut Entwistle dan Quick (2006), kepercayaan pasien adalah kewaspadaan, yaitu kepercayaan bukan hanya harapan samar atau pemikiran optimis. Oleh karena itu, penyedia layanan kesehatan perlu membuat pasien waspada akan kesalahan selama perawatan. Beberapa pemeriksaan kepada pasien layak untuk dilakukan, terutama ketika kesalahan jujur sangat mungkin terjadi, yang dapat dengan mudah dikenali dan diperbaiki. Pasien dapat terus percaya, bahkan jika dirugikan. Pengujian empiris menunjukkan bahwa kurangnya layanan konkret dalam atribut kepercayaan meningkatkan pentingnya kualitas layanan fungsional yang dirasakan dalam membentuk kepercayaan konsumen (Doney dan Cannon, 1997; Sharma dan Patterson, 1999).

Kepercayaan pada layanan medis dapat dilihat sebagai kepercayaan pada dokter dan institusi medis, dan melibatkan dua pertanyaan; “Apakah dokter dan institusi medis berkompeten untuk membuat diagnosis dan memberikan perawatan” dan “Apakah dokter dan institusi medis akan bertindak dengan sebaik-baiknya demi kepentingan pasien” (Hall dan Dugan, 2001; Tang, 2011; Ozawa dan Sripad, 2013). Kepercayaan tidak dapat dipisahkan dari kerentanan karena kepercayaan tidak diperlukan jika tidak ada kerentanan (Hall dan Dugan, 2001). Namun, secara luas arti penting kepercayaan sangat bergantung pada keadaan pasien, tingkat risiko, karakteristik penyakit dan kebutuhan mereka, serta akses mereka terhadap informasi. Secara khusus, variasi yang signifikan diamati dalam kepercayaan di seluruh penyakit berat, seperti kanker payudara, penyakit lyme, dan gangguan kejiwaan (Mechanic dan Schlesinger, 1996).

Kepercayaan adalah dasar dari bisnis. Transaksi bisnis antara dua pihak atau lebih terjadi ketika masing-masing saling percaya. Kepercayaan ini tidak bisa begitu saja diakui oleh pihak atau mitra bisnis lain, tetapi harus dibangun dari awal dan dibuktikan. Kepercayaan dipandang sebagai katalisator untuk berbagai transaksi antara penjual dan pembeli dan dapat mencapai kepuasan pelanggan seperti yang diharapkan (Yousafzai, Pallister, dan Foxall, 2003).

Awalnya, kepercayaan dipelajari secara luas dalam psikologi karena terkait dengan sikap seseorang, tetapi seiring

berkembangnya kepercayaan menjadi studi dalam berbagai disiplin ilmu, termasuk *e-commerce* (Murphy dan Blessinger, 2003; Riegelsberger, Sasse, dan McCarthy, 2003). Menurut Yousafzai *et. al.*, (2003) setidaknya ada enam definisi yang relevan dari kepercayaan ditemukan dalam berbagai literatur berikut ini:

- a. Morgan dan Hunt (1994) mendefinisikan bahwa kepercayaan muncul ketika seseorang yakin dalam bertukar dengan mitra yang berintegritas dan dapat dipercaya.
- b. Mayer, Davis, dan Schoorman (1995) mendefinisikan bahwa kepercayaan adalah keinginan seseorang untuk peka berdasarkan harapan bahwa mereka akan mengambil tindakan tertentu terhadap orang-orang yang percaya pada mereka, terlepas dari kemampuan mereka untuk memantau dan mengendalikan diri.
- c. Sumarwan (2002) mendefinisikan kepercayaan adalah kekuatan yang dengannya suatu produk memiliki karakteristik tertentu. Kepercayaan sering disebut sebagai keyakinan konsumen dalam hubungan antara objek dan atribut, yaitu kemungkinan hubungan antara objek dan atribut yang terkait.
- d. Mowen dan Minor (2002) mendefinisikan kepercayaan konsumen sebagai seluruh pengetahuan yang konsumen miliki dan semua kesimpulan yang dibuat oleh konsumen tentang objek, karakteristik, dan manfaatnya.

Kepercayaan adalah kepercayaan yang diberikan satu pihak kepada pihak lain dalam melakukan hubungan transaksi, berdasarkan keyakinan bahwa orang yang dipercayainya akan melaksanakan semua kewajiban dengan baik sesuai dengan yang diharapkan. Menurut Mayer *et. al.*, (1995) ada tiga faktor yang membentuk kepercayaan seseorang terhadap orang lain, yaitu kemampuan (*ability*), kebaikan hati (*benevolence*), dan integritas (*integrity*). Ketiga faktor tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut.

a. Kemampuan (*Ability*)

Kemampuan mengacu pada kompetensi dan karakteristik penjual/ organisasi untuk mempengaruhi dan menyetujui area tertentu. Kemampuan ini mencakup konteks bagaimana penjual menyediakan, melayani, dan melindungi transaksi dari gangguan pihak lain. Artinya konsumen mendapat jaminan kepuasan dan keamanan dari penjual saat melakukan transaksi.

b. Kebaikan hati (*Benevolence*)

Kebaikan adalah kesediaan penjual untuk memberikan kepuasan yang saling menguntungkan antara dirinya dan konsumen. Keuntungan yang diperoleh penjual dapat dimaksimalkan, tetapi juga meningkatkan kepuasan pelanggan. Penjual tidak hanya mengejar keuntungan maksimal, tetapi juga sangat mementingkan pencapaian kepuasan pelanggan.

c. Integritas (*Integrity*)

Integritas mengacu pada perilaku atau kebiasaan penjual dalam menjalankan bisnis. Informasi yang diberikan kepada konsumen

apakah sesuai dengan fakta atau tidak. Kualitas produk yang dijual apakah dapat dipercaya atau tidak.

Menurut [Sangadji dan Sopiah \(2013\)](#) kepercayaan mewakili asosiasi yang dibentuk oleh konsumen di antara objek, atribut dan manfaat didasarkan atas pembelajaran kognitif. Terdapat tiga jenis kepercayaan yang dibentuk oleh seseorang sebagai berikut..

a. Kepercayaan objek-atribut (*object-attribute belief*)

Pengetahuan bahwa suatu objek mempunyai atribut khusus disebut kepercayaan objek-atribut. Kepercayaan objek-atribut menghubungkan objek seperti seseorang, barang, ataupun jasa dengan atribut.

b. Kepercayaan atribut-manfaat

Kepercayaan atribut-manfaat ini adalah persepsi konsumen mengenai seberapa jauh atribut tertentu menghasilkan atau memberikan manfaat tertentu. Seseorang mencari suatu produk dan jasa yang akan dapat menyelesaikan masalah-masalah serta memenuhi kebutuhan mereka, atau memiliki atribut yang akan memberi manfaat yang dapat dikenal.

c. Kepercayaan objek-manfaat

Kepercayaan objek-manfaat adalah persepsi konsumen mengenai seberapa jauh produk, orang, atau jasa tertentu akan menghasilkan manfaat tertentu.

4. Loyalitas Konsumen

Konsep loyalitas konsumen mengacu pada sikap positif, perilaku yang mengarah pada pembelian kembali dan komitmen jangka panjang dari konsumen terhadap produk, layanan, atau bisnis tertentu (Zeithaml, Berry, dan Parasuraman, 1996; Richard L Oliver, 1999; Wong dan Sohal, 2002). Melalui rasa loyalitas ini, konsumen terus membeli kebutuhan berikutnya dari merek yang sama dan merekomendasikan merek ke konsumen lain. Konteks ini menunjukkan bahwa loyalitas merupakan sebuah konsep yang tidak hanya mencakup reaksi perilaku, tetapi juga sikap (Kim *et. al.*, 2007). Oleh karena itu, pendekatan untuk mengukur loyalitas terdiri atas dua bagian, yaitu perilaku dan sikap (Chahal dan Kumari, 2011; Curasi dan Kennedy, 2002; Morgan dan Hunt, 1994; Roberge *et. al.*, 2001). Loyalitas perilaku mengacu pada tindakan pembelian kembali dan loyalitas sikap mengacu pada rasa komitmen yang mengarahkan perilaku terhadap merek atau bisnis (Zhou *et. al.*, 2017). Selain itu, kesetiaan sikap mengacu pada loyalitas emosional konsumen terhadap merek sehingga meskipun tidak membelinya, ia dapat merekomendasikan merek tersebut kepada orang lain (Barksdale *et. al.*, 1997). Hal tersebut menunjukkan reaksi positif yang terkait dengan promosi dari *word of mouth* yang disebabkan oleh emosi positif yang dirasakan terhadap merek tersebut (Khan *et. al.*, 2014).

Loyalitas konsumen kepada penyedia layanan kesehatan didefinisikan sebagai loyalitas pasien (Sumaedi *et. al.*, 2015). Menurut Lombardi (2012), "Pasien setia merupakan tipe pasien

terbaik” karena jika senang dengan layanan tersebut, pasien dapat merujuknya ke teman, keluarga, dan rekan kerja. Pada lingkungan yang kompetitif, loyalitas pasien penting bagi rumah sakit yang tidak ingin kehilangan klien mereka saat ini. Keberhasilan perusahaan yang berkelanjutan sangat bergantung pada konsumen yang membeli kembali produk atau layanan tersebut. Oleh karena itu, perusahaan harus mampu menarik pelanggan setia, karena biaya mempertahankan pelanggan lama lebih murah daripada menarik pelanggan baru (Lin dan Wang, 2006).

Loyalitas merupakan faktor krusial yang menunjukkan apakah suatu bisnis mempertahankan keberadaannya atau tidak (Pisgin dan Atesoglu, 2005). Zhou *et. al.*, (2017) berpendapat bahwa komitmen jangka panjang untuk perawatan dan kepatuhan terhadap nasihat medis penting dalam meningkatkan layanan kesehatan dan hasil akhir pasien. Oleh sebab itu, demi kepentingan dua belah pihak, loyalitas pasien harus dikelola oleh penyedia layanan kesehatan. Agar pengelolaan dapat dilakukan secara efektif, faktor-faktor yang memengaruhi loyalitas pasien harus dipahami. Banyak penelitian empiris telah dilakukan untuk menentukan prediktor ini meskipun beberapa hasilnya kontradiktif. Penelitian-penelitian tersebut mencakup beberapa kata kunci, antara lain "kepuasan", "kualitas layanan", "nilai yang dirasakan", "citra merek", "kepercayaan", dan "komitmen" (Zhou *et. al.*, 2017). Loyalitas pasien harus dikelola oleh penyedia layanan kesehatan.

Loyalitas pelanggan merupakan isu utama dalam penelitian ini. Loyalitas pelanggan telah dianggap sebagai sebuah konsep yang melibatkan perilaku pembelian berulang produk atau jasa diukur sebagai pangsa pembelian, arahan, besarnya hubungan, atau semua berbaur bersama-sama (Rai dan Medha, 2013). Pengertian mengenai loyalitas pelanggan perlu dijelaskan lebih lanjut dikarenakan masih terdapat adanya keragaman pengertian dari survei-survei sebelumnya sehingga perlu ada pembatasan spesifik. Pembatasan spesifik ini bertujuan untuk mendapatkan persamaan pemahaman mengenai tentang loyalitas pelanggan.

Loyalitas pelanggan memiliki berbagai pengertian. Bloemer dan Kasper (1995) mendefinisikan loyalitas sebagai cara bagi konsumen untuk mengekspresikan kepuasan atas kinerja suatu produk atau jasa yang mereka terima. Rowley dan Dawes (1999) mendefinisikan loyalitas sebagai sikap dan perilaku konsumen terhadap pembelian berulang, langganan, dan rekomendasi positif kepada orang lain. Loyalitas pelanggan didefinisikan sebagai komitmen mendalam untuk secara konsisten membeli kembali dan berlangganan kembali produk yang disukai secara konsisten di masa mendatang (Richard L. Oliver, 1999). Griffin (2002) menyatakan bahwa tingkat loyalitas pelanggan dapat diklasifikasikan menjadi berikut ini.

a. Tahap pertama: *Suspect*

Kami yakin atau "curiga"; mereka mungkin membeli, tetapi kami belum cukup tahu untuk memastikannya.

b. Tahap kedua: *Prospect*

Prospek adalah seseorang yang membutuhkan produk atau layanan Anda dan mampu membelinya. Prospek kemungkinan tahu siapa Anda, di mana Anda berada, dan apa yang Anda jual, akan tetapi mereka belum membeli apa pun dari Anda.

c. Tahap 3: Prospek yang didiskualifikasi

Prospek yang didiskualifikasi adalah orang yang sepenuhnya memahami bahwa mereka tidak membutuhkan atau tidak dapat membeli produk.

c. Tahap ketiga: *Disqualified Prospect*

Prospek yang didiskualifikasi adalah prospek yang telah Anda pelajari cukup untuk mengetahui bahwa mereka tidak membutuhkan atau tidak dapat membeli produk Anda.

d. Tahap Keempat: *First-Time Customer*

Orang ini memiliki kemungkinan menjadi pelanggan Anda serta pelanggan pesaing Anda.

e. Tahap Kelima: *Repeat Customer*

Pelanggan berulang adalah seseorang yang telah membeli dari Anda dua kali atau lebih. Mereka kemungkinan telah membeli produk yang sama dari Anda dua kali atau membeli dua produk atau layanan yang berbeda pada dua kesempatan atau lebih.

f. Tahap Keenam: *Client*

Seorang klien membeli semua yang Anda miliki untuk dijual, yang kemungkinan dapat dipergunakan secara teratur.

g. Tahap Tujuh: *Lost Customer or Client*

Seseorang yang pernah menjadi pelanggan atau klien, akan tetapi belum membeli dari Anda setidaknya dalam satu siklus pembelian normal.

Lebih lanjut Griffin (2002) menyatakan bahwa kriteria pelanggan setia adalah: (1) pembelian berulang (*buyback*); (2) *retention*, pelanggan hanya membeli produk dari perusahaan; (3) penjualan terkait dengan layanan, pelanggan ingin menggunakan produk yang sama pada masa mendatang; dan (4) rujukan atau merujuk ke orang lain, pelanggan menyarankan orang lain untuk mengonsumsi produk. Loyalitas pelanggan terdiri atas empat jenis sebagai berikut:.

- a. Tidak ada loyalitas – pembeli yang tak loyal tidak akan menjadi pelanggan setia. Mereka hanya akan menambah sedikit kekuatan finansial bisnis.
- b. Loyalitas inersia – pelanggan ini melakukan pembelian karena kebiasaan. Hal ini adalah jenis pembelian "karena kami selalu menggunakannya" atau "karena nyaman". Pembeli ini telah menetapkan produk pesaing yang mampu menunjukkan manfaat terlihat untuk beralih.
- c. Loyalitas laten – pembelian berulang lebih dipengaruhi oleh efek situasional daripada sikap. Dengan memahami faktor situasional yang berkontribusi pada loyalitas laten, bisnis dapat melakukan perancangan strategi untuk memenangi mereka.
- d. Loyalitas premium – orang bangga menemukan dan menggunakan produk serta suka berbagi pengetahuan

mengenai produk dengan teman dan keluarga. Pelanggan ini menjadi pendukung vokal untuk produk atau layanan serta dapat terus-menerus membujuk orang lain.

Penelitian pada berbagai bidang industri menunjukkan bahwa semakin lama perusahaan mempertahankan pelanggan setia, semakin banyak keuntungan yang dihasilkan. Sebuah perusahaan dapat meningkatkan keuntungan 25-85% melalui peningkatan retensi paling sedikit 5%. Loyalitas yang meningkat dapat mendatangkan penghematan bagi perusahaan dalam setidaknya enam bidang:

- a. biaya pemasaran yang berkurang (biaya akuisisi pelanggan membutuhkan uang yang lebih banyak);
- b. biaya transaksi yang lebih rendah, seperti negosiasi serta pemrosesan pesanan;
- c. mengurangi biaya perputaran pelanggan (lebih sedikit konsumen yang hilang menggantikan);
- d. meningkatkan keberhasilan dalam penjualan silang, yang mengarah ke lebih besar pangsa pelanggan;
- e. promosi dari *word of mouth* yang lebih positif; dan
- f. dengan asumsi bahwa pelanggan setia juga puas, mengurangi biaya kegagalan (pengurangan pengerjaan ulang, klaim garansi, dan sebagainya) (Griffin, 2002).

Setiap kali konsumen melakukan pembelian, dia melalui siklus sebagai berikut.

- a. Langkah pertama: kesadaran. Anda mulai membangun "berbagai pikiran" yang sangat penting, yang diperlukan

- untuk menggerakkan produk atau layanan Anda berada di depan pesaing Anda dan di benak calon pelanggan. Pada tahap kesadaran, calon pelanggan tahu keberadaan Anda, akan tetapi hanya terdapat sedikit ikatan di antara Anda. Pada titik ini, taktik periklanan atau pemasaran perusahaan lain bisa mencuri pelanggan, bahkan sebelum Anda memulai.
- b. Langkah kedua: pembelian awal. Anda dapat mengesankan pelanggan dengan produk atau layanan yang diberikan secara positif atau negatif, kemudahan transaksi pembelian yang sebenarnya, bahkan waktu pemuatan halaman situs web perusahaan atau kemudahan navigasi. Setelah dilakukan pembelian pertama ini, Anda memiliki kesempatan untuk mulai memelihara pelanggan setia.
 - c. Langkah ketiga: evaluasi pascapembelian. Pelanggan secara sadar maupun tidak sadar mengevaluasi transaksi. Sebagian besar konsumen menilai kepuasan diri mereka terhadap produk yang mereka gunakan. Akan tetapi, kepuasan saja tak memberikan keuntungan strategis bagi perusahaan.
 - d. Langkah keempat: keputusan untuk membeli kembali. Motivasi untuk membeli kembali berasal dari sikap yang mendukung produk atau layanan yang tinggi dibandingkan dengan sikap terhadap alternatif potensial. Keputusan untuk membeli kembali seringkali merupakan langkah alami berikutnya ketika pelanggan merasakan ikatan emosional kuat dengan produk tersebut. Cara ampuh lain dalam memotivasi pelanggan membeli kembali adalah dengan menetapkan di benak pelanggan bahwa jika beralih ke

pesaing akan merugikan pelanggan dalam hal waktu, uang, ataupun kinerja.

- e. Langkah kelima: membeli kembali. Agar dianggap benar-benar setia, pelanggan harus membeli lagi dan lagi dari bisnis yang sama, mengulangi langkah tiga sampai lima (putaran pembelian kembali) berkali-kali. Pelanggan yang benar-benar setia akan menolak persaingan serta akan memilih membeli kembali dari perusahaan yang sama setiap kali suatu barang dibutuhkan. Hal ini adalah jenis pelanggan yang harus dilayani dan dipelihara oleh bisnis.

Loyalitas pelanggan mewakili perilaku yang terkait dengan produk atau layanan. Ini termasuk kemungkinan pembelian di masa mendatang dan pembaruan kontrak layanan, atau sebaliknya, kemungkinan pelanggan beralih ke merek atau penyedia layanan lain. Pelanggan mungkin setia karena faktor teknis, ekonomi, atau psikologis yang canggih. Pelanggan mungkin setia karena mereka senang dengan pemasok dan merek produk mereka dan ingin melanjutkan hubungan mereka. Perusahaan cenderung menciptakan kepuasan sebagai strategi yang layak untuk jangka waktu panjang (Augusto dan Bastos, 2008).

Beberapa peneliti membuat perbedaan antara kebijakan pemasaran ofensif dan defensif. Tindakan pemasaran ofensif mengacu pada upaya menangkap pelanggan baru dengan berinvestasi pada kualitas pelayanan, sedangkan tindakan pemasaran defensif merujuk pada cara mempertahankan

pelanggan yang sudah ada. Ada argumen menarik dari keunggulan pemasaran defensif. Misalnya, menurunkan tingkat peralihan pelanggan juga dapat berdampak kuat pada keuntungan perusahaan (Reichheld dan Sasser, 1990) serta pangsa pasar (Rust dan Zahorik, 1993). Studi yang dilakukan Fornell dan Wernerfelt (1987) menyimpulkan bahwa lebih baik bagi perusahaan untuk menghabiskan sumber daya guna mempertahankan pelanggan yang telah ada dibandingkan menarik pelanggan baru.

3

Metode

3.1. Rancangan Penelitian

Metode penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah *mono-method* (penelitian kuantitatif). Metode penelitian kuantitatif adalah salah satu jenis penelitian yang spesifikasinya sistematis, terencana, serta terstruktur dengan jelas sejak awal hingga pada pembuatan desain penelitiannya. Metode penelitian ini berlandaskan filsafat *positivisme*; *positivisme* mengasumsikan bahwa pengetahuan tidak bergantung pada subjek yang dipelajari. Studi *positivisme* mengacu pada metode ilmiah dan menghasilkan fenomena pengujian; digunakan untuk meneliti pada populasi atau sampel tertentu; pengumpulan data dengan mempergunakan instrumen penelitian; analisis data yang bersifat kuantitatif atau statistik bertujuan menguji hipotesis yang telah ditetapkan. Penelitian ini menggunakan pendekatan deduktif dimana peneliti mulai mengajukan teori baru dalam bentuk satu atau lebih hipotesis, pengembangan berdasarkan tinjauan pustaka yang telah diamati oleh peneliti; merancang studi empiris untuk mendapatkan data; pengujian hipotesis dengan menganalisis data dengan melihat *p-value* dan *t-value*; menginterpretasikan

hasil dari uji statistik. Strategi penelitian untuk mendapatkan data dan tujuan penelitian adalah metode survei menggunakan pendekatan *cross sectional* (Saunders dan Tosey, 2013).

3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dengan menetapkan sebelas rumah sakit umum dan rumah sakit khusus dengan kelas A, B, C, dan D, baik rumah sakit pemerintah maupun swasta. Pengambilan data dalam penelitian ini dilakukan pada September 2017 sampai dengan September 2019.

3.3. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi target penelitian ini adalah seluruh pasien atau keluarganya yang menerima pelayanan rawat jalan rumah sakit di Daerah Istimewa Yogyakarta, namun populasi terjangkau penelitian ini adalah 11 rumah sakit di wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta.

1. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

a. Kriteria inklusi

- 1) Pasien atau keluarganya yang menjalani rawat jalan di rumah sakit Daerah Istimewa Yogyakarta (telah mengunjungi rumah sakit minimal dua kali di rumah sakit tersebut).
- 2) Pasien berusia di atas 18 tahun dengan harapan responden mampu menjelaskan secara aktual

realitas pelayanan yang mereka terima dari rumah sakit di Daerah Istimewa Yogyakarta.

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah kondisi atau penyakit pasien yang mengakibatkan pasien menjadi tidak mampu untuk menjawab

2. Besar Sampel

Menurut Sekaran dan Bougie (2016), ukuran sampel yang lebih besar dari 30 serta kurang dari 500 sesuai untuk sebagian besar penelitian. Hair *et. al.*, (2009) merekomendasikan ukuran sampel minimal 100 sampai dengan 150 untuk memastikan solusi *maximum likelihood estimation* yang stabil meskipun 50 juga valid. Ukuran sampel yang digunakan untuk analisis factor minimal 5 kali dari jumlah variabel yang diamati. Apabila rasio ukuran sampel 10:1 dan ukuran sampel minimal 50 pengamatan lebih dapat diterima, tetapi lebih baik apabila 100 pengamatan atau lebih (Hair *et. al.*, 2009).

Ukuran sampel dapat mempengaruhi beberapa aspek *structural equation modelling (SEM)*, seperti estimasi parameter, model fit, dan kekuatan statistik. Namun, tidak seperti pada *CB-SEM*, *PLS-SEM* yang dapat digunakan untuk ukuran sampel yang jauh lebih kecil, meskipun modelnya sangat kompleks. Dalam situasi ini, *PLS-SEM* umumnya mencapai kekuatan statistik yang lebih tinggi daripada *CB-SEM* dan menunjukkan perilaku konvergensi yang jauh lebih baik. Ukuran

sampel minimal untuk model *PLS-SEM* harus lebih besar atau sama dengan nilai berikut: sepuluh kali dari jumlah indikator formatif yang dipergunakan untuk mengukur satu konstruk; atau sepuluh kali jumlah jalur model terbesar yang diarahkan kepada konstruk tertentu dalam model (J. Hair *et. al.*, 2014). Seperti teknik analisis data berbasis model lainnya, peneliti harus mempertimbangkan ukuran sampel yang berkaitan dengan kompleksitas model dan karakteristik data. Sampel yang minimum gagal untuk memperhitungkan ukuran efek, keandalan, jumlah indikator, atau faktor-faktor lain yang diketahui memengaruhi kekuatan statistik (J. F. J. Hair *et. al.*, 2014).

Teknik sampling yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*. *Purposive sampling* merupakan suatu metode *nonprobability sampling* yang telah disesuaikan dengan kriteria tertentu (Cooper dan Schindler, 2011). Karena pemilihan anggota sampel mengikuti beberapa kriteria, maka tipe *purposive sampling* yang dipilih adalah *judgment sampling* (Cooper dan Schindler, 2011). Penentuan besar sampel untuk penelitian ini menggunakan rumus pengujian hipotesis proporsi berbeda menggunakan rumus Levy dan Lemeshow (2008). Besar sampel minimal rumah sakit dihitung dengan rumus Slovin sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{(1 + Ne^2)}$$

- n = jumlah sampel
 N = jumlah populasi
 e = batas toleransi kesalahan (*error tolerance*)

$$n = \frac{62}{(1 + 62 \times 0,3^2)} = 10$$

Tabel 3. 1 Perhitungan Jumlah Sampel Rumah Sakit

Kabupaten/Kota	Jumlah Rumah Sakit	Jumlah Sampel
Kulonprogo	6	$(6/62) \times 10 = 1$
Bantul	13	$(13/62) \times 10 = 2$
Gunungkidul	5	$(5/62) \times 10 = 1$
Sleman	24	$(24/62) \times 10 = 4$
Yogyakarta	14	$(14/62) \times 10 = 2$
Total	62	10

Besar sampel minimal pasien dihitung dengan rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{Z^2 \times P(1 - P)}{d^2}$$

- n = besar sampel
 $Z_{1-\alpha/2}$ = nilai Z pada derajat kemaknaan ($99\%=2,58$)
 P = proporsi terjadinya ketidaksesuaian ($0,50$)
 d = derajat penyimpangan terhadap populasi (5% atau $0,05$)

$$n = \frac{2,58^2 \times 0,50 (1 - 0,50)}{0,01^2} = 664$$

3.4. Variabel Penelitian

Variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat atau ukuran yang dimiliki atau diperoleh oleh suatu unit penelitian untuk pemahaman konsep tertentu (Creswell, 2009). Variabel bebas dalam penelitian ini meliputi sosiodemografi, aspek fisik, layanan farmasi, layanan medis, prosedur administrasi, kualitas personal, tanggung jawab sosial, aspek biaya-asuransi kesehatan, kualitas hasil, emosi positif, emosi negatif, kepuasan pasien, kepercayaan rumah sakit, dan loyalitas pasien.

3.5. Definisi Operasional Variabel

Definisi operasional variabel memiliki fungsi mendefinisikan variabel secara operasional serta memiliki manfaat mengarahkan pengukuran atau pengamatan terhadap variabel-variabel yang berkaitan dan pengembangan alat ukur atau yang menjelaskan tentang variabel yang dirumuskan dengan karakteristik-karakteristik yang ada sebagai dasar dalam memperoleh data (Creswell, 2009).

Tabel 3. 2 Variabel dan Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Skala pengukuran
1	Sosiodemografi	Faktor karakteristik individu pasien yang meliputi karakteristik sosiodemografi: usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, tingkat penghasilan, pekerjaan,	Skala nominal

		status kepesertaan asuransi, persepsi kondisi kesehatan.	
2	Emosi negatif	Perasaan atau <i>mood</i> negatif meliputi kesal, diabaikan, khawatir, tegang, frustrasi dan sedih yang dirasakan pasien selama berhubungan dengan rumah sakit	Skala ordinal dengan atribut: 1. Selalu 2. Sering 3. Kadang-kadang 4. Tidak pernah
3	Emosi positif	Perasaan atau <i>mood</i> positif meliputi optimis, tenang, Bahagia yang dirasakan pasien selama berhubungan dengan rumah sakit	Skala ordinal dengan atribut: 1. Selalu 2. Sering 3. Kadang-kadang 4. Tidak pernah
4	Aspek fisik	Persepsi pasien terhadap faktor berwujud dan lingkungan umum dari rumah sakit yang dapat dirasakan langsung oleh pasien, baik berupa ketersediaan peralatan dan fasilitas penampilan rumah sakit, maupun ketersediaan sumber daya manusia, kebersihan dan kerapian.	Skala ordinal dengan atribut: 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju
5	Layanan medis	Persepsi yang dirasakan pasien terhadap proses klinis di rumah sakit meliputi kelengkapan informasi, kecepatan dan	Skala ordinal dengan atribut:

		ketepatan diagnosa, kejelasan informasi penyakit dan resep, keakuratan proses pemeriksaan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju
6	Layanan farmasi	Persepsi pasien terhadap pelayanan yang berkaitan dengan ketersediaan farmasi meliputi ketersediaan dan kelengkapan obat, kejelasan tulisan pada etiket obat, kejelasan informasi terkait penyimpanan, efek samping, kegunaan, dan cara penggunaan obat.	Skala ordinal dengan atribut: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju
7	Prosedur administrasi	Persepsi pasien terhadap upaya dan dukungan yang ditunjukkan oleh rumah sakit untuk kelancaran proses pelayanan meliputi kecepatan, kesederhanaan ketertiban proses dan prosedur pelayanan, hari dan jam pelayanan memadai.	Skala ordinal dengan atribut: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju
8	Kualitas personal	Persepsi pasien terhadap <i>softskill</i> semua personel yang terlibat dalam pemberian layanan meliputi keramahan, kesopanan, kerjasama, perhatian dan empati.	Skala ordinal dengan atribut: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat tidak setuju

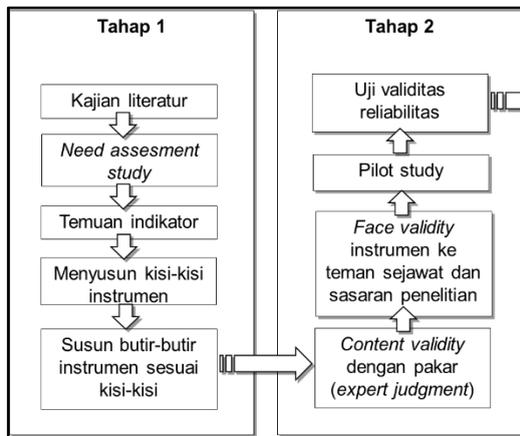
			<ul style="list-style-type: none"> 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju
9	Tanggung jawab sosial	Persepsi pasien terhadap kontribusi rumah sakit kepada masyarakat secara keseluruhan, dalam hal pelayanan kesehatan meliputi ketulusan, kejujuran, keadilan, dan menjaga kerahasiaan pasien.	Skala ordinal dengan atribut: <ul style="list-style-type: none"> 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju
10	Aspek biaya-asuransi kesehatan	Persepsi pasien terhadap pembiayaan dan cakupan obat yang ditanggung asuransi kesehatan.	Skala ordinal dengan atribut: <ul style="list-style-type: none"> 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju
11	Kualitas hasil	Persepsi perbaikan kondisi kesehatan atau efikasi yang dirasakan pasien setelah berobat ke rumah sakit	Skala ordinal dengan atribut: <ul style="list-style-type: none"> 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju

12	Kepuasan pasien	Konstruk yang mewakili harapan pasien akan layanan rumah sakit dan membandingkannya dengan kinerja yang dirasakan	Skala ordinal dengan atribut: 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju
13	Kepercayaan rumah sakit	Konstruk yang mewakili persepsi pasien tentang kepercayaan akan keandalan dan integritas suatu rumah sakit	Skala ordinal dengan atribut: 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju
14	Loyalitas pasien	Konstruk yang mewakili komitmen pasien untuk terus menggunakan rumah sakit, merekomendasikannya kepada orang lain, dan mengatakan hal-hal positif	Skala ordinal dengan atribut: 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju

3.6. Jalannya Penelitian

1. Pengembangan instrumen

Pengembangan instrumen dilaksanakan dalam tiga tahap. Pertama, mengeksplorasi kebutuhan pasien terhadap pelayanan rawat jalan melalui *needs assessment*; kedua, penyusunan draf awal instrumen berdasarkan daftar kebutuhan yang diperoleh pada tahap pertama; dan ketiga, tahap pengujian instrumen dilakukan dengan uji validitas isi, *face validity*, validitas konstruk, dan reliabilitas. Hasil pengembangan instrumen tahap pertama adalah diperoleh daftar kebutuhan pasien terhadap pelayanan rawat jalan. Berikut ini adalah skema tahapan penelitian tentang pengembangan instrumen pelayanan rawat jalan di rumah sakit.



Gambar 3.1 Langkah Penelitian

Berdasarkan **Gambar 3.1** dapat diuraikan dengan lengkap tiap tahapan yang dilakukan pada penelitian ini yaitu sebagai berikut.

- a. Tahap 1 (penyusunan butir-butir kuesioner).

Pada tahap ini dilakukan *needs assessment* dengan tujuan untuk mengeksplorasi faktor-faktor kritis kualitas

layanan rawat jalan berdasarkan kebutuhan pasien. *Needs assessment* dilakukan terhadap 30 orang pengguna pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang berbeda karakteristik, baik usia, pendidikan, maupun jenis kelamin. Kriteria inklusi adalah usia minimal 18 tahun, mampu memahami dan berbicara bahasa Indonesia. *Listing* kebutuhan pasien dilakukan dengan mengajukan tiga pertanyaan sebagai berikut.

- 1) Apa yang Anda anggap baik atau positif dari pelayanan rawat jalan pada rumah sakit yang paling Anda sering kunjungi ?
- 2) Apa yang Anda anggap belum baik atau negatif dari pelayanan rawat jalan pada rumah sakit yang paling Anda sering kunjungi ?
- 3) Apa yang ingin Anda ubah atau diperbaiki dari pelayanan rawat jalan pada rumah sakit yang paling Anda sering kunjungi ? (Horvat dan Kos, 2010).

Setelah itu dilakukan identifikasi item-item berdasarkan kajian literatur untuk memetakan aspek-aspek pelayanan rawat jalan yang dianggap penting dengan mempertimbangkan hasil *needs assessment*, faktor emosi, kualitas hasil, kepuasan pasien, kepercayaan, dan loyalitas.

b. Tahap 2 (pretest)

Pretest adalah uji untuk memastikan bahwa butir pertanyaan telah relevan menjelaskan konsep penelitian dan dapat dipahami oleh calon partisipan. *Pretest* belum diujikan

kepada responden yang sesungguhnya. Tahap ini bertujuan untuk menguji validitas isi (*content validity*) dan tampak (*face validity*). Revisi instrumen dilakukan pada tahap ini dengan dasar dari hasil uji validitas isi dan *face validity*. Revisi instrumen dilakukan dengan cara menghapus beberapa item, menggabungkan item, dan melakukan revisi bahasa.

1) *Content validity*

Validitas isi menunjukkan bahwa seluruh isi dari definisi konstruk sudah diwakili oleh ukuran atau kuesioner yang dipergunakan (Kreuger dan Neuman, 2006). Penentuan validitas isi hanya dapat dilakukan berdasarkan *judgement* atau penilaian ahli (Haynes, S.N., Richard, D.C.S., dan Kubany, 1995; Yaghmale, 2003). Validitas konten hanya dapat ditentukan berdasarkan penilaian ahli (Haynes, SN, Richard, D.C.S. dan Kubany, 1995; Yaghmale, 2003). Pada tahap ini kuesioner hasil tahap pertama divalidasi oleh validator ahli, yang terdiri dari 7 ahli (*expert*) yang meliputi 3 akademisi dan 4 praktisi dengan tujuan meminta justifikasi mengenai relevansi setiap item terhadap konstruk, mendeteksi item yang ambigu, terlalu ilmiah, kelalaian atau kesalahan mengenai rancangan kuesioner, mendapatkan saran untuk perbaikan, dan menyarankan tambahan komponen yang penting, tetapi belum tertulis. Setelah itu, peneliti memberikan materi untuk di-*review* menggunakan formula *Aiken v*.

Peneliti mempersilakan para *expert* melakukan *review*. Masing-masing ahli diminta untuk melakukan

pengisian lembar *checklist* item, dimana masing-masing item tersedia dalam 4 kategori, yaitu tidak relevan, kurang relevan dengan banyak perbaikan, relevan dengan sedikit perbaikan, dan sangat relevan (Davis, 1992).

Perhitungan validitas isi menggunakan indeks kesepakatan ahli (*rater agreement*) atau indeks V dengan *formula aiken's v*. Indeks validitas butir Aiken dapat dirumuskan sebagai berikut:

$$v = \frac{\sum s}{n(c-1)}$$

V = indeks kesepakatan rater mengenai validitas butir; s = skor yang ditetapkan masing-masing *rater* dikurangi skor terendah pada kategori yang digunakan ($s = r - lo$, dengan r = skor kategori pilihan *rater* dan lo = skor paling rendah pada kategori penyekoran); n = banyaknya *rater*; dan c = jumlah kategori yang dapat dipilih *rater* (Aiken, 1980, 1985). Untuk menginterpretasikan nilai koefisien korelasi yang didapatkan dari perhitungan, dipergunakan kriteria validitas item pernyataan menurut Mukaka (2012), seperti yang ditunjukkan pada Tabel 3.3.

Tabel 3.3 Kriteria Validitas Isi dari Aiken

Hasil validitas	Kriteria validitas
$0,80 < V \leq 1,00$	Sangat tinggi
$0,60 < V \leq 0,80$	Tinggi
$0,40 < V \leq 0,60$	Cukup

$0,20 < V \leq 0,40$	Rendah
$0,00 < V \leq 0,20$	Sangat rendah

2) Uji pilot tahap 1

Face validity dilakukan untuk mengetahui tingkat keterbacaan instrumen dengan melibatkan 30 responden. Tujuan dari tahap ini yaitu untuk memastikan bahwa butir-butir kuesioner mencukupi, benar, dan dapat dimengerti. Responden diminta untuk melengkapi kuesioner jika ada yang kurang, mengomentari tentang panjangnya kuesioner, dan memahami kata-kata, kalimat-kalimat, serta instruksi-instruksi yang ada pada instrumen apakah sudah jelas dan dapat dipahami.

Pada tahap uji coba instrumen, sesuai dengan kriteria yang sudah ditentukan, peneliti menemui pasien sebagai calon responden. Setelah itu, peneliti memberikan penjelasan tujuan dari penelitian serta meminta kesediaan pasien untuk menjadi responden. Pasien yang bersedia menjadi responden selanjutnya diberi kuesioner lalu diminta untuk melakukan pengisian kuesioner tersebut dalam waktu kurang lebih 30 menit. Pasien yang mengalami kesulitan dibantu oleh keluarga ataupun oleh peneliti dalam proses pengisian. Oleh karena banyaknya jumlah responden yang dilibatkan, peneliti menggunakan asisten peneliti dalam proses pengambilan data. Asisten peneliti berjumlah 5 orang, merupakan mahasiswa S-1 Fakultas Farmasi tingkat akhir yang telah dibekali dengan kemampuan pengambilan data.

Jika telah selesai, kuesioner dikumpulkan, kemudian dilakukan pengecekan ulang oleh peneliti mengenai kelengkapan isian kuesioner.

Uji validitas dilakukan dengan mengkorelasikan skor setiap item dengan skor total. Jika r hitung $>$ r tabel, item tersebut dikatakan valid. Nilai dalam r tabel didapatkan dari nilai *degrees of freedom* (df) = $n-2$ (n = besar sampel). Pada uji coba tahap satu dengan jumlah responden 30 orang, r tabel = 0,395. Koefisien validitas yang memuaskan pada umumnya berada di angka 0,5. Koefisien kurang dari 0,3 dianggap tidak memuaskan (Azwar, 2012). Nilai koefisien korelasi yang diperoleh dari hasil perhitungan diinterpretasikan dengan menggunakan kriteria validitas butir pernyataan menurut Mukaka (2012), dengan kriteria seperti yang ditunjukkan pada Tabel 3.4.

Tabel 3.4 Kriteria Validitas Korelasi *Pearson Product Moment*

Hasil validitas	Kriteria validitas
$0,80 < V \leq 1,00$	Sangat tinggi
$0,60 < V \leq 0,80$	Tinggi
$0,40 < V \leq 0,60$	Cukup
$0,20 < V \leq 0,40$	Rendah
$0,00 < V \leq 0,20$	Sangat rendah

3) Uji pilot tahap 2 (uji validitas dan reliabilitas)

Instrumen yang telah dikembangkan pada tahap sebelumnya dilakukan uji validitas dan reliabilitas dengan melakukan uji pilot tahap 2. Tahap ini melibatkan 160 responden. Validitas merupakan indikator bahwa instrumen

tersebut mengukur apa yang sebenarnya sedang diukur. Perlu dilakukan pengujian dengan uji korelasi antara skor (nilai) setiap item (pertanyaan) dengan total skor kuesioner tersebut untuk mengetahui apakah kuesioner yang disusun mampu mengukur apa yang hendak diukur (Garson, 2013). Uji validitas digunakan untuk mengetahui kevalidan alat ukur; valid artinya tepat dalam mengukur sebuah variabel yang diukur. Uji validitas dilakukan untuk mengetahui apakah sekumpulan butir-butir pertanyaan/ pernyataan mampu mengukur secara akurat konsep atau konstruk yang ingin diukur, bukan konsep atau konstruk lain (Sekaran dan Bougie, 2016). Validitas menunjukkan sejauh mana sebuah ukuran mampu merepresentasikan secara akurat apa yang memang ingin diukurnya (Hair *et. al.*, 2009).

Validitas konstruk merupakan uji untuk mengukur seberapa besar sekelompok butir pertanyaan pengukuran dapat merefleksikan secara aktual suatu konstruk laten yang diukur oleh sekelompok butir pernyataan tersebut (Hair *et. al.*, 2009). Pada penelitian ini uji validitas konstruk dilakukan dengan cara menganalisis faktor dengan *exploratory factor analysis (EFA)*. Tujuan dari uji validitas adalah untuk menentukan tingkat kemampuan indikator (variabel manifes) dalam mengukur variabel laten. Variabel dikatakan memiliki validitas yang baik terhadap konstruk laten, jika:

- a) nilai t muatan faktornya (*factor loading*) lebih besar dari nilai t kritis $\geq 1,96$ atau praktisnya ≥ 2 ; dan

b) muatan faktor standarnya (*standardized loading factors*) \geq 0,5.

Uji reliabilitas atau keandalan pada statistik dan psikometri yaitu konsistensi secara keseluruhan dari ukuran. Suatu ukuran disebut mempunyai keandalan yang tinggi apabila memberikan hasil yang serupa pada kondisi yang konsisten. Karakteristik pada rangkaian skor tes berhubungan dengan jumlah kesalahan acak dari proses pengukuran yang kemungkinan tertanam pada skor. Skor yang sangat andal adalah tepat, dapat direproduksi, serta konsisten dari satu kesempatan pengujian ke yang lain. Maka, apabila dilakukan proses pengulangan pengujian dengan kelompok peserta tes, akan didapatkan hasil yang sama (Trochim dan Donnelly, 2001). Pada penelitian ini kuesioner yang digunakan memakai skala *Likert* empat poin. Setiap alternatif jawaban diberi skor numerik seperti yang tercantum pada Tabel 3.5.

Tabel 3.5 Skor Jawaban Responden

Jenis pengukuran	Jawaban	Skor Jawaban Pernyataan <i>Favourable</i>	Skor Jawaban Pernyataan <i>Unfavourable</i>
Pengukuran kinerja pelayanan,	Sangat tidak setuju	1	4
	Tidak setuju	2	3

kepuasan, kepercayaan, dan loyalitas	Setuju	3	2
	Sangat setuju	4	1
Pengukuran faktor emosi	Tidak Pernah	1	4
	Kadang- kadang	2	3
	Sering	3	2
	Selalu	4	1

2. Pengumpulan data

Jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian ini merupakan data primer. Data primer hasil dari jawaban kuesioner responden yang dikumpulkan berupa karakteristik sosiodemografis, aspek fisik, layanan farmasi, layanan medis, prosedur administrasi, kualitas personal, tanggungjawab sosial, aspek biaya-asuransi kesehatan, kualitas hasil, emosi positif, emosi negatif, kepuasan pasien, kepercayaan rumah sakit, dan loyalitas pasien di Rumah sakit di Daerah Istimewa Yogyakarta.

3. Pengolahan Data

Data penelitian yang telah dikumpulkan kemudian diolah secara kuantitatif melalui tahap-tahap berikut ini:

a. *Editing*

Proses *editing* dilakukan peneliti dan *interviewer* dengan cara melihat data hasil jawaban responden pada kuesioner yang meliputi kelengkapan dan relevansi jawaban.

b. *Coding*

Proses *coding* dilakukan dengan memberi kode atau mengelompokkan jawaban responden menggunakan tanda atau kode tertentu. Data yang dikode yaitu data responden berupa demografi responden (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, pekerjaan, persepsi kondisi kesehatan, dan status kepesertaan).

c. *Scoring*

Scoring merupakan pemberian nilai jawaban untuk tiap jawaban responden dan memungkinkan jawaban setiap responden untuk diberi skor. Data yang dikumpulkan dari setiap responden akan diberi skor sesuai dengan variabel yang diteliti. Pemberian skor untuk setiap pertanyaan sama untuk semua pertanyaan pada setiap variabel.

d. *Data Entry*

Data Entry ialah proses yang dilakukan oleh peneliti pada saat memasukkan data yang telah terstruktur ke dalam komputer dengan menggunakan program *Microsoft Excel* 2013.

e. *Cleaning Data*

Peneliti melakukan pembersihan data untuk menghindari kesalahan yang dapat terjadi dengan memeriksa distribusi variabel dari variabel-variabel dan nilai kelogisannya.

3.7. Etika Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dengan memperhatikan aspek etika penelitian untuk mencegah timbulnya masalah etika selama dan setelah penelitian. Penelitian ini, salah satunya, menggunakan subjek manusia untuk pengambilan data. Data

yang diperoleh berasal dari jawaban responden pada kuesioner. Seluruh informasi tentang identitas subjek penelitian dirahasiakan dan hanya diketahui oleh peneliti, staf peneliti, dan tim pembimbing. Hasil penelitian akan dipublikasikan tanpa identitas subjek penelitian. Setiap lembar pengisian data akan ditulis dengan nama inisial subjek. *Informed consent* yang dibuat berisi tentang informasi (penjelasan) kepada calon subjek penelitian dan *consent* (persetujuan) dari calon subjek. Penandatanganan *informed consent* dilakukan oleh calon subjek langsung pada saat yang bersangkutan menyatakan diri bersedia menjadi subjek penelitian. *Principal investigator* atau subinvestigator segera menandatangani *informed consent* tersebut segera setelah responden bertanda tangan. Penelitian ini telah dinyatakan lolos uji etika dari komisi etika Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada dengan No Ref: KE/FK/1042/EC/2017; di samping itu, juga telah mendapat izin dari sebelas rumah sakit yang dijadikan tempat penelitian.

4

Hasil dan Pembahasan

4.1. Pengembangan Kuesioner

Penyusunan instrumen awal penelitian dilakukan menggunakan beberapa langkah seperti berikut: melakukan identifikasi variabel-variabel yang diteliti, menjabarkan variabel, menetapkan dan memberikan deskripsi kisi-kisi instrumen, merumuskan butir-butir pertanyaan atau pernyataan pada instrumen, serta menyusun petunjuk dalam pengisian instrumen. Kebutuhan pasien pada aspek kinerja pelayanan rawat jalan diungkap melalui *needs assessment* yang dilakukan pada Oktober - November 2017.

Survei dilakukan dalam bentuk *listing* kebutuhan pengguna pelayanan rawat jalan rumah sakit. Sejumlah 30 orang pasien rawat jalan yang memenuhi kriteria inklusi dengan berbagai latar belakang usia, pendidikan, dan jenis kelamin dipergunakan sebagai sampel pada penelitian. Kriteria inklusi yang digunakan adalah usia minimum 18 tahun serta mampu memahami dan berbicara bahasa Indonesia. Luaran yang dihasilkan dari tahap ini ialah pendapat responden tentang pengalaman kepuasan atau ketidakpuasan yang mereka rasakan terhadap pelayanan rawat jalan rumah sakit yang biasa

digunakan. Karakteristik responden selengkapnya tampak pada Tabel 4.1.

Tabel 4.1 Karakteristik Responden *Needs Assessment*

Karakteristik Responden	Jumlah	Persentase (%)
Usia		
• 18-24 th	5	16,6
• 25-44 th	14	46,7
• 45-64 th	8	26,7
• > 64 th	3	10
Jenis kelamin		
• Pria	13	43,3
• Wanita	17	56,7
Penghasilan (Rupiah)		
• < 1.500.000	11	36,7
• 1.500.000-2.500.000	13	43,3
• > 2.500.000-3.500.000	2	6,7
• > 3.500.000	4	13,3
Pekerjaan		
• Pelajar/mahasiswa	4	13,4
• PNS	3	10
• Karyawan swasta	8	26,7
• Petani	1	3,3
• Wiraswasta	4	13,3
• Lain-lain	10	33,3

Responden pada tahap ini adalah 30 pengguna jasa rumah sakit. Responden terdiri dari 13 orang laki-laki (43,3%) dan 17 orang perempuan (56,7%). Kelompok usia responden didominasi antara 25 - 44 tahun. Sebagian besar responden bekerja di sektor lainnya (33,3%), diikuti karyawan swasta

(26,7%). Pada kelompok penghasilan, sebanyak 43,3% berpenghasilan antara Rp1.500.000 - 2.500.000. Hasil pencatatan terhadap daftar kebutuhan (*listing*) mengungkap bahwa kualitas pelayanan yang dibutuhkan oleh pasien rawat jalan tidak hanya sebatas pada aspek medis, tetapi juga infrastruktur, sikap petugas dan administrasi, aspek farmasi, persamaan perlakuan, dan biaya. Hasil tersebut merujuk pada tujuh variabel pelayanan rawat jalan, yaitu aspek fisik, layanan medis, layanan farmasi, kualitas personal, prosedur administrasi, tanggung jawab sosial, aspek biaya, dan asuransi kesehatan. Penjelasan tentang tujuh variabel pelayanan rawat jalan dapat diuraikan sebagai berikut.

- a. Variabel layanan farmasi adalah pasien memperoleh informasi tentang cara minum obat, cara penyimpanan, efek samping obat bila mungkin terjadi, obat tersedia di apotek dan dalam jumlah yang cukup, serta tulisan petunjuk obat terbaca dengan jelas.
- b. Variabel aspek biaya-asuransi kesehatan adalah pasien mengharapkan lebih banyak lagi obat-obat yang ditanggung BPJS, pasien tidak dipungut biaya lagi oleh rumah sakit, dan pasien menginginkan sistem rujukan dipermudah.
- c. Variabel layanan medis adalah pasien berharap bisa memperoleh informasi yang lengkap tentang kondisi sakitnya meskipun pasien tidak meminta. Informasi yang diperlukan pasien, antara lain, ialah tentang kondisi sakit yang dialami dan penyebabnya, ketelitian dan ketepatan dalam melakukan diagnosa, dan obat-obat yang diresepkan.

- d. Variabel tanggung jawab sosial ditunjukkan melalui kebijakan rumah sakit dalam memberikan pelayanan, pegawai rumah sakit yang jujur dan adil dalam melayani pasien, dan tidak membeda-bedakan pasien. Data-data pasien dijaga kerahasiaannya, khususnya saat konsultasi dengan dokter.
- e. Variabel prosedur administrasi yang merupakan kebutuhan utama diharapkan oleh pasien rawat jalan sejak dari proses pendaftaran sampai pelayanan farmasi. Secara umum, sistem administrasi dan prosedur pelayanan diharapkan mudah, sederhana, dan cepat. Kebutuhan informasi pasien dapat diperoleh dengan mudah dari petugas dan sistem antrian yang jelas.
- f. Variabel kualitas personal ini dibutuhkan pasien dalam bentuk pelayanan petugas yang ramah sopan, perhatian, dan empati. Sikap petugas yang demikian ditunjukkan dari mulai staf bagian pendaftaran, dokter, perawat, dan petugas farmasi.
- g. Variabel aspek fisik dibutuhkan pasien. Pasien membutuhkan jumlah pegawai dan sarana yang cukup untuk menunjang pelayanan, lingkungan bersih, ruang tunggu polirawat jalan nyaman, papan informasi juga tersedia jelas dan informatif, peralatan pelayanan pasien tersedia lengkap. Selain itu, pasien butuh disediakan tempat ibadah dan kantin.

Indikator kualitas layanan rumah sakit yang digunakan dalam penelitian ini dikumpulkan dari kajian literatur ilmiah

dan mempertimbangkan hasil *needs assessment* untuk mengukur persepsi pengguna terhadap kinerja rawat jalan rumah sakit. Pemilihan indikator didasarkan pada beberapa pertimbangan, yaitu: (1) kelayakannya untuk digunakan sebagai indikator evaluasi bagi penyedia layanan kesehatan; (2) kompatibilitas mereka dengan organisasi perawatan kesehatan berorientasi sosial; dan (3) kesesuaiannya dengan penyedia layanan yang melayani warga dengan berbagai segmen. Tiga orang *expert* dilibatkan bersama-sama dalam menelaah dan memilih 70 indikator yang digunakan sebagai indikator model kualitas pelayanan rawat jalan rumah sakit. Penentuan jumlah item tersebut didasarkan pada beberapa pertimbangan; mengungkap setiap kategori, persediaan jika ada item yang perlu dibuang karena tidak valid, dan agar bisa dilakukan analisis faktor. Sebaran indikator penelitian berdasarkan konstruk ditunjukkan pada [Tabel 4.2](#).

Tabel 4.2 Draf Awal Instrumen Penelitian

Konstruk	Jumlah item awal	Persentase (%)
Aspek fisik	12	17,1
Layanan medis	8	11,4
Layanan farmasi	9	12,9
Prosedur administrasi	8	11,4
Kualitas personal	6	8,6
Tanggung jawab sosial	3	4,3
Aspek biaya-asuransi kesehatan	3	4,3
Kualitas hasil	3	4,3
Emosi positif	3	4,3
Emosi negatif	6	8,6
Kepuasan pasien	3	4,3

Kepercayaan rumah sakit	3	4,3
Loyalitas pasien	3	4,3
Total	70	100

Hasil identifikasi sebagaimana ditunjukkan pada [Tabel 4.2](#) menjelaskan bahwa 70% indikator dari model instrumen ini merupakan penjabaran dari aspek-aspek pelayanan rawat jalan, sedangkan 30% lainnya merupakan penjabaran dari faktor emosi (emosi positif dan negatif) dan hasil dari pelayanan (kualitas hasil, kepuasan, kepercayaan, dan loyalitas) yang terdiri dari 6 variabel yang diperoleh berdasarkan kajian literatur.

4.2. Pre-Test (Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen)

Model awal instrumen pelayanan rawat jalan rumah sakit dilakukan melalui uji *pre-test* yang dilaksanakan pada Januari - Juli 2018. Pengujian yang dilakukan meliputi: uji validitas isi (*content validity*) melalui *expert judgment*, uji validitas muka (*face validity*), dan uji daya diskriminasi item melalui uji coba tahap satu pada 30 orang pasien. Instrumen yang telah dilakukan revisi berdasarkan hasil *expert judgment* kemudian diujicobakan kepada calon pengguna instrument melalui uji coba tahap satu dengan tujuan memperoleh masukan dari mereka dan hasil uji daya diskriminasi item. Uji reliabilitas instrumen dan validitas konstruk dilakukan pada uji coba tahap kedua. Proses uji validitas dan reliabilitas instrumen model pelayanan rawat jalan rumah sakit yang telah dilakukan secara lebih rinci dijabarkan sebagai berikut.

1. Uji validitas isi melalui *expert judgment*

Uji validasi isi menunjukkan seberapa besar item-item di instrumen mewakili konsep yang diukur. Jika instrumen yang digunakan secara cukup mencakup topik yang sudah didefinisikan sebagai dimensi-dimensi dan elemen-elemen yang relevan untuk menggambarkan konsepnya, dapat dikatakan bahwa instrumen tersebut mempunyai validitas isi yang baik (Jogiyanto, 2016). Hakim-hakim (*judges*) adalah pakar-pakar yang digunakan untuk mengonfirmasi kebenaran item-item yang membentuk konstruk-konstruk (Jogiyanto, 2016). *Expert* yang dilibatkan dalam tahap ini berjumlah 7 orang, yang terdiri dari 3 akademisi dan 4 praktisi. Jumlah *expert* dikatakan cukup minimal 2 orang (Nunnally dan Bernstein, 1994). Pendapat lain menyatakan bahwa setidaknya-tidaknya lima hingga sepuluh ahli di bidangnya akan berguna untuk menilai ranah konten skala melalui penggunaan skala penilaian (Yaghmale, 2003). Karakteristik *expert* dapat dilihat pada Tabel 4.3.

Tabel 4. 3 Karakteristik *Expert*

No	<i>Expert</i>	Bidang keahlian	Pendidikan terakhir	Pengalaman kerja
1	Akademisi	Manajemen Farmasi	S3	20 Th
2	Akademisi	Farmasi komunitas	S3	15 Th
3	Akademisi	Manajemen	S3	25 Th
4	Praktisi	Dokter spesialis kejiwaan	S2 dan spesialis	20 Th

		(kepala instalasi rawat jalan)		
5	Praktisi	Perawat rawat jalan	Profesi Ners	7 Th
6	Praktisi	Kepala instalasi farmasi	S2	20 Th
7	Praktisi	Psikologi	S3	35 Th

Desain dan konstruksi alat ukur merupakan suatu proses yang kompleks, yang bertujuan untuk menentukan tujuan, referensi, konstruk, dan dimensi item tersebut. Validitas isi kuesioner adalah sejauh mana pengukurannya mewakili dimensi dari konsep yang akan dipelajari. Isi instrumen dianggap valid jika mewakili semua aspek yang terkait dengan konsep yang diteliti. Proses ini disusun mengikuti desain metodologi secara bertahap didasarkan terutama pada proses transkripsi instrumen dan validasinya sehingga memberikan konsistensi statistik. Para ahli diminta untuk menilai setiap item berdasarkan relevansi, kejelasan, kesederhanaan, dan ambiguitas pada skala empat poin. Ringkasan saran *expert* disajikan pada [Tabel 4.4](#).

Tabel 4. 4 Revisi Instrumen Penelitian

Konstruk	Jumlah item awal	Masukan expert	Jumlah item akhir
Aspek fisik	12	Perbaikan redaksi kalimat,	11

		Penggabungan AF9 dan AF10	
Pelayanan medis	8	Perbaikan redaksi kalimat	8
Pelayanan farmasi	9	Perbaikan redaksi kalimat	9
Prosedur administrasi	8	Perbaikan redaksi kalimat, Penggabungan PA5 dan PA8	7
Kualitas personal	6	Perbaikan redaksi kalimat	6
Tanggung jawab sosial	3	Perbaikan redaksi kalimat	3
Aspek biaya dan asuransi kesehatan	3	Perbaikan redaksi kalimat	3
Kualitas hasil	3	Perbaikan redaksi kalimat	3
Emosi positif	3	Perbaikan redaksi kalimat	3
Emosi negatif	6	Perbaikan redaksi kalimat	6
Kepuasan pasien	3	Perbaikan redaksi kalimat	3
Kepercayaan terhadap rumah sakit	3	Perbaikan redaksi kalimat	3
Loyalitas terhadap rumah sakit	3	Perbaikan redaksi kalimat	3
Total	70	-	68

Para *expert* juga diminta untuk menilai relevansi setiap item terhadap variabel yang diukur dengan menggunakan parameter *content validity coefficient*. Formula Aiken *V* digunakan untuk menghitung *content validity coefficient* yang didasarkan

pada hasil penilaian dari panel ahli sebanyak n orang terhadap suatu item dari segi sejauh mana item tersebut mewakili konstruk yang diukur (Azwar, 2012). Skor yang diisikan oleh panel ahli mulai dari rentang 1 (sangat tidak relevan) hingga 4 (sangat relevan). Hasil skor validitas *Aiken* instrumen awal model pelayanan rawat jalan rumah sakit terhadap 68 item pernyataan adalah antara 0,71 - 1 dengan rata-rata 0,94. Berdasarkan kriteria validitas isi, hasil skor validitas setiap item dikelompokkan yang selengkapnya dapat dilihat pada Tabel 4.5.

Tabel 4.5 Hasil *Expert Judgment* Berdasarkan Kriteria Validitas Isi

Kriteria validitas isi	Kode item	Jumlah item
Sangat tinggi ($0,80 < V \leq 1,00$)	AF1, AF2, AF3, AF4, AF5, AF6, AF7, AF8, AF9, AF10, AF11, PM1, PM2, PM3, PM4, PM5, PM6, PM7, PM8, PF1, PF2, PF3, PF4, PF5, PF6, PF7, PF8, PF9, KH1, KH2, KH3, PS1, PS2, PS3, TR1, TR2, TR3, LOY1, LOY2, LOY3, PA1, PA2, PA3, PA4, PA5, PA6, PA7, AB1, AB2, AB3, KP1, KP2, KP3, KP4, KP5, KP6, TJS1, TJS2, TJS3, POS2, NEG1, NEG2, NEG3, NEG4, NEG5, NEG6	66
Tinggi ($0,60 < V \leq 0,80$)	-	-
Sedang ($0,40 < V \leq 0,60$)	POS1, POS3	2
Rendah ($0,20 < V \leq 0,40$)	-	-
Sangat rendah ($0,00 < V \leq 0,20$)	-	-

Berdasarkan [Tabel 4.5](#) dapat dijelaskan bahwa 97% (66 item) berada pada rentang skor validitas sangat tinggi, sedangkan sisanya sejumlah 3% (2 item) yaitu item POS1 dan POS3 berada pada rentang skor validitas sedang. Item-item yang masuk dalam kategori sedang dilakukan revisi oleh peneliti berdasarkan masukan *expert* yang telah memberikan koreksi pada item-item pernyataan instrumen model pelayanan rawat

jalan rumah sakit. Para pakar memberikan saran untuk perbaikan instrumen pada aspek isi/kesesuaian item dengan indikator. Instrumen model pelayanan rawat jalan ini mengalami beberapa kali perubahan, dari rancangan awal berjumlah 70 item, kemudian dilakukan revisi menjadi 68 item dan jumlah tersebut bertahan hingga proses uji coba instrumen dilakukan.

2. Uji coba tahap I

Uji daya diskriminasi item dilakukan melalui uji coba tahap I. Uji coba tahap I memiliki dua tujuan, yaitu 1) untuk meyakinkan bahwa item-item kuesioner telah mencukupi, benar, dan mudah dipahami; dan 2) untuk melakukan uji daya diskriminasi item. Pada uji pilot awal ini, responden diminta untuk meneliti kata-kata, kalimat-kalimat, dan instruksi-instruksi dalam instrumen apakah sudah jelas dan dapat dipahami. Hal ini dilakukan dengan cara responden diminta untuk mengisi kuesioner dan memberikan masukan jika dianggap ada yang kurang. Responden juga diminta untuk memberikan komentar mengenai panjangnya kuesioner. Kuesioner yang terlalu panjang akan tidak efektif karena responden merasa malas dan bosan mengisinya sehingga berakibat akan menjawab item-item pertanyaan dengan sembarangan. Pasien yang menjadi responden memiliki kondisi umum yang baik, pernah merasakan pelayanan rawat jalan, dan bisa diajak berkomunikasi serta bersedia menjadi responden. **Tabel 4.6** menyajikan karakteristik responden uji pilot tahap satu.

Tabel 4. 6 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden pada Uji Coba Tahap Satu berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan dan Penghasilan

Karakteristik	Frekuensi	Persentase (%)
Usia		
• 18-24 thn.	3	10
• 25-44 thn.	12	40
• 45-64 thn.	12	40
• > 64 thn.	3	10
Jenis kelamin		
• Pria	10	33
• Wanita	20	67
Pendidikan		
• SD	5	17
• SLTP	5	17
• SMU	13	43
• Diploma	1	3
• S1	5	17
• S2	1	3
Pekerjaan		
• Pelajar/mahasiswa	2	6,7
• Karyawan swasta	11	36,7
• Petani	1	3,3
• Wiraswasta	2	6,7
• Lain-lain	14	46,6
Penghasilan (Rupiah)		
• < 1.500.000	12	40
• 1.500.000-2.500.000	12	40
• > 2.500.000-3.500.000	4	13
• > 3.500.000	2	7

Karakteristik responden pada uji coba tahap satu ini meliputi jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, dan penghasilan. Sebagian besar responden berada pada kelompok pendidikan rendah dan menengah dan hanya sedikit yang

berpendidikan tinggi. Proporsi terbesar responden adalah wanita dengan persentase 67% dan sebagian besar responden berusia antara 25 - 64 tahun.

Keterbacaan instrumen model pelayanan rawat jalan rumah sakit pada uji coba tahap satu ditunjukkan dengan kemampuan responden mengerjakan instrumen dengan rata-rata waktu mengisi 15 - 28 menit. Responden tidak banyak bertanya tentang maksud pernyataan-pernyataan yang diberikan, dan menyatakan dapat memahami setiap pernyataan dalam instrumen model pelayanan rawat jalan rumah sakit. Responden terlihat kurang nyaman dan menyatakan bahwa jumlah pernyataannya banyak.

Hasil uji daya diskriminasi item pada uji coba tahap satu yang menggunakan korelasi *pearson product moment* memperoleh skor hitung item instrumen pada rentang 0,392 - 0,929. Dengan mengacu pada jumlah responden 30 orang, r tabel adalah 0,374, maka semua item memiliki r hitung >0,374. Akan tetapi, terdapat 1 item yaitu PA5 (0,392) yang masuk dalam kategori dengan kriteria validitas yang rendah. Selengkapny hasil uji validitas tahap satu disajikan pada [Tabel 4.7](#).

Tabel 4. 7 Hasil Uji Daya Diskriminasi Item berdasarkan Koefisien Korelasi r *Pearson Product Moment*

Kriteria validitas	Nomor item	Jumlah item
Sangat tinggi (0,80 < r ≤ 1,00)	AF8, AF10, PM2, PM3, PM4, PM5, PM7, PA2, TJS2, SAT2, TR1, TR2, TR3, LOY1, LOY2, LOY3, POS1, POS2, NEG5, NEG6	20

Tinggi ($0,60 < r \leq 0,80$)	AF1, AF2, AF3, AF4, AF6, AF7, AF9, AF11, PM1, PM6, PM8, PF1, PF2, PF3, PF4, PF5, PF6, PF7, PF9, PA1, PA3, PA6, PA7, KP1, KP2, KP3, KP5, TJS1, TJS3, AK1, AK3, KH1, KH2, KH3, SAT1, SAT3, POS3, NEG1, NEG2, NEG3, NEG4	41
Cukup ($0,40 < r \leq 0,60$)	AF5, PF8, PA4, KP4, KP6, AK2	6
Rendah ($0,20 < r \leq 0,40$)	PA5	1
Sangat rendah ($0,00 < r \leq 0,20$)	-	-

Berdasarkan [Tabel 4.7](#) dapat dijelaskan bahwa skor daya diskriminasi item instrumen model pelayanan rawat jalan rumah sakit ini berada pada rentang rendah hingga sangat tinggi. Jumlah item dengan skor validitas sangat tinggi 29%, tinggi 60%, cukup 9%, dan rendah 2%. Revisi instrumen dilakukan berdasarkan skor daya diskriminasi item pada saat uji coba tahap satu. Peneliti memperhatikan item dengan skor daya diskriminasi rendah, kemudian melakukan revisi. Peneliti melakukan revisi kalimat pada 1 pernyataan. Pada tahap ini tidak dilakukan penghapusan item sehingga diperoleh draf instrumen model pelayanan rawat jalan rumah sakit hasil revisi berjumlah 68 item pernyataan. Instrumen tersebut siap digunakan untuk uji coba tahap II.

3. Uji coba tahap II

Uji coba pilot tahap kedua atau uji pilot skala penuh dengan sasaran utama untuk meyakinkan bahwa bermacam-

macam skala telah memenuhi reliabilitas dan validitas konstruk. Responden yang digunakan memiliki latar belakang sama dengan populasi target penelitian. Jumlah responden yang digunakan pada tahap ini mencakup sampel yang lebih besar dari sampel pada uji pilot awal, tetapi jauh lebih sedikit dari sampel akhirnya. [Connelly \(2008\)](#) menyarankan jumlah sampel untuk uji coba pilot tahap kedua minimal 10% dari jumlah sampel pada uji akhir. Responden dalam uji coba tahap ini adalah pasien rawat jalan di 4 rumah sakit berjumlah 148 responden, yang telah memenuhi kriteria. Karakteristik responden disajikan pada [Tabel 4.8](#).

Tabel 4. 8 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden pada Uji Coba Tahap Dua berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan dan Penghasilan

Karakteristik	Frekuensi	Persentase (%)
Usia		
• 18-24 thn.	43	29,05
• 25-44 thn.	77	52,04
• 45-64 thn.	22	14,86
• > 64 thn.	6	4,05
Jenis kelamin		
• Pria	55	37,16
• Wanita	93	62,84
Pendidikan		
• SD	4	2,7
• SLTP	16	10,8
• SMU	69	46,6
• Diploma	18	12,1
• S1	37	25
• S2	3	2,02
• S3	1	0,67
Pekerjaan		
• Pelajar/mahasiswa	27	18,24
• PNS	14	9,46
• Karyawan swasta	27	18,24
• Petani	10	6,76
• Wiraswasta	26	17,57
• Lain-lain	44	29,73
Penghasilan (Rupiah)		
• < 1.500.000	68	45,95
• 1.500.000-2.500.000	44	29,73
• > 2.500.000-3.500.000	22	14,86
• > 3.500.000	14	9,46

Kuesioner dibagikan kepada 160 responden. Akan tetapi, 12 kuesioner tidak diisi sepenuhnya sehingga hanya 148 kuesioner yang valid untuk dianalisis. Responden dalam uji

pilot tahap 2 ini sebagian besar adalah perempuan (62,84%), dalam usia produktif (52,04%), dan memiliki tingkat pendidikan tertinggi di sekolah menengah atas (43%). Sebagian besar pendapatan responden kurang dari Rp1.500.000,00 (45,95%) dengan didominasi pekerjaan di sektor lainnya (29,73%).

a. Bias dan penatalaksanaannya

Penelitian ini menggunakan desain survei dengan kuesioner sehingga tidak lepas dari potensi bias seperti bias metode umum. Menurut Hartono (dalam Jogiyanto, 2016), bias metode umum adalah bias yang terjadi akibat peneliti mengukur variabel-variabel yang berbeda dengan metode yang sama, pada waktu yang sama, dan oleh responden yang sama dalam satu kali pengumpulan data. Bias metode merupakan masalah karena salah satu sumber utama adalah kesalahan pengukuran. Kesalahan pengukuran akan mengancam validitas komponen secara sistematis. Bagozzi dan Yi (1991) mencatat bahwa salah satu sumber utama dari kesalahan pengukuran sistematis adalah *Method Variance* yang mungkin timbul dari berbagai sumber. Namun, terlepas dari sumbernya, varian kesalahan sistematis dapat memengaruhi hasil empiris sehingga menghasilkan kesimpulan yang menyesatkan (Campbell dan Fiske, 1959). Cara lain untuk mengatasi *common method bias* dapat menggunakan pendekatan secara statistik (Podsakoff *et. al.*, 2003).

Tabel 4. 9 Hasil Analisis *Common Method Bias*

Total	% of Variance	Cumulative %
19,03	27,99	27,99

Tabel 4.9 menunjukkan hasil teknik *Harman Single Factor* yang memperkirakan varians metode umum adalah 27,99%, yang nilai ini kurang dari ambang batas maksimal yang diterima, yaitu 50%. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terjadi masalah bias metode umum pada dataset penelitian ini.

Bias metode umum juga dapat diikuti oleh bias motif konsistensi dan bias keinginan sosial. Bias motif konsistensi dan bias keinginan sosial memiliki kemiripan, yaitu kecenderungan responden menjaga konsistensi responsnya terhadap pertanyaan-pertanyaan yang mirip atau menghubungkan jawaban untuk satu item ke item-item yang lain. Penelitian ini mengukur variabel anteseden dan konsekuen dalam satu set pertanyaan kuesioner sehingga bias konsistensi berpotensi terjadi. Bias keinginan sosial adalah kecenderungan responden menjawab item pertanyaan responden dengan jawaban-jawaban yang diterima secara sosial atau mendapat persetujuan atas jawaban yang dijawabnya. Bias keinginan sosial sangat berpotensi muncul pada item-item pertanyaan yang bersifat sensitif atau sulit untuk diungkap secara jujur oleh responden. Penelitian ini mengukur emosi negatif dan emosi positif responden terhadap hubungannya dengan rumah sakit. Pengukuran item-item emosi negatif dan positif berupa ungkapan-ungkapan pernyataan emosi yang mengarahkan

persetujuan responden bahwa dirinya mengalami emosi negatif dan positif.

Bias konsistensi dan bias keinginan sosial dapat diantisipasi dan ditatalaksana. Menurut Hartono (dalam Jogiyanto, 2016), secara umum bias-bias dapat dikendalikan secara prosedural dan secara statistik. Secara prosedural, terdapat beberapa cara untuk mengendalikan bias. Pertama, kendali bias dilakukan dengan cara mendapatkan pengukur-pengukur anteseden yang konsekuen dari sumber-sumber yang berbeda atau dari responden yang berbeda. Penelitian ini tidak dapat mengendalikan bias metode umum dengan mengukur beragam variabel oleh responden yang berbeda dan dalam waktu yang berbeda karena penelitian ini menggunakan *self report* yang sulit menghindari potensi bias metode umum. Kedua, kendali bias dilakukan dengan memproteksi kerahasiaan responden dan mengurangi ketakutan evaluasi. Penelitian ini menjaga kerahasiaan responden dengan cara menyampaikan secara eksplisit di surat pengantar kuesioner tentang jaminan kerahasiaan jawaban responden, tidak meminta responden mencantumkan identitas pribadi (misalnya, nama). Ketiga, kendali bias dapat dilakukan dengan meningkatkan item skala. Penelitian ini telah berupaya meningkatkan item skala dengan cara mendefinisi istilah-istilah ambigu dan memperbaikinya dalam 2 kali prates, konsultasi dengan para pakar, baik akademisi, maupun praktisi, dan satu kali pilot studi. Selain itu, peneliti juga telah memperbaiki pertanyaan-pertanyaan agar

lebih mudah dipahami, spesifik, dan tepat dengan meningkatkan validitas isi dan validitas tampak melalui proses translasi dan translasi balik.

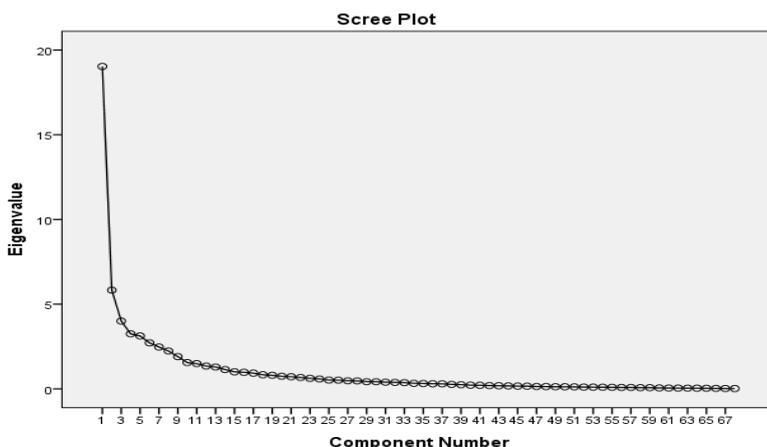
b. Validitas konstruk

Teknik analisis faktor memiliki beberapa kegunaan, yang digunakan secara luas oleh para peneliti dalam mengembangkan dan mengevaluasi tes dan skala. Pengembangan skala (faktor) dimulai dengan beberapa skala individu dan pertanyaan. Teknik analisis faktor dapat digunakan untuk memperbaiki dan mengurangi item-item untuk membentuk subskala yang lebih kecil dan koheren, lebih sering disebut sebagai faktor. Analisis faktor juga dapat digunakan untuk mengurangi beberapa variabel sebelum menggunakannya dalam analisis lain, seperti regresi berganda, analisis multivariat varians, dan pemodelan persamaan struktural. Ada dua pendekatan analisis faktor utama, yaitu eksplorasi dan konfirmasi. Analisis faktor eksplorasi sering digunakan pada tahap awal untuk mengumpulkan informasi tentang keterkaitan antarvariabel.

Analisis data dilakukan dalam tiga langkah. Dimensi kualitas layanan rawat jalan rumah sakit dan item yang berkaitan dengan setiap dimensi dilakukan melalui *exploratory factor analysis (EFA)* dengan analisis komponen utama dan metode rotasi varimax. Kecukupan sampel dan distribusi normal data multivariat untuk ekstraksi faktor dievaluasi menggunakan uji *Kaiser-Myer-Olkin (KMO)* dan uji

Bartlett's test of sphericity. Hasil analisis diperoleh nilai *KMO* adalah 0,820 yang menunjukkan data cukup memadai untuk analisis faktor dan uji *Bartlett's test of sphericity* signifikan ($p < 0.01$, $X^2 = 9293.501$); menunjukkan ada korelasi yang cukup antara variabel untuk penggunaan analisis faktor.

Exploratory Factor Analysis (EFA) komponen utama dengan rotasi *varimax* digunakan untuk membangun struktur dan menguji validitas konstruk dari suatu instrumen. Faktor-faktor yang dihasilkan dengan nilai *eigen* > 1 atau tingkat kontribusi kumulatif >70% dipertahankan dan dipilih untuk interpretasi (Hair *et. al.,* 2009).



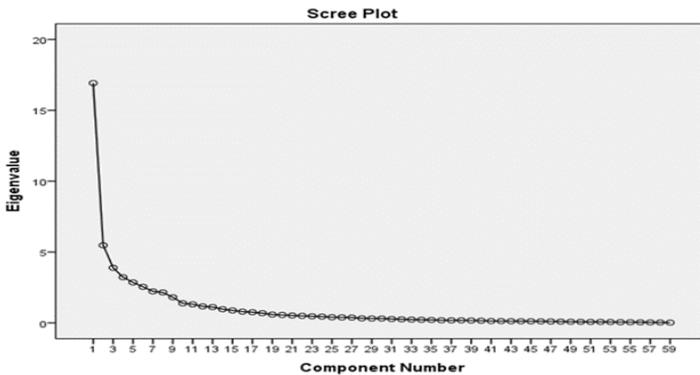
Gambar 4.1 Scree Plot EFA Putaran Pertama

Pada putaran pertama terdapat lima belas faktor dengan nilai *eigen* lebih dari 1 diekstraksi (Gambar 4.1). Kelima belas faktor ini menjelaskan 77,04% dari total varians model pelayanan rawat jalan rumah sakit. Namun, karena beberapa pertimbangan, seperti item memiliki nilai *loading factor* yang rendah (<0,5), *cross-loading*, dan item-item tidak

tersusun seperti yang diharapkan sehingga struktur yang diekstraksi pada putaran pertama ini tidak dapat diterima. Oleh karena itu, dilakukan eliminasi terhadap 9 item (AF5, AF6, PM1, PM7, PF3, PA6, PA7, AB1, KH1). EFA kemudian diulang untuk mendapatkan struktur yang dapat diterima. Pada putaran kedua ini, ekstraksi faktor dilakukan melalui analisis komponen utama dan rotasi *varimax*. Proses ini menghasilkan solusi 13 faktor yang ditentukan dan menjelaskan sebesar 78,10% dari total varian ([Gambar 4.2](#)). Faktor-faktor kemudian diberi nama sesuai dengan item-item yang menyusunnya, dengan rincian sebagai berikut:

- a) Faktor 1 mencakup sembilan item, yang menjelaskan 9,79% dari total varian, berlabel "aspek fisik"
- b) Faktor 2 mencakup enam item, yang menjelaskan 9,47% dari total varian, berlabel "emosi negatif";
- c) Faktor 3 mencakup enam item, yang menjelaskan 8,14% dari total varian, berlabel "kualitas personal";
- d) Faktor 4 mencakup delapan item, yang menjelaskan 7,78% dari total varian, berlabel "layanan farmasi"
- e) Faktor 5 mencakup enam item, yang menjelaskan 7,55% dari total varian, berlabel "layanan medis"
- f) Faktor 6 mencakup lima item, yang menjelaskan 6,82% dari total varian, berlabel "prosedur administrasi";
- g) Faktor 7 mencakup tiga item, yang menjelaskan 4,92% dari total varian, berlabel "tanggung jawab sosial";

- h) Faktor 8 mencakup tiga item, yang menjelaskan 4,54% dari total varian, berlabel "emosi positif"
- i) Faktor 9 mencakup tiga item, yang menjelaskan 4,50% dari total varian, berlabel "kepuasan pasien"
- j) Faktor 10 mencakup tiga item, yang menjelaskan 4,07% dari total varian, berlabel "loyalitas pasien";
- k) Faktor 11 mencakup tiga item, yang menjelaskan 3,88% dari total varian, berlabel "kepercayaan rumah sakit";
- l) Faktor 12 mencakup dua item, yang menjelaskan 3,33% dari total varian, berlabel "kualitas hasil"
- m) Faktor 13 mencakup dua item, yang menjelaskan 3,24% dari total varian, berlabel "aspek biaya dan asuransi kesehatan"



Gambar 4. 2 *Scree Plot EFA Putaran Kedua*

Tabel 4. 10 Hasil Uji Validitas Konvergen

Konstruk	Kode item	<i>Loading factor</i>
Aspek Fisik	AF1	0,665
	AF2	0,652
	AF3	0,663

	AF4	0,805
	AF7	0,682
	AF8	0,768
	AF9	0,716
	AF10	0,657
	AF11	0,785
Layanan Medis	PM2	0,900
	PM3	0,770
	PM4	0,682
	PM5	0,853
	PM6	0,584
	PM8	0,701
Layanan Farmasi	PF1	0,735
	PF2	0,657
	PF4	0,523
	PF5	0,586
	PF6	0,566
	PF7	0,643
	PF8	0,875
	PF9	0,707
Prosedur Administrasi	PA1	0,777
	PA2	0,730
	PA3	0,723
	PA4	0,647
	PA5	0,836
Kualitas Personal	KP1	0,798
	KP2	0,819
	KP3	0,780
	KP4	0,794
	KP5	0,801
	KP6	0,680
Tanggung jawab Sosial	TJS1	0,809
	TJS2	0,765
	TJS3	0,821
Aspek Biaya-Asuransi Kesehatan	AB2	0,783
	AB3	0,742
Kualitas Hasil	KH2	0,823

	KH3	0,854
Kepuasan Pasien	SAT1	0,781
	SAT2	0,860
	SAT3	0,788
Kepercayaan Rumah Sakit	TR1	0,784
	TR2	0,756
	TR3	0,650
Loyalitas Pasien	LOY1	0,660
	LOY2	0,851
	LOY3	0,793
Emosi Positif	POS1	0,812
	POS2	0,873
	POS3	0,814
Emosi Negatif	NEG1	0,897
	NEG2	0,910
	NEG3	0,947
	NEG4	0,928
	NEG5	0,937
	NEG6	0,927

Tabel 4.10 menunjukkan hasil uji validitas dengan pendekatan *Principal Component Analysis* pada seluruh variabel. Nilai *loading factor* seluruh item di atas 0,50 dan setiap kelompok variabel berada dalam satu komponen. Tidak ada satu item pertanyaan yang tidak menempati kelompoknya. Dapat disimpulkan bahwa item-item pertanyaan dalam penelitian ini merupakan item yang valid.

c. Uji reliabilitas

Reliabilitas merupakan syarat tercapainya kuesioner yang valid karena terkait dengan tingkat konsistensi terhadap instrumen-instrumen dalam mengukur konsep. Koefisien *Cronbach Alpha* dipilih untuk mengevaluasi keandalan

variabel. Nilai koefisien *Cronbach Alpha* yang lebih tinggi dari 0,60 dianggap dapat diterima (Hair et. al., 2009). Setelah item-item yang tidak valid dihapus, hasil dari uji reliabilitas untuk masing-masing konstruk dapat dilihat pada Tabel 4.11.

Tabel 4.1 Hasil Uji Reliabilitas

Konstruk	Nilai <i>Cronbach Alpha</i>	Cutt of Value
Aspek Fisik	0,898	≥ 0.6
Layanan Medis	0,923	
Layanan Farmasi	0,909	
Prosedur Administrasi	0,892	
Kualitas Personal	0,927	
Tanggung jawab Sosial	0,868	
Aspek Biaya-Asuransi Kesehatan	0,848	
Kualitas Hasil	0,865	
Kepuasan Pasien	0,900	
Kepercayaan Rumah Sakit	0,886	
Loyalitas Pasien	0,805	
Emosi Positif	0,870	
Emosi Negatif	0,969	

Tabel 4.11 menunjukkan bahwa masing-masing variabel memiliki nilai *Cronbach Alpha* yang terendah adalah 0,848 dan yang tertinggi 0,969. Maka dari itu, dapat disimpulkan bahwa seluruh variabel dinyatakan reliabel.

5

Pembahasan Umum

Manajemen rumah sakit berkontribusi terhadap kualitas pelayanan rumah sakit karena saat ini permintaan pelanggan akan kualitas layanan dari penyedia layanan semakin meningkat. Dengan demikian, untuk menjaga pasien puas dan loyal dengan penyedia layanan, manajemen rumah sakit perlu menilai dan menjaga kualitas layanan yang mereka berikan. Penelitian ini akan membantu pembuat kebijakan dan strategi untuk fokus pada strategi layanan kesehatan yang dapat membantu membangun kepuasan serta peningkatan kepercayaan dan loyalitas. Temuan penelitian ini berimplikasi penting bagi para manajer rumah sakit. Pertama, untuk meningkatkan kepuasan pasien dan meningkatkan loyalitas mereka kepada penyedia layanan medis, manajemen rumah sakit harus mengevaluasi kinerja karyawan, tidak hanya dalam hal kemampuan teknis, tetapi juga kemampuan dan kemauan mereka untuk berkomunikasi secara efektif dengan pasien selama mereka interaksi. Kedua, manajemen secara formal dapat memperkenalkan program pelatihan dalam-layanan yang ditujukan untuk melengkapi setiap karyawan dengan keterampilan pengetahuan dan interaksi yang diperlukan untuk berkomunikasi profesional dengan pasien. Ketiga, survei kepuasan pasien terhadap layanan dengan referensi khusus untuk interaksi dan perilaku mendengarkan karyawan akan memungkinkan kelompok manajemen layanan kesehatan lebih memperhatikan tindakan untuk memastikan bahwa kebutuhan pasien terpenuhi. Keempat, instrumen penelitian ini dapat digunakan sebagai mekanisme umpan balik yang komprehensif

oleh rumah sakit untuk menilai tingkat pemberian layanan kesehatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang layanan kesehatan untuk mencapai tingkat kepuasan pasien yang lebih besar. Kualitas layanan rumah sakit dapat digunakan sebagai patokan bagi rumah sakit untuk lebih meningkatkan layanan mereka dibandingkan dengan rumah sakit lain (Arasli, Haktan Ekiz dan Turan Katircioglu, 2008; Aagja dan Garg, 2010; Padma, Rajendran dan Lokachari, 2010; Amin dan Nasharuddin, 2013). Di sisi lain, para peneliti secara ekstensif membahas atribut multidimensi dari pengaturan perawatan kesehatan yang terbukti menjadi penentu paling kuat untuk meningkatkan kepuasan pasien secara keseluruhan. Manajer perawatan kesehatan perlu mengarahkan lebih banyak upaya ke atribut yang berperingkat tinggi dan memulai beberapa strategi perbaikan di bidang layanan kesehatan lain yang tidak memuaskan dari sudut pandang pasien. Kelima, manajer layanan kesehatan harus mempertimbangkan pemberian layanan kesehatan sebagai sebuah hubungan dengan cara melibatkan keluarga atau pendamping pasien dalam perawatan.

Pada konteks penyedia layanan kesehatan di negara dengan ekonomi berkembang dan populasi besar seperti Indonesia, yang rasio dokter-populasi itu sangat rendah menyebabkan dokter memiliki lebih sedikit waktu berinteraksi dengan pasien sehingga pasien memiliki informasi dan pendidikan terkait kesehatan lebih sedikit. Para dokter, apoteker dan staf paramedis harus mengetahui bahwa pendekatan tradisional

untuk merawat pasien hanya dengan obat-obatan tidak akan lagi mencukupi kebutuhan pasien. Sebagai contoh, pasien ingin tenaga kesehatan lebih bersikap manusiawi dan menunjukkan perilaku yang lebih baik dalam interaksi mereka dengan pasien. Oleh karena itu, tenaga kesehatan harus memperluas pendekatan mereka dalam merawat pasien dengan memasukkan kebutuhan pasien dalam pemberian layanannya. Dokter, apoteker, dan staf paramedis perlu merespons kepercayaan pasien pada mereka dengan memberikan layanan berkualitas berdasarkan kebutuhan dan kepuasan mereka. Sebagai contoh, banyak pasien menganggap bahwa dokter merupakan konselor dalam berbagi masalah pribadi dengan harapan mendapatkan panduan dalam mengatasi masalah yang secara tidak langsung terkait dengan penyakit mereka. Dokter, apoteker, dan staf paramedis harus mempertimbangkan masalah penting ini saat berinteraksi dengan pasien. Dokter, apoteker, dan staf paramedis perlu meningkatkan perilaku mendengarkan mereka dengan membiarkan pasien mengomunikasikan apa yang sebenarnya mereka inginkan.

Dokter kemudian harus meyakinkan pasien bahwa masalah yang mereka ceritakan telah didengar dan mereka akan melakukan apa yang diperlukan. Akhirnya, dokter dan staf paramedis harus sepenuhnya menyadari kebutuhan layanan pasien. Strategi interaksi mereka harus dirancang untuk memahami kebutuhan komunikasi yang unik dari setiap

individu pasien untuk memfasilitasi pengembangan ikatan timbal balik. Sangat penting bahwa praktisi medis di Indonesia mengembangkan budaya membina komunikasi yang efektif dan hal ini akan membutuhkan pelatihan keterampilan komunikasi.

Implikasi praktis yang lebih spesifik dari penelitian ini adalah sebagai dasar dalam merancang program pelatihan yang efektif dan profesional untuk membekali karyawan dengan keterampilan interpersonal dan korespondensi yang diperlukan dalam mengelola berbagai situasi layanan. Pelatihan harus diarahkan ke nilai pasien dan menampilkan emosi positif untuk menargetkan kebutuhan emosional pasien. Manajer layanan dapat mempromosikan siklus emosi positif dalam interaksi layanan untuk berhubungan secara efektif dengan emosi pasien. Karyawan pada bagian layanan juga dapat dilatih untuk mendeteksi emosi pasien yang dialami dalam pertemuan layanan. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa karyawan pada bagian layanan dapat menggunakan teknik penginderaan jauh dan pengenalan ekspresi wajah untuk memprediksi kondisi dan respons emosi pasien (Cohn dan Kanade, 2007). Prediksi emosi pasien dapat membantu manajer dalam menentukan strategi pemulihan layanan dan mendapatkan hasil yang lebih memuaskan.

Meningkatkan kepuasan pasien memerlukan intervensi pada berbagai indikator pembentuk kepuasan pelayanan rawat jalan sbb: (1) Pihak manajemen perlu merencanakan program

pendidikan dan pelatihan karyawan pelayanan rawat jalan. Program pendidikan dan pelatihan bertujuan meningkatkan keramahan, kecepatan, komunikasi mereka terhadap pasien/pengunjung RS. (2) Perlu melakukan evaluasi kebersihan dan kenyamanan fasilitas dan mengajak pasien selalu menjaga kebersihan dan kenyamanan lingkungan rumah sakit dengan menggunakan media stiker, poster, spanduk, dan lain-lain. (3) Mengambil opsi pengambilan keputusan meningkatkan jumlah kunjungan dengan memahami perilaku pasien. (4) Perlu gagasan menciptakan produk layanan baru dan meningkatkan layanan setiap indikator kepuasan di rumah sakit melalui survei kepuasan dan pembentukan lembaga *Customer Relationship Management (CRM)*.

6

Kesimpulan dan Rekomendasi

Penelitian ini menganggap bahwa konstruk kualitas layanan bersifat multidimensi. Hal ini berangkat dari asumsi bahwa multidimensi ini setara dengan lima dimensi kualitas yang diusulkan oleh [Parasuraman et. al., \(1988\)](#), yaitu: keandalan, daya tanggap, jaminan, empati, dan bukti fisik. Namun, dengan mempertimbangkan beberapa penelitian yang dikembangkan oleh peneliti lain, dapat disimpulkan bahwa dimensi ini tidak memiliki stabilitas dan kemungkinan variasi dapat terjadi tergantung pada karakteristik masing-masing layanan. Fenomena ini terkait dengan modifikasi yang diperlukan pada instrumen asli untuk menyesuaikannya dengan jenis layanan tertentu. Modifikasi ini membatasi kemungkinan mereplikasi penelitian dan menurunkan kemungkinan diperolehnya hasil yang serupa.

Hasil penelitian ini juga mendukung kompleksitas proses yang mengarah pada kepuasan dengan layanan yang melibatkan beragam fenomena dalam ranah kognitif dan emosional. Penelitian ini menyoroti pentingnya aspek prosedural, relasional, dan emosional dalam kepuasan pasien. Kepuasan juga bervariasi terhadap keterlibatan yang dilihat

sebagai tingkat pentingnya layanan kepada pasien. Semakin tinggi keterlibatan individu, semakin tinggi kecenderungan untuk merasa puas dengan layanan yang diberikan. Keterlibatan juga berefek langsung terhadap emosi; semakin penting layanannya bagi individu, semakin tinggi jumlah emosi positif dan semakin rendah jumlah emosi negatif yang mereka alami. Ekspektasi juga berefek langsung pada emosi; semakin tinggi kepuasan yang diharapkan, semakin banyak individu cenderung mengalami emosi positif dan semakin sedikit mereka cenderung mengalami emosi negatif. Hasil ini mendukung teori efek asimilasi harapan. Oleh karena itu, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa individu mengalami keadaan emosi yang menyenangkan atau tidak menyenangkan mengikuti tingkat kepuasan yang diharapkan.

Pada saat ini, penting bagi rumah sakit baik pemerintah maupun swasta untuk memantau dan menganalisis kepuasan pasien. Mengingat hal ini, monograf ini telah mengembangkan dan menguji model kualitas layanan dan kepuasan pasien baru yang disebut sebagai kuesioner pengukuran kinerja dan kepuasan layanan rawat jalan rumah sakit Indonesia. Indeks pengukur kepuasan pasien dan variabel antesedennya ialah aspek fisik, layanan medis, layanan farmasi, prosedur administrasi, tanggung jawab sosial, kualitas personel, aspek biaya-asuransi kesehatan, kualitas hasil, serta emosi positif dan emosi negatif. Faktor-faktor sosio-demografi seperti persepsi kondisi kesehatan, kelas rumah sakit, kepemilikan rumah sakit,

dan wilayah letak rumah sakit berhubungan dengan kepuasan pasien.

Daftar Referensi

[Aagja, J. P. dan Garg, R. \(2010\) 'Measuring perceived service quality](#)

110 Pengembangan Kuesioner Kualitas Layanan, Kepuasan, Kepercayaan dan Loyalitas Pasien pada Layanan Rawat Jalan Rumah Sakit di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta

- for public hospitals (PubHosQual) in the Indian context', *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 4(1), pp. 60–83.
- Adil, A., Syamsun, M. dan Najib, M. (2016) 'Pengaruh Kualitas Pelayanan dan Biaya terhadap Kepuasan dan Loyalitas Pasien RSUD Kota Bogor', *Jurnal Aplikasi Manajemen*, 14(3), pp. 432–441.
- Agustina, R. Dartanto, T. Sitompul, R. Susiloretni, K. A. Suparmi. dan Achadi, E. L. (2019) 'Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges', *The Lancet*, 393(10166), pp. 75–102. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31647-7.
- Aiken, L. R. (1980) 'Content Validity and Reliability of Single Items or Questionnaires', *Educational and Psychological Measurement*, 40, pp. 955–959. doi: 10.1177/001316448004000419.
- Aiken, L. R. (1985) 'Three Coefficients for Analyzing the Reliability and Validity of Ratings', *Educational and Psychological Measurement*, 45, pp. 131–142. doi: 10.1177/0013164485451012.
- Akyuz, A. M. dan Ayyildiz, H. (2012) 'A Structural Equation Model Test of Patient Satisfaction In The Health Service Organizations In Trabzon City', *International Journal of Economic and Administrative Studies*, 4(8), pp. 47–65.
- Aldana, J. M., Piechulek, H. dan Al-sabir, A. (2001) 'Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh', *Bulletin of the World Health Organization*, 79(6), pp. 512–517.
- Alrubaiee, L. dan Al-Nazer, N. (2010) 'Investigate the Impact of Relationship Marketing Orientation on Customer Loyalty: The Customer's Perspective', *International Journal of Marketing Studies*, 2(1), pp. 155–174. doi: 10.5539/ijms.v2n1p155.
- Amin, M. dan Nasharuddin, S. Z. (2013) 'Hospital Service Quality and Its Effects on Patient Satisfaction and Behavioural Intention', *Clinical Governance An International Journal*, 18(3), pp. 238–254. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/CGIJ-05-2012-0016>.

- Anderson, Eugene W. dan Sullivan, M. W. (1993) 'The Antecedents and Consequences of Customer Satisfaction for Firms', *Marketing Science*, 12(2), pp. 125-143. doi: 10.1287/mksc.12.2.125.
- Anderson, Lynda A. dan Dedrick, R. F. (1990) 'Development Of The Trust In Physician Scale: A Measure To Assess Interpersonal Trust In Patient-Physician Relationships', *Psychological Reports*, 67, pp. 1091-1100.
- Arab, M. Rashidian, A. Pourereza, A. dan Tajvar, M. (2014) 'Developing a Persian inpatient satisfaction questionnaire', *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27(1), pp. 4-14. doi: 10.1108/IJHCQA-10-2011-0059.
- Arasli, H., Haktan Ekiz, E. dan Turan Katircioglu, S. (2008) 'Gearing service quality into public and private hospitals in small islands: Empirical evidence from Cyprus', *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(1), pp. 8-23. doi: 10.1108/09526860810841129.
- Arimbawa, E., Suarjana. dan Wijaya, G. (2014) 'Hubungan Pelayanan Kefarmasian dengan Kepuasan Konsumen Menggunakan Jasa Apotik di Kota Denpasar', *Public Health and Preventive Medicine Archive*, 2(2), pp. 198-203.
- Ariwidyastuti, C. I., Januraga, P. P. dan Duarsa, D. P. (2016) 'Hubungan antara Responsiveness Pemberi Layanan dengan Kepuasan Pasien di Tiga Klinik Radiografi Konvensional Kota Denpasar', *Public Health and Preventive Medicine Archive*, 4(1), p. 60. doi: 10.15562/phpma.v4i1.58.
- Atkinson, S. dan Haran, D. (2005) 'Individual and district scale determinants of users ' satisfaction with primary health care in developing countries', *Social Science and Medicine*, 60, pp. 501-513. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.05.019.
- Augusto, J. dan Bastos, R. (2008) 'Pharmacies Customer Satisfaction and Loyalty - A Framework Analysis'. Salamanca: Departamento de Administración y Economía de la Empresa, pp. 1-30.
- Aziz, M. M. Ji, W. dan Masooud, D. I. (2018) 'Patient satisfaction with community pharmacies services: A cross-sectional

- survey from Punjab; Pakistan', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12). doi: 10.3390/ijerph15122914.
- Azwar, S. (2012) *Reliabilitas dan Validitas*. 4th edn. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Badri, M. A., Attia, S. dan Ustadi, A. M. (2008) 'Healthcare quality and moderators of patient satisfaction: testing for causality', *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22(4), pp. 382-410. doi: 10.1108/09526860910964843.
- Bagozzi, R. P. dan Yi, Y. (1991) 'Multitrait-Multimethod Matrices in Consumer Research', *Journal of Consumer Research*, 17(4), pp. 426-439.
- Baltussen, R. O. B. dan Ye, Y. (2006) 'Quality of Care of Modern Health Services as Perceived by Users and Non-users in Burkina Faso', *International Journal for Quality in Health Care*, 18(1), pp. 30-34.
- Barsky, J. dan Nash, L. (2002) 'Evoking emotion: Affective keys to hotel loyalty', *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, 43(1), pp. 39-46. doi: 10.1016/S0010-8804(02)80007-6.
- Batbaatar, E. Dorjdagva, J. Luvsannyam, A. dan Savino, M. M. (2017) 'Determinants of patient satisfaction: A systematic review', *Perspectives in Public Health*, 137(2), pp. 89-101. doi: 10.1177/1757913916634136.
- Bautista, Joy Mari. dan Tangsoc, J. (2016) 'Hospital Service Quality Assessment and Analysis: A Multi-Perspective Approach', *DLSU Business and Economics Review*, 26(1), pp. 30-49.
- Beach, M. C. Sugarman, J. dan Johnson, R. L. (2005) 'Do Patients Treated With Dignity Report Higher Satisfaction, Adherence, and Receipt of Preventive Care?', *Annals of Family Medicine*, 03(4), pp. 331-338. doi: 10.1370/afm.328.INTRODUCTION.
- Bitner, M. J. (1990) 'Evaluating Service Encounters: The Effects of Physical Surroundings and Employee Responses', *Journal of Marketing*, 54(2), p. 69. doi: 10.2307/1251871.
- Bleich, S. N., Ozaltin, E. dan Murray, C. (2009) 'How does satisfaction with the health-care system relate to patient

- experience?', *Bull World Health Organ*, 87, pp. 271–278. doi: 10.2471/BLT.07.050401.
- Bloemer, J. M. M. dan Kasper, H. D. P. (1995) 'the Complex Relationship Between Consumer Satisfaction and Brand Loyalty', *Journal of Economic Psychology*, 16(2), pp. 311–329. doi: 10.1016/0167-4870(95)00007-b.
- Bowen, J. T. dan Chen, S. L. (2001) 'The relationship between customer loyalty and customer satisfaction', *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 13(5), pp. 213–217. doi: 10.1108/09596110110395893.
- BPS (2016) *Indeks Pembangunan Manusia 2015*. Jakarta.
- BPS (2017) *Jumlah rumah sakit menurut Kabupaten Kota di Daerah Istimewa Yogyakarta*, BPS. doi: 10.1037/0022-3514.51.6.1173.
- Brady, M. K. dan Cronin, J. (2001) 'Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: A hierarchical approach', *The Journal of Marketing*, 65(3), pp. 34–49. Available at: <http://journals.ama.org/doi/abs/10.1509/jmkg.65.3.34.18334>.
- Briesacher, B. dan Corey, R. (1997) 'Patient Satisfaction with Pharmaceutical Services at Independent and Chain Pharmacies', *Am J Health-Syst Pharm*, 54(1), pp. 531–536.
- Budianto, A. (2019) 'Customer Loyalty: Quality of Service', *Journal of management Review*, 3(1), pp. 299–305. Available at: <https://jurnal.unigal.ac.id/index.php/managementreview/article/view/1808/1486>.
- Buttle, F. (1996) 'SERVQUAL: review, critique, research agenda', *European Journal of Marketing*, 30(1), pp. 8–32. doi: 10.1108/03090569610105762.
- Camilleri, D. dan Callaghan, M. (1998) 'Comparing public and private hospital care service quality', *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11(4), pp. 127–133.
- Campbell, D. T. dan Fiske, D. W. (1959) 'Convergent And Discriminant Validation By The Multitrait-Multimethod Matrix', *Psychological Bulletin*, 56(2), pp. 81–105.

- Carlucci, D., Renna, P. dan Schiuma, G. (2013) 'Evaluating service quality dimensions as antecedents to outpatient satisfaction using back propagation neural network', *Health Care Management Science*, 16(1), pp. 37-44. doi: 10.1007/s10729-012-9211-1.
- Caruana, A., Money, A. H. dan Berthon, P. R. (2000) 'Service quality and satisfaction - the moderating role of value', *European Journal of Marketing*, 34(11), pp. 1338-1352. doi: 10.1108/mbe.2001.26705aaf.015.
- Chahal, H. dan Mehta, S. (2013) 'Modeling patient satisfaction construct in the Indian health care context', *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 7(1), pp. 75-92. doi: 10.1108/17506121311315445.
- Chahal, H., Sharma, R. dan Gupta, M. (2004) 'Patient Satisfaction in Public Outpatient Health Care Services', *Journal of Health Management*, 6(1), pp. 23-44. doi: 10.1177/097206340400600102.
- Chang, C. S. Chen, S. Y. dan Lan, Y. T. (2013) 'Service Quality, Trust, and Patient Satisfaction In Interpersonal-Based Medical Service Encounters', *BMC Health Services Research*. *BMC Health Services Research*, 13(1), p. 22. doi: 10.1186/1472-6963-13-22.
- Chang, W. J. dan Chang, Y. H. (2013) 'Patient Satisfaction Analysis: Identifying Key Drivers and Enhancing Service Quality of Dental Care', *Journal of Dental Sciences*. Elsevier Taiwan LLC, 8(3), pp. 239-247. doi: 10.1016/j.jds.2012.10.006.
- Cheng, S. H., Yang, M. C. dan Chiang, T. L. (2003) 'Patient satisfaction with and recommendation of a hospital: Effects of interpersonal and technical aspects of hospital care', *International Journal for Quality in Health Care*, 15(4), pp. 345-355. doi: 10.1093/intqhc/mzg045.
- Chilgren, A. (2008) 'Managers and the new definition of quality', *Journal of Healthcare*
- Chiu, C.-M. Chang, C. C. Cheng, H. L. dan Fang, Y. H. (2009) Determinants of customer repurchase intention in online shopping, *Online Information Review*. doi:

10.1108/14684520910985710.

- Choi, B. J. dan Kim, H. S. (2013) 'The impact of outcome quality, interaction quality, and peer-to-peer quality on customer satisfaction with a hospital service', *Managing Service Quality*, 23(3), pp. 188–204. doi: 10.1108/09604521311312228.
- Choi, K. S. Cho, W. H. Lee, S. Lee, H. dan Kim, C. (2004) 'The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice: A South Korean study', *Journal of Business Research*, 57(8), pp. 913–921. doi: 10.1016/S0148-2963(02)00293-X.
- Clemes, M. Gan, C. Kao, T. H. dan Choong, (2008) 'An empirical analysis of customer satisfaction in international air travel', *Innovative Marketing*, 4(2), pp. 49–62. Available at: <https://orcid.org/0000-0002-5618-1651>.
- Coenen, C. dan Felten, D. W. (2013) 'FM Servicebarometer: monitoring customer perception of service performance', *Journal of Facilities Management*, 11(3), pp. 266–278.
- Connelly, L. M. (2008) 'Pilot studies', *MedSurg Nursing*, 17(6), pp. 411–412.
- Cooper, D. R. dan Schindler, P. S. (2011) *Business Research Methods*. Eleventh E, Management Learning. Eleventh E. New York: The McGraw-Hill. doi: 10.1177/13505076080390050804.
- Creswell, J. W. (2009) *Research Design.pdf*. Third. California: Sage Publication.
- Cronin, J. J. dan Taylor, S. A. (1992) 'Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension', *Journal of Marketing*, 56(3), pp. 55–68.
- Cronin, J. J. dan Brady MK, H. G. (2000) 'The effects of service quality, perceived value and customer satisfaction on behavioral intentions', *Journal of Retailing*, 76(2), pp. 193–218. doi: 10.1300/J150v06n04_04.
- Crow, R. Gage, H. Hampson, S. Hart, J. dan Kimber, A (2002) 'The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature HTA Health Technology Assessment NHS Randamp;D HTA

Programme Executive summary', Health Technology Assessment, 6(32).

- Cunningham, L. (1991) *The Quality Connection in Health Care*. San Francisco: Jossey-Bass Inc., Publishers.
- Curry, A. dan Sinclair, E. (2002) 'Assessing the quality of physiotherapy services using Servqual', *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 15(5), pp. 197-205. doi: 10.1108/09526860210437412.
- Dabholkar, P. A., Thorpe, D. I. dan Rentz, J. O. (1996) 'A measure of service quality for retail stores: Scale development and validation', *Journal of the Academy of Marketing Science*, 24(1), pp. 3-16. doi: 10.1007/bf02893933.
- Danaher, P. J. dan Haddrell, V. (1996) 'A comparison of question scales used for measuring customer satisfaction', *International Journal of Service Industry Management*, 7(4), pp. 4-26. doi: 10.1108/09564239610129922.
- Databoks (2018) Berapa Peserta Jaminan Kesehatan Nasional?, BPJS Kesehatan. Available at: <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2018/10/30/berapa-peserta-jaminan-kesehatan-nasional> (Accessed: 3 March 2020).
- Davis, L. L. (1992) 'Instrument review: Getting the most from a panel of experts', *Applied Nursing Research*, 5(4), pp. 194-197. doi: 10.1016/S0897-1897(05)80008-4.
- Doney, M. dan Cannon, J. P. (1997) 'Trust Examination of the Nature of in Buyer-Seller Relationship for assistance', *Journal of Marketing*, 61(2), pp. 35-51.
- Duggirala, M., Rajendran, C. dan Anantharaman, R. (2008) 'Patient-Perceived Dimensions of Total Quality Service in Healthcare', *Benchmarking: An International Journal*, 15(5), pp. 560-583. doi: 10.1108/14635770810903150.
- Dwyer, R. F., Schurr, P. dan Oh, S. (1987) 'Buyer-Seller Developing Relationships', *American Journal of Marketing*, Vol. 51, No. 2 (Apr., 1987), pp. 11-27, 51(2), pp. 11-27. doi: 10.2307/1251126.
- Eggert, A. dan Ulaga, W. (2002) 'Customer perceived value: A substitute for satisfaction in business markets?', *Journal of*

- Business and Industrial Marketing, 17(2-3), pp. 107-118. doi: 10.1108/08858620210419754.
- Entwistle, V. A. dan Quick, O. (2006) 'Trust in the context of patient safety problems', *Journal of Health, Organisation and Management*, 20(5), pp. 397-416. doi: 10.1108/14777260610701786.
- Falk, T., Hammerschmidt, M. dan Schepers, J. J. L. (2010) 'The service quality-satisfaction link revisited: Exploring asymmetries and dynamics', *Journal of the Academy of Marketing Science*, 38(3), pp. 288-302. doi: 10.1007/s11747-009-0152-2.
- Fornell, C. (1992) 'A National Customer Satisfaction Barometer: The Swedish Experience', *Journal of Marketing*, 56(1), pp. 6-21.
- Fornell, C. Johnson, M. D. Anderson, E. W. dan Cha, J. (1996) 'The American Customer Satisfaction Index: Nature, purpose, and findings', *Journal of Marketing*, 60(4), pp. 7-18. doi: 10.2307/1251898.
- Fornell, C. dan Wernerfelt, B. (1987) 'Defensive Marketing Strategy by Customer Complaint Management: A Theoretical Analysis', *Journal of Marketing Research*, 24(4), p. 337. doi: 10.2307/3151381.
- Friesner, D. A. N. Nuefelder, D. Raisor, J. dan Bozman, C. S. (2009) 'How to Improve Patient Satisfaction When Patients Are Already Satisfied: A Continuous Process-Improvement Approach', *Hospital Topics*, 87(1), pp. 24-41.
- Garratt, A. M. Bjaertnes, A. Krogstad, U. dan Gulbrandsen, P. (2005) 'The OutPatient Experiences Questionnaire (OPEQ): data quality, reliability, and validity in patients attending 52 Norwegian hospitals', *Qual Saf Health Care*, 14, pp. 433-437. doi: 10.1136/qshc.2005.014423.
- Garson, D. (2013) *Validity and Reliability*. Asheboro: Statistical Publishing Associates.
- Gasquet, I. Villemot, S. Estaquio, C. dan Durie U. X. (2004) 'Construction of a questionnaire measuring outpatients' opinion of quality of hospital consultation departments', *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(1), pp. 1-12. doi:

10.1186/1477-7525-2-43.

- Gaur, S. S. Xu, Y. Quazi, A. dan Nandi, S. (2011) 'Relational impact of service providers' interaction behavior in healthcare', *Managing Service Quality*, 21(1), pp. 67-87. doi: 10.1108/09604521111100252.
- Gefen, D. (2000) 'E-commerce: The role of familiarity and trust', *Omega*, 28(6), pp. 725-737. doi: 10.1016/S0305-0483(00)00021-9.
- Goel, S., Sharma, D. dan Singh, A. (2013) 'Development and Validation of a Patient Satisfaction Questionnaire for Outpatients Attending Health Centres in North Indian Cities', *Journal of Health Services Research and Policy*, 0(0), pp. 1-9. doi: 10.1177/1355819613508381.
- Griffin, J. (2002) *Customer loyalty: How to Earn It, How to Keep It, Airline Business*. San Francisco: Wiley Imprint. doi: 10.3139/9783446452848.013.
- Grönroos, C. (1982) 'An Applied Service Marketing Theory', *European Journal of Marketing*, 16(7), pp. 30-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/EUM0000000004859>.
- Grönroos, C (1982) *Strategic Management and Marketing in the Service Sector*. Stockholm: Swedish School of Economics and Business Administration (Forskningsrapporter (Svenska handelshögskolan (Helsinki, Finland))). Available at: https://books.google.co.id/books?id=KSJ_AAAACAAJ.
- Gulliford, M. Munoz, J. F. Morgan, M. Hughes, D. dan Gibson, B. (2002) 'What does "access to health care" mean?', *Journal of Health Services Research and Policy*, 7(3), pp. 186-188.
- Hair, J. Ringle, C. M. dan Sarstedt, M. (2014) *Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)*. California: Sage Publication.
- Hair, J. F. Black, W. C. Babin, B. J. dan Anderson, R. E. (2009) *Multivariate Data Analysis*. Seventh Ed. Prentice Hall.
- Hair, J. F. J. Sarstedt, M. Hopkins, L. dan Kuppel, W. (2014) 'Partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM) An emerging tool in business research', *European Business Review*, 26(2), pp. 106-121. doi: 10.1108/EBR-10-2013-0128.

- Hakim, L. (2013) Pelayanan kesehatan paling banyak diadakan di DIY, Ombudsman Daerah Istimewa Yogyakarta. Available at: <https://ombudsman.jogjaprov.go.id/pelayanan-kesehatan-paling-banyak-diadakan-di-diy/> (Accessed: 23 February 2020).
- Hall, M. . (2005) 'The importance of trust for ethics, law and public policy', *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 14(2), pp. 156-67.
- Hall, M. A. dan Dugan, E. (2001) 'Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured, and Does It Matter?', *The Milbank Quarterly*, 79(4), pp. 613-639.
- Handayani, P. Hidayanto, A. N. Sandhyaduhita, P. I. dan Kasiyah. (2015) 'Strategic hospital services quality analysis in Indonesia', *Expert Systems with Applications*. Elsevier Ltd, 42(6), pp. 3067-3078. doi: 10.1016/j.eswa.2014.11.065.
- Haynes, S.N., Richard, D.C.S. dan Kubany, E. S. (1995) 'Content Validity in Psychological Assessment: A Functional Approach to Concepts and Methods', *Psychological Assessment*, pp. 238-247.
- Helmawati, T. dan Handayani, S. D. (2014) 'Pengaruh Kualitas Layanan terhadap Minat Kunjungan Ulang yang dimediasi oleh Kepuasan Pasien di Klinik Rumah Zakat Yogyakarta', *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*, 3(1), pp. 1-15.
- Horvat, N. dan Kos, M. (2010) 'Development and Initial Validation of a Patient Satisfaction With Pharmacy Performance Questionnaire', *Evaluation and the Health Professions*, 33(2), pp. 197-215. doi: 10.1177/0163278710361924.
- Hudak, P. L. dan Wright, J. G. (2000) 'The Characteristics of Patient Satisfaction Measures', *Spine*, 25(24), pp. 3167-3177. doi: 10.1097/00007632-200012150-00012.
- Hussein, A. . (2015) *Penelitian Bisnis dan Manajemen Menggunakan PLS (smart-PLS 3.0)*. Malang: Universitas Brawijaya.
- Igbinovia, M. E. (2007) *The Perceived Benefits of Generic Versus Branded Medicines*.

- Jackson, J., Chamberlin, J. dan Kroenke, K. (2001) 'Predictors of patient satisfaction', *Social Science and Medicine*, 52, pp. 609-620.
- Jani, D. dan Han, H. (2011) 'Investigating the key factors affecting behavioral intentions: Evidence from a full-service restaurant setting', *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 23(7), pp. 1000-1018. doi: 10.1108/09596111111167579.
- Jaturapatporn, D. Hathirat, S. Manataweewat, B. Dellau, A. C. dan Leelaharattanarak, S. (2006) 'Reliability and validity of a Thai version of the General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ)', *Journal of the Medical Association of Thailand*, 89(9), pp. 1491-1496.
- Jen, W., Tu, R. dan Lu, T. (2011) 'Managing passenger behavioral intention: An integrated framework for service quality, satisfaction, perceived value, and switching barriers', *Transportation*, 38(2), pp. 321-342. doi: 10.1007/s11116-010-9306-9.
- Jogiyanto (2016) *Pedoman Survei Kuesioner*. Yogyakarta: BPFE.
- Johnson, M. D. Gustafsson, A. Andreassen, T. W. Lervik, L. dan Cha, J. (2001) 'The Evolution and Future of National Customer Satisfaction Index Models', *Journal of Economic Psychology*, 22(2), pp. 217-245. doi: 10.1016/S0167-4870(01)00030-7.
- Kandampully, J. dan Suhartanto, D. (2000) 'Customer loyalty in the hotel industry: The role of customer satisfaction and image', *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 12(6), pp. 346-351. doi: 10.1108/09596110010342559.
- Kane, R. L., Maciejewski, M. dan Finch, M. (1997) 'The Relationship of Patient Satisfaction with Care and Clinical Outcomes', *Medical Care*, 35(7), pp. 714-730. doi: 10.1097/00005650-199707000-00005.
- Kantsperger, R. dan Kunz, W. H. (2010) 'Consumer trust in service companies: a multiple mediating analysis', *Managing Service Quality: An International Journal*, 20(1), pp. 4-25. doi: 10.1108/09604521011011603.

- Kassim, N. dan Asiah Abdullah, nor (2010) 'The effect of perceived service quality dimensions on customer satisfaction, trust, and loyalty in e-commerce settings: A cross cultural analysis', *Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics*, 22(3), pp. 351-371. doi: 10.1108/13555851011062269.
- Karthikeyan, M., Dahlmann-Noor, A.H., Gupta, N. dan Vivian, A.J. (2007), "The cataract service satisfaction tool: development and validation of a new tool to assess patient satisfaction with cataract services", *Clinical Governance: An International Journal*, Vol. 12 No. 4, pp. 249-259.
- Kemenkumham (2009) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, Kemenkumham. Indonesia. doi: 10.7202/1016404ar.
- Keshtkaran, A. Heidari, A. Keshtkaran, V. dan Taft V, A. A. (2012) 'Satisfaction of outpatients referring to teaching hospitals clinics in Shiraz', *Payesh*, 11(4), pp. 459-465.
- Khamis, K. dan Njau, B. (2014) 'Patients' level of satisfaction on quality of health care at Mwananyamala hospital in Dar es Salaam, Tanzania', *BMC Health Services Research*, 14(1), pp. 1-8. doi: 10.1186/1472-6963-14-400.
- Khan, M. M. dan Khan, A. H. (2014) 'Impact of service quality on customer satisfaction and customer loyalty: Evidence from banking sector', *Pakistan Journal of Commerce and Social Sciences*, 8(2), pp. 331-354.
- Kholid, Z., Syahlani, S. P. dan Satibi (2012) 'Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Dan Loyalitas Pasien Rawat Inap: Kajian Empirik Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap', *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi*, 2(4), pp. 225-230.
- Khudair, I. F. dan Hanssens, Y. I. (2010) 'Evaluation of patients' knowledge on warfarin in outpatient anticoagulation clinics in a teaching hospital in Qatar', *Saudi Med J*, 31(6), pp. 672-677.
- Khudair dan Raza (2013) 'Measuring Patients' Satisfaction with Pharmaceutical Services at a Public Hospital in Qatar.', *International journal of health care quality assurance*, 26(5), pp. 398-419. doi: 10.1108/IJHCQA-03-2011-0025.

- Kim, Y. K. Cho, C. H. Ahn, S. K. Goh, I. H. dan Kim, H. J. (2008) 'A study on medical services quality and its influence upon value of care and patient satisfaction-Focusing upon outpatients in a large-sized hospital', *Total Quality Management and Business Excellence*, 19(11), pp. 1155-1171. doi: 10.1080/14783360802323594.
- Kleefstra, S. M. Kool, R. B. Veldkamp, C. M. Meer, A. C. dan Mens, M. A. (2010) 'A core questionnaire for the assessment of patient satisfaction in academic hospitals in the Netherlands: Development and first results in a nationwide study', *Quality and Safety in Health Care*, 19(5). doi: 10.1136/qshc.2008.030825.
- Kondasani, R. K. R. dan Panda, R. K. (2015) 'Customer Perceived Service Quality, Satisfaction And Loyalty In Indian Private Healthcare', *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 28(5), pp. 452-467. doi: 10.1108/IJHCQA-01-2015-0008.
- Kotler, P. dan Keller, K. L. (2012) *Marketing Management*. 14th edn. New Jersey: Prentice Hall.
- Kramer, R. M. (1999) 'Trust and distrust in organizations: Emerging perspectives, enduring questions', *Annual Review of Psychology*, 50, pp. 569-598. doi: 10.1146/annurev.psych.50.1.569.
- Kreuger, L. W. dan Neuman, W. L. (2006) *Social work Research Methods: Qualitative and Quantitative applications*. 1st ed. Boston and New York: Pearson and Allyn Bacon.
- Kumar., Naveen, P. Jacob. Anil. Thota. dan Smruthi. (2014) 'Impact of healthcare marketing and branding on hospital services', *International Journal of Research Foundation of Hospital and Healthcare Administration*, 2(1), pp. 19-24.
- Kuo, Y. and Wu, C. (2012) 'Satisfaction and post-purchase intentions with service recovery of online shopping websites: Perspectives on perceived justice and emotions', *International Journal of Information Management*. Elsevier Ltd, 32(2), pp. 127-138. doi: 10.1016/j.ijinfomgt.2011.09.001.
- Lai, W. T. dan Chen, C. F. (2011) 'Behavioral intentions of public

- transit passengers-The roles of service quality, perceived value, satisfaction and involvement', *Transport Policy*. Elsevier, 18(2), pp. 318-325. doi: 10.1016/j.tranpol.2010.09.003.
- Lang, J. R. dan Fullerton, S. D. (1992) 'The components of satisfaction with outpatient pharmacy services', *Health Marketing Quarterly*, 10(1-2), pp. 142-154. doi: 10.1300/J026v10n01_11.
- Larson, L., Rovers, J. dan Mackeigan, L. (2002) 'Patient Satisfaction With Pharmaceutical Care: Update of a Validated Instrument Patient', *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 42(1), pp. 44-50.
- Lee, H., Lee, Y. dan Yoo, D. (2000) 'The Determinants of Perceived Service Quality and its Relationship with Satisfaction', *Journal of Services Marketing*, 4(3), pp. 217-231.
- Lee, T. (2005) 'The Impact of Perceptions of Interactivity on Customer Trust and Transaction Intentions in Mobile Commerce', *Journal of Electronic Commerce Research*, 6(3), pp. 165-180.
- Lehtinen, U. dan Lehtinen, J. R. (1982) *Service Quality: a Study of Quality Dimensions*. Service Management Institute.
- Levy, P. S. dan Lemeshow, S. (2008) *Sampling of Populations Methods and Applications*. New Jersey: ohn Wiley and Sons, Inc. doi: 10.1080/00401706.2000.10486086.
- Li, S. J., Huang, Y. Y. dan Yang, M. M. (2011) 'How satisfaction modifies the strength of the influence of perceived service quality on behavioral intentions', *Leadership in Health Services*, 24(2), pp. 91-105. doi: 10.1108/17511871111125675.
- Lien, C., Wu, J. J. Chen, Y. H. dan Wang, C. J. (2014) 'Trust Transfer and The Effect of Service Quality on Trust in the Healthcare Industry', *Managing Service Quality*, 24(4), pp. 399-416. doi: 10.1108/MSQ-11-2013-0255.
- Lilford, R. J., Brown, C. A. dan Nicholl, J. (2007) 'Use of process measures to monitor the quality of clinical practice', *British Medical Journal*, 335(7621), pp. 648-650. doi: 10.1136/bmj.39317.641296.ad.

- Liljander, V. dan Strandvik, T. (1997) 'Emotions in service satisfaction', *International Journal of Service Industry Management*, 8(2), pp. 148-169.
- Lin, H. dan Wang, Y. (2006) 'An examination of the determinants of customer loyalty in mobile commerce contexts', 43, pp. 271-282. doi: 10.1016/j.im.2005.08.001.
- Liu, C. Marchewka, J. T. Lu, J. dan Yu, C. S. (2005) 'Beyond concern a privacy trust behavioral intention model of electronic commerce', *Information and Management*, 42, pp. 289-304. doi: 10.1016/j.im.2004.01.003.
- Mackeigan, L. dan Larson, L. (1989) 'Development and Validation of an Instrument to Measure Patient Satisfaction with Pharmacy Services', *Medical Care*, 27(5), pp. 522-536.
- Margaritis, E., Katharaki, M. and Katharakis, G. (2012) 'Exceeding parents' expectations in Ear-Nose-Throat outpatient facilities: The development and analysis of a questionnaire', *Evaluation and Program Planning*. Elsevier Ltd, 35(2), pp. 246-255. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2011.10.002.
- Martin, D. O'Neill, M. Hubbard, S. dan Palmer, A. (2008) 'The role of emotion in explaining consumer satisfaction and future behavioural intention', *Journal of Services Marketing*, 22(3), pp. 224-236. doi: 10.1108/08876040810871183.
- Mayer, R. C., Davis, J. H. dan Schoorman, F. D. (1995) 'An Integrative Model of Organizational Trust', *The Academy of Management Review*, 20(3), pp. 709-734.
- Mechanic, D. dan Schlesinger, M. (1996) 'The Impact of Managed Care on Patients' Trust in Medical Care and Their Physicians', *JAMA*, 275(21), pp. 1693-1697.
- Meesala, A. dan Paul, J. (2016) 'Service Quality, Consumer Satisfaction and Loyalty in Hospitals: Thinking for The Future', *Journal of Retailing and Consumer Services*. Elsevier, pp. 1-9. doi: 10.1016/j.jretconser.2016.10.011.
- Mishra, K. J. dan Li, C. (2008) 'Relationship marketing in fortune 500 U.S. and Chinese web sites', *Journal of Relationship Marketing*, 7(1), pp. 29-43. doi: 10.1080/15332660802067882.
- Mittal, B. dan Lassar, W. M. (1998) 'Why do customers switch? The

- dynamics of satisfaction versus loyalty', *Journal of Services Marketing*, 12(3), pp. 177-194.
- Mittal, V., Ross, T. dan Baldasare, M. (1998) 'The Asymmetric Impact of Negative and Positive Attribute-Level Performance on Overall Satisfaction and Repurchase Intentions', *Journal of Marketing*, 62(1), pp. 33-47.
- Mohd, A. dan Chakravarty, A. (2014) 'Patient satisfaction with services of the outpatient department', *Medical Journal Armed Forces India*, 70(3), pp. 237-242. doi: 10.1016/j.mjafi.2013.06.010.
- Moliner, M. A. (2009) 'Loyalty, perceived value and relationship quality in healthcare services', *Journal of Service Management*, 20(1), pp. 76-97. doi: 10.1108/09564230910936869.
- Moorman, C., Deshpande, R. dan Zaltman, G. (1993) 'Factors Affecting Trust in Market Research Relationships', *Journal of Marketing*, 57(1), pp. 81-101. Available at: <http://www.jstor.org/stable/1252059>.
- Moosazadeh, M., Nekoei-moghadam, M. dan Amiresmaili, M. (2013) 'Determining the Level of Hospitalized Patients Satisfaction of Hospitals: A Systematic Review and Meta-Analysis', *Journal of Hospital*, 12(1), pp. 77-88.
- Morgan, R. M. dan Hunt, S. D. (1994) 'The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing', *Journal of Marketing*, 58(3), p. 20. doi: 10.2307/1252308.
- Mowen, J. C. dan Minor, M. (2002) *Perilaku Konsumen*. Edited by D. K. Yahya. Jakarta: Erlangga.
- Mukaka, M. M. (2012) 'Statistics corner: A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research', *Malawi Medical Journal*, 24(3), pp. 69-71.
- Murphy, G. B. dan Blessinger, A. A. (2003) 'Perceptions of no-name recognition business to consumer e-commerce trustworthiness: The effectiveness of potential influence tactics', *Journal of High Technology Management Research*, 14(1), pp. 71-92. doi: 10.1016/S1047-8310(03)00005-1.
- Nketiah-Amponsah, E. dan Hiemenz, U. (2009) 'Determinants of

Consumer Satisfaction of Health Care in Ghana: Does Choice of Health Care Provider Matter?', *Global Journal of Health Science*, 1(2), p. P50.

Nunnally, J. C. dan Bernstein, I. H. (1994) *Psychometric Theory*. Third Edit. Chicago: McGraw-Hill Inc.

Oliver, Richard L (1999) 'Whence Consumer Loyalty?', *Journal of Marketing*, 63, pp. 33-44.

Oliver, R., Rust, R. T. dan Varki, S. (1997) 'Customer Delight: Foundations, Findings, and Managerial Insight', *Journal of Retailing*, 73(3), pp. 311-336.

Otani, K., Kurz, R. S. dan Barney, S. M. (2004) 'The Impact of Nursing Care and Other Healthcare Attributes on Hospitalized Patient Satisfaction and Behavioral Intentions', *Journal of Healthcare Management*, 4(9), pp. 181-197.

Ozawa, S. dan Sripad, P. (2013) 'How do you measure trust in the health system? A systematic review of the literature', *Social Science and Medicine*. Elsevier Ltd, 91, pp. 10-14. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.05.005.

Padma, P., Rajendran, C. dan Lokachari, P. S. (2010) 'Service Quality and its Impact on Customer Satisfaction in Indian Hospitals', *Benchmarking: An International Journal*, 17(6), pp. 807-841. doi: 10.1108/14635771011089746.

Padma, P., Rajendran, C. dan Sai, L. P. (2009) 'A conceptual framework of service quality in healthcare: Perspectives of Indian patients and their attendants', *Benchmarking: An International Journal*, 16(2), pp. 157-191. doi: 10.1108/14635770910948213.

Pakdil, F. dan Harwood, T. N. (2007) 'Patient Satisfaction in a Preoperative Assessment Clinic: An Analysis Using SERVQUAL Dimensions', *Total Quality Management and Business Excellence*, 16(1), pp. 15-30. doi: 10.1080/1478336042000255622.

Palmatier, R. W. Dant, R. P. Grewal, D. dan Evans, K. R. (2006) 'Factors Influencing the Effectiveness of Relationship Marketing: A Meta Analysis', *Journal of Marketing*, 70(October), pp. 136-153.

- Panvelkar, P. N., Saini, B. dan Armour, C. (2009) 'Measurement of Patient Satisfaction with Community Pharmacy: a Review', *Pharm World Sci*, 38(454), pp. 525–537. doi: 10.1007/s11096-009-9311-2.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. dan Berry, L. L. (1985) 'A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research', *Journal of Marketing*, 49(4), pp. 41–50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. dan Berry, L. L. (1988) 'SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality', *Journal of Retailing*, 64(1), pp. 12–40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. dan Berry, L. L. (1994) 'Alternative Scales for Measuring Service Quality: A Comparative Assessment Based on Psychometric and Diagnostic Criteria', *Journal of Retailing*, 70(3), pp. 201–230.
- Pisgin, A. dan Atesoglu, I. (2005) 'The Effects Of Customer Satisfaction and Switching Costs On Customer Loyalty In Health Care', *Journal of Business research Turk*, 7(4), pp. 251–271.
- Podsakoff, P. M. Mackenzie, S. B. Lee, J. Y. dan Podsakoff, N. (2003) 'Common Method Biases in Behavioral Research: A Critical Review of the Literature and Recommended Remedies', 88(5), pp. 879–903. doi: 10.1037/0021-9010.88.5.879.
- Pouragha, B. dan Zarei, E. (2016) 'The Effect of Outpatient Service Quality on Patient Satisfaction in Teaching Hospitals in Iran', *Materia Socio Medica*, 28(1), p. 21. doi: 10.5455/msm.2016.28.21-25.
- Prakash, B. (2010) 'Patient Satisfaction', *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*, 3(3), pp. 151–155. doi: 10.4103/0974-2077.74491.
- Press, I. (2006) *Patient Satisfaction: Understanding and Managing the Experience of Care*. Second. Chicago: Health Administration Press.
- Priporas, C. V., Laspa, C. dan Kamenidou, I. (2008) 'Patient satisfaction measurement for in-hospital services: A pilot study in Greece', *Journal of Medical Marketing*, 8(4), pp. 325–

340. doi: 10.1057/jmm.2008.21.

- Rahma, P. A. (2012) Akreditasi Rumah Sakit, Pengakuan Atas Kualitas Layanan, Mutu Pelayanan Kesehatan. Available at: <https://www.mutupelayanankesehatan.net/index.php/component/content/article/19-headline/151>.
- Rahman, M. Shahidullah, M. Shahiduzzaman, M. dan Rashid, H. A. (2002) 'Quality of health care from patient perspectives', *Bangladesh Med. Res. Coun. Build*, 28(3), pp. 87-96.
- Rahmqvist, M. dan Bara, A. (2010) 'Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction', *International Journal for Quality in Health Care*, 22(2), pp. 86-92.
- Rai, A. K. dan Medha, S. (2013) 'The Antecedents of Customer Loyalty: An Empirical Investigation in Life Insurance Context', *Journal of Competitiveness*, 5(2), pp. 139-163. doi: 10.7441/joc.2013.02.10.
- Rakhmawati, T. Sumaedi, S. Bakti, I. M. Astrini, M. J. Yarmen, M. Widiyanti, T. dan Sekar. D.C. (2013) 'Developing a Service Quality Measurement Model of Public Health Center in Indonesia', *Management Science and Engineering*, 7(2), pp. 1-15. doi: 10.3968/j.mse.1913035X20130702.1718.
- Ramli, A. H. dan Sjahrudin, H. (2015) 'Building Patient Loyalty in Healthcare Services', *International Review of Management and Business Research*, 4(2), pp. 391-401.
- Ramsaran, F. (2005) 'Identifying health care quality attributes', *Journal of Health and Human Service Administration*, 27(4), pp. 428-443.
- Rao, K. D., Peters, D. H. dan Bandeen-roche, K. (2006) 'Towards patient-centered health services in India – a scale to measure patient perceptions of quality', *International Journal for Quality in Health Care*, 18(6), pp. 414-421.
- Raposo, M., Alves, H. dan Duarte, P. A. (2013) 'Dimensions of service quality and satisfaction in healthcare: A patient's satisfaction index', *Service Business*, 3, pp. 85-100. doi: 10.1007/s11628-008-0055-1.
- Rashid, W. E. W. dan Jusoff, H. K. (2009) 'Service quality in health

- care setting', *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22(5), pp. 471-482. doi: 10.1108/09526860910975580.
- Reichheld, F. F. dan Sasser, W. E. (1990) 'Zero defections: Quality comes to services', *Harvard business review*, pp. 105-111. Available at: http://matlesiouxx.free.fr/Cours/HKU/Courses/CSIS0404/Lecture_1/Module1_3_Zero_Defections_Quality_Comes_to_Services.pdf.
- Reidenbach, R. E. dan Sandifer-Smallwood, B. (1990) 'Exploring perceptions of hospital operations by a modified SERVQUAL approach', *Journal of Health Care Marketing*, 10(4), pp. 47-55.
- Richard, S., Lisa, E. dan Frank, D. (2005) 'Managing Primary Care Using Patient Satisfaction Measures', *Journal of Healthcare Management*, 50(5), p. 311325.
- Riegelsberger, J., Sasse, M. A. dan McCarthy, J. D. (2003) 'The researcher's dilemma: Evaluating trust in computer-mediated communication', *International Journal of Human Computer Studies*, 58(6), pp. 759-781. doi: 10.1016/S1071-5819(03)00042-9.
- Rowley, J. dan Dawes, J. (1999) 'Customer loyalty - a Relevant Concept for Libraries?', *Library Management*, 20(6), pp. 345-351. doi: 10.1108/01435129910280474.
- Rust, A. J. dan Zahorik, R. T. (1993) 'Customer Satisfaction, Customer Retention, and Market Share', *Journal of Retailing*, 69(2), pp. 145-156.
- Sangadji, E. dan Sopiah (2013) *Perilaku Konsumen: Pendekatan Praktis*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Sankar, P. Moran, S. Merz, J. F. dan Jones, N. L (2003) 'Patient perspectives on medical confidentiality: A review of the literature', *Journal of General Internal Medicine*, 18(8), pp. 659-669. doi: 10.1046/j.1525-1497.2003.20823.x.
- Schoefer, K. (2010) 'Cultural Moderation in the Formation of Recovery Satisfaction Judgments: A Cognitive-Affective Perspective', *Journal of Service Research*, 13(1), pp. 52-66. doi: 10.1177/1094670509346728.

- Schoenfelder, T., Klewer, J. dan Kugler, J. (2011) 'Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany', *International Journal for Quality in Health Care*, 23(5), pp. 503-509.
- Schommer, J. (2003) 'Patient Satisfaction', in *Pharmacoeconomics and Outcomes: Applications to Patient Care*. Second. Kansas: American College of Clinical Pharmacy.
- Schommer, J. C. dan Kucukarslan, S. N. (1997) 'Measuring Patient Satisfaction with Pharmaceutical Services', *American Journal of Health-System Pharmacy*. ASHP, 54(23), pp. 2721-2732.
- Sekaran, U. dan Bougie, R. (2016) *Research Methods for Business*. Seventh Ed. Chichester: John Wiley and Sons Ltd. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- Sharma, N. dan Patterson, P. G. (1999) 'The impact of communication effectiveness and service quality on relationship commitment in consumer, professional services', *Journal of Services Marketing*, 13(2), pp. 151-170. doi: 10.1108/08876049910266059.
- Shirley, E. D. dan Sanders, D. O. (2013) 'Patient Satisfaction: Implications and Predictors of Success', *Journal of Bone and Joint Surgery*, 95(10), pp. 1-4. doi: 10.2106/JBJS.L.01048.
- Sirdeshmukh, D., Singh, J. dan Sabol, B. (2002) 'Consumer Trust, Value, and Loyalty in Relational Exchanges', *Journal of Marketing*, 66(1), pp. 15-37. doi: 10.1509/jmkg.66.1.15.18449.
- Sitzia, J. (1999) 'How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies', *International Journal for Quality in Health Care*, 11(4), pp. 319-328.
- De Stefanie, M. Gemmel, P. Vlerick, P. Rijk, P. V. dan Dierckx, R. (2002) 'Patients' and personnel's perceptions of service quality and patient satisfaction in nuclear medicine', *European Journal of Nuclear Medicine*, 29(9), pp. 1109-1117. doi: 10.1007/s00259-002-0869-3.
- Subari, E. D., Djuhaeni, H. dan Wiwaha, G. (2014) *Analisis Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Intensi Menjadi Peserta Mandiri Jaminan Kesehatan Pada Masyarakat Kota Cirebon*. Universitas Padjajaran.

- Sumaedi, S. Bakti, I. M. Rakhmawati, T. Astrini, N. J. dan Yarmen, M. (2015) 'Patient Loyalty Model: An Extended Theory of Planned Behavior Perspective (A Case Study in Bogor, Indonesia)', *Leadership in Health Services*, 28(3), pp. 245–258. doi: 10.1108/LHS-03-2014-0021.
- Sumaedi, S. Bakti, I. M. Rakhmawati, T. Astrini, N. J. Widiyanti, T. dan Yarmen, M. (2016) 'Indonesian Public Healthcare Service Institution's Patient Satisfaction Barometer (IPHSI-PSB)', *International Journal of Productivity and Performance Management*, 65(1), pp. 25–41. doi: 10.1108/IJPPM-07-2014-0112.
- Sumarwan, U. (2002) *Perilaku Konsumen: Teori dan Penerapannya*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Tam, J. L. M. (2012) 'Linking Perceived Service Quality to Relational Outcomes in a Chinese Context', *Journal of International Consumer Marketing*, 24(1-2), pp. 7–23. doi: 10.1080/08961530.2012.650136.
- Tang, L. (2011) 'The influences of patient's trust in medical service and attitude towards health policy on patient's overall satisfaction with medical service and sub satisfaction in China', *BMC Public Health*, 472, pp. 1–8.
- Trochim, W. M. K. dan Donnelly, J. P. (2001) *Research Methods Knowledge Base*. Second Edi. Cincinnati: Atomic Dog Publishing.
- Tso, I. F., Ng, S. M. dan Chan, C. L. W. (2006) 'The development and validation of the concise outpatient department user satisfaction scale', *International Journal for Quality in Health Care*, 18(4), pp. 275–280. doi: 10.1093/intqhc/mzl022.
- Tucker, J. L. dan Adams, S. R. (2001) 'Incorporating patients' assessments of satisfaction and quality: An integrative model of patients' evaluations of their care', *Managing Service Quality: An International Journal*, 11(4), pp. 272–287. doi: 10.1108/EUM000000005611.
- Tzeng, H. M. dan Yin, C. Y. (2008) 'Patient satisfaction versus quality', *Nursing Ethics*, 15(1), pp. 121–124. doi: 10.1177/0969733007080210.

- Victoor, A. Delnoij, D. M. Friele, R. D. dan Rademakers, J. J. (2012) 'Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review', *BMC Health Services Research*, 12(272), pp. 1-16.
- Vinagre, H. dan Neves, J. (2010) 'Emotional predictors of consumer's satisfaction with healthcare public services', *International Journal of Health Care*, 23(2), pp. 209-227. doi: 10.1108/09526861011017111.
- Vinagre, M. H. dan Neves, J. (2008) 'The influence of service quality and patients' emotions on satisfaction', *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(1), pp. 87-103. doi: 10.1108/09526860810841183.
- Voon, B. H. Abdullah, F. Lee, N. dan Kueh, K. (2014) 'Developing a HospiSE scale for hospital service excellence', *International Journal of Quality and Reliability Management*, 31(3), pp. 261-280.
- Weaver, M. Patrick, D. L. Markson, L. E. Martin, D. dan Frederick, I. (1997) 'Issues in the measurement of satisfaction with treatment.', *The American Journal Of Managed Care*ournal of managed care, 3(4), pp. 579-594.
- Wei, J. Shen, L. Yang, H. B. Qin, J. B. Huang, W. dan Zhang, J. J. (2015) 'Development and validation of a Chinese outpatient satisfaction questionnaire: evidence from 46 public general hospitals and 5151 outpatients', *The Royal Society for Public Health*, 29, pp. 1523-1529. doi: 10.1016/j.puhe.2015.03.004.
- Weinman, J. (2001) 'Doctor - Patient Interaction: Psychosocial Aspects', in *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. Yunani: IGI Global, pp. 3816-3821.
- Wen, C. H., Lan, L. W. dan Cheng, H. L. (2005) 'Structural Equation Modeling to Determine Passenger Loyalty Toward Intercity Bus Services', *Journal of Transportation Research Board*, 1927, pp. 249-255. doi: 10.3141/1927-28.
- Wetzels, M., De Ruyter, K. dan Van Birgelen, M. (1998) 'Marketing service relationships: The role of commitment', *Journal of Business and Industrial Marketing*, 13(5), pp. 406-423. doi: 10.1108/08858629810226708.

- Widhiastuti, I. A. P. (2015) Hubungan Faktor Sosiodemografi, Persepsi dan Sosialisasi dengan Kepesertaan Pasien Rawat Jalan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional Secara Mandiri di Puskesmas I Denpasar Timur. Universitas Udayana.
- Wildan, M. Yuswadi, H. Wahono, P. dan Puspitaningtyas, Z (2015) 'Mengukur Kualitas Kinerja Pelayanan Publik (Program Jaminan Kesehatan Nasional) dengan Survei Kepuasan Pasien', *Jurnal Strategi dan Bisnis*, 3(1), pp. 19-44. Available at: [http://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/65672/Ainul Latifah-101810401034.pdf?sequence=1](http://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/65672/Ainul%20Latifah-101810401034.pdf?sequence=1).
- Wong, A. dan Sohal, A. (2002) 'An examination of the relationship between trust, commitment and relationship quality', *International Journal of Retail and Distribution Management*, 30(1), pp. 34-50. doi: 10.1108/09590550210415248.
- Woodside, A., Frey, L. dan Daly, R. T. (1989) 'Linking Service Quality, Customer Satisfaction, And Behavioral Intention', *Journal of Health Care Marketing*, 9(4), pp. 5-17.
- Wu, C.-C. (2011) 'The Impact of Hospital Brand Image on Service Quality, Patient Satisfaction and Loyalty', *African Journal of Business Management*, 5(12), pp. 4873-4882. doi: 10.5897/AJBM10.1347.
- Xesfingi, S. dan Vozikis, A. (2016) 'Health Services Quality and Patient Satisfaction : A Review of the Literature', in *Effective Methods for Modern Healthcare Service Quality and Evaluation*. Yunani: IGI Global, pp. 1-15. doi: 10.4018/978-1-4666-9961-8.ch001.
- Yaghmale, F. (2003) 'Content validity and its estimation', *Journal of Medical Education*, 3(1), pp. 25-27. doi: 10.1002/pfi.4180010512.
- Yi, Y. (1990) 'A Critical Review of Consumer Satisfaction', in *Review of Marketing*, pp. 68-123.
- Yousafzai, S. Y., Pallister, J. G. dan Foxall, G. R. (2003) 'A proposed model of e-trust for electronic banking', *Technovation*, 23(11), pp. 847-860. doi: 10.1016/S0166-4972(03)00130-5.

- Yu, Y. T. dan Dean, A. (2001) 'The contribution of emotional satisfaction to consumer loyalty', *International Journal of Service Industry Management*, 12(3), pp. 234–250.
- Zarei, E. (2015) 'Service quality of hospital outpatient departments: patients' perspective', *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 28(8), pp. 778–790. doi: 10.1108/IJHCQA-09-2014-0097.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. dan Parasuraman, A. (1996) 'The Behavioral Consequences of Service Quality', *Journal of Marketing*, 60(April), pp. 31–46.
- Zhou, W. One, Q. Q. Liu, C. Y. Feng, X. L. dan Shang, S. M. (2017) 'Determinants of patient loyalty to healthcare providers: An integrative review', 29(May), pp. 442–449. doi: 10.1093/intqhc/mzx058.
- Zineldin, M. (2006) 'The quality of health care and patient satisfaction: an exploratory investigation of the 5Qs model at some Egyptian and Jordanian medical clinics.', *International journal of health care quality assurance*, 19(1), pp. 60–92. doi: 10.1108/09526860610642609.

Lampiran 1. Ethical Approval

 **MEDICAL AND HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE (MHREC)**
FACULTY OF MEDICINE GADJAH MADA UNIVERSITY
- DR. SARDJITO GENERAL HOSPITAL 

ETHICS COMMITTEE APPROVAL
Ref : KE/FK/1042 /EC/2017

Title of the Research Protocol : Model Pelayanan Rumah Sakit Bagi Pasien Rawat Jalan Program Jaminan Kesehatan Nasional Berbasis Kualitas Pelayanan, Kepuasan, Kepercayaan, dan Loyalitas

Documents Approved : 1. Study Protocol versi 02 2017
2. Information for Subjects versi 01 2017
3. Informed consent form versi 01 2017

Principle Investigator : Prasojo Pribadi

Name of supervisor : 1. Dr. Satibi, S.Si., M.Si., Apt
2. Dr. Ir. Suci Paramitasari Syahlani, MM
3. Dr. Susi Ari Kristina, S.Farm., M.Kes., Apt

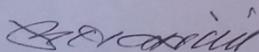
Date of Approval : **25 SEP 2017**
(Valid for one year beginning from the date of approval)

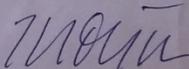
Institution(s)/place(s) of research : Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dengan menetapkan 13 (tiga belas) Rumah Sakit Umum dan Khusus dengan kelas A, B, C, dan D baik pemerintah maupun swasta

The Medical and Health Research Ethics Committee (MHREC) states that the above protocol meet the ethical principle outlined in the Declaration of Helsinki 2008 and therefore can be carried out.

The Medical and Health Research Ethics Committee (MHREC) has the right to monitor the research activities at any time.

The investigator(s) is/are obliged to submit:
 Progress report as a continuing review : Annually
 Report of any serious adverse events (SAE)
 Final report upon the completion of the study


Prof. dr. Mohammad Hakimi, Sp.OG(K), Ph.D
Chairperson


dr. Endy Paryanto, MPH., Sp.A
Secretary

Attachments:
 Continuing review submission form (AF 4.3.01-014.2013-03)
 Serious adverse events (SAE) report form (AF 6.1.01- 019.2013-03)

Recognized by Forum for Ethical Review Committees in Asia and the Western Pacific (FERC) 20-S

Lampiran 2. Kuesioner Penelitian



KUESIONER PENELITIAN

MODEL PELAYANAN RUMAH SAKIT BAGI PASIEN RAWAT JALAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL BERBASIS KUALITAS PELAYANAN, KEPUASAN, KEPERCAYAAN, DAN LOYALITAS

PETUNJUK PENGISIAN

Bapak/Ibu yang saya hormati,

Terima kasih saya ucapkan kepada Bapak/Ibu atas kesediaan menjadi responden penelitian ini dan memberikan informasi yang kami butuhkan, ikutilah petunjuk pengisian kuesioner dibawah ini:

1. Kuesioner pertama **IDENTITAS RESPONDEN** bertujuan untuk mengetahui karakteristik sosiodemografi responden. Kuesioner ini terdiri atas 10 pertanyaan. Adapun untuk mengisi pertanyaan di kuesioner pertama ini membutuhkan waktu sekitar \pm 5 menit.
2. Kuesioner kedua **ASPEK-ASPEK KUALITAS PELAYANAN RAWAT JALAN** bertujuan **Pertama** untuk menelusuri faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien berkaitan dengan pengukuran aspek fisik, kualitas pelayanan medis, kualitas pelayanan farmasi, prosedur administratif, kualitas personal, tanggungjawab sosial, aspek biaya dan asuransi kesehatan, kualitas hasil. **Kedua** menelusuri hubungan antara **KUALITAS PELAYANAN, KEPUASAN PASIEN, KEPERCAYAAN, dan LOYALITAS TERHADAP RUMAH SAKIT**. Kuesioner ini terdiri atas 68 pernyataan dengan yang terbagi dalam 13 variabel. Adapun untuk mengisi pertanyaan ini disediakan waktu bagi responden sekitar \pm 30 menit. Berilah tanda (\surd) pada pilihan jawaban yang sudah disediakan untuk setiap pernyataan yang sesuai dengan "**KENYATAAN**" yang diterima dalam pelayanan dengan pilihan jawaban:
 - **SS** = *Sangat Setuju*
 - **S** = *Setuju*
 - **TS** = *Tidak Setuju*
 - **STS** = *Sangat Tidak Setuju*
3. Kuesioner ketiga **FAKTOR EMOSIONAL** bertujuan untuk menelusuri faktor-faktor emosional yang mempengaruhi kepuasan pasien. Kuesioner ini terdiri atas 9 pernyataan. Adapun untuk mengisi pertanyaan ini disediakan waktu bagi responden sekitar \pm 5 menit. Berilah tanda (\surd) pada pilihan jawaban yang sudah disediakan untuk setiap pernyataan perasaan positif maupun negatif dalam hubungan anda dengan rumah sakit, dengan pilihan jawaban: **Tidak Pernah, Kadang-kadang, Sering, Selalu**

Kami berharap Bapak/Ibu bersedia menjadi responden penelitian ini dan memberikan informasi yang kami butuhkan. Seluruh data dan hasil penelitian ini akan digunakan sebagai bahan kajian teori-teori yang ada dengan fakta-fakta atau fenomena-fenomena di lapangan. Demikianlah saya ucapkan terima kasih atas perkenan dan bantuannya Bapak/Ibu.

Hormat Kami,
Prasojo Pribadi

Prodi S3 Ilmu Farmasi, Fakultas Farmasi, Universitas Gadjah Mada
No HP: 085702759197



PROGRAM S3 ILMU FARMASI
FAKULTAS FARMASI UNIVERSITAS GADJAH MADA

LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Usia :

Alamat :

Menyatakan bersedia/tidak bersedia (*) menjadi responden penelitian disertasi dengan judul **"MODEL PELAYANAN RUMAH SAKIT BAGI PASIEN RAWAT JALAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL BERBASIS KUALITAS PELAYANAN, KEPUASAN, KEPERCAYAAN, DAN LOYALITAS"** yang dilakukan oleh Prasojo Pribadi (NIM:16/405217/SFA/00135) Fakultas Farmasi Universitas Gadjah Mada.

Proses pengambilan data akan dilakukan melalui pengisian kuesioner atau diskusi kelompok terarah atau wawancara demi kelancaran proses tersebut, maka terdapat hal-hal yang perlu diperhatikan, yaitu:

1. Jika selama proses berjalan terdapat permasalahan, maka akan diselesaikan kedua belah pihak.
2. Seluruh kegiatan oleh mahasiswa berada dibawah bimbingan atau supervisi pembimbing dari Fakultas Farmasi UGM.
3. Selama proses pengambilan data akan direkam atau dicatat oleh peneliti guna analisis penelitian.
4. Segala data akan dijaga kerahasiaan identitasnya pada saat digunakan dalam proses penelitian.
5. Apabila salah satu pihak, baik responden penelitian maupun peneliti merasa keberatan dengan pengisian kuesioner atau diskusi kelompok terarah atau proses wawancara, maka proses dapat dihentikan dengan pemberitahuan sebelumnya.

Dengan menandatangani lembar persetujuan ini, saya bersedia untuk mengikuti pengisian kuesioner atau diskusi kelompok terarah atau proses wawancara secara optimal sesuai dengan kesepakatan dibuat. Demikian lembar persetujuan ini di sampaikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta,
Menyetujui,
Responden Penelitian

Peneliti

Prasojo Pribadi

(.....)

Bagian 1. Identitas Diri Responden

No	Karakteristik Responden	Jawaban (isi atau lingkari)
1	Nama :	(boleh tidak diisi/inisial).....
2	Umur :	a) 18-24 th b) 25-44 th c) 45-64 th d) > 64 th
3	Jenis Kelamin :	a) Laki-laki b) Perempuan
4	Status perkawinan :	a) Menikah b) Belum menikah c) Duda d) Janda
5	Pendidikan terakhir :	a) Tidak sekolah c) SLTP e) Diploma g) Magister (S2) b) SD d) SMA f) Sarjana (S1) h) Doktor (S3)
6	Berapakah penghasilan Bapak/Ibu rata-rata dalam 1 bulan :	a) < Rp. 1.500.000 c) > Rp. 2.500.000 s.d Rp. 3.500.000 b) Rp. 1.500.000 s.d Rp. 2.500.000 d) > Rp. 3.500.000
7	Pekerjaan :	a) Pelajar/Mahasiswa c) Pegawai Swasta e) Wiraswasta b) PNS d) Petani f) Lain-lain, sebutkan,
8	Sudah berapa kali Anda merasakan pelayanan rawat jalan di rumah sakit ini :	a) 1 kali b) 2 kali c) 3 kali d) > 3 kali
9	Status kepesertaan asuransi yang anda gunakan :	a) Umum b) BPJS iuran c) BPJS non iuran d) Asuransi swasta
10	Persespi kondisi kesehatan anda saat ini :	a) Sangat baik c) Tidak baik b) Baik d) Sangat tidak baik c) Cukup baik

Bagian 2. Kuesioner Pengukuran Kualitas Pelayanan di Rumah Sakit

Berilah tanda centang (√) pada pilihan jawaban yang sudah disediakan untuk setiap pernyataan yang sesuai dengan "KENYATAAN" yang diterima dalam pelayanan

Variabel	Kode	Indikator	Jawaban			
			Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
Aspek Fisik	AF1	Rumah sakit ini memiliki peralatan medis yang lengkap				
	AF2	Jumlah staf rumah sakit (dokter, perawat, tenaga kefarmasian, dan staf pendukung) mencukupi				
	AF3	Rumah sakit ini memiliki tempat parkir yang mencukupi				
	AF4	Rumah sakit ini memiliki ruang tunggu yang nyaman				
	AF5	Rumah sakit ini mudah dijangkau dengan kendaraan umum				
	AF6	Mudah menemukan ruang praktek dokter, apotek dan laboratorium di rumah sakit ini				
	AF7	Tersedia tempat ibadah, atm, kantin dan minimarket di rumah sakit ini				
	AF8	Semua peralatan dan fasilitas di rumah sakit ini modern				
	AF9	Semua peralatan dan fasilitas di rumah sakit ini berfungsi dengan baik				
	AF10	Lingkungan rumah sakit bersih				
	AF11	Staf rumah sakit berpakaian bagus dan tampil rapi				
Kualitas Pelayanan Medis	PM1	Dokter memberikan informasi tentang cara menjaga kesehatan				
	PM2	Dokter memberi informasi yang lengkap tentang penyakit				
	PM3	Dokter cepat dan tepat dalam mendiagnosa penyakit				
	PM4	Dokter memberikan penjelasan yang lengkap tentang resep yang diberikan				
	PM5	Dokter memberikan penjelasan yang lengkap tentang hasil tes laboratorium saya				
	PM6	Perawat memeriksa dan mencatat masalah kesehatan saya dengan akurat				
	PM7	Dokter melakukan pemeriksaan dengan lengkap dan teliti				
	PM8	Dokter memberikan penjelasan yang sederhana dan mudah dimengerti				
Kualitas Pelayanan Farmasi	PF1	Jumlah obat yang diberikan mencukupi kebutuhan saya				
	PF2	Semua obat yang saya butuhkan tersedia di apotek rawat jalan				
	PF3	Nama obat pada kemasan jelas dan mudah				

		dibaca				
	PF4	Label petunjuk / etiket obat jelas dan mudah dibaca				
	PF5	Tenaga kefarmasian menjelaskan dengan lengkap kegunaan obat yang saya terima				
	PF6	Tenaga kefarmasian menjelaskan dengan lengkap waktu dan cara penggunaan obat yang saya terima				
	PF7	Tenaga kefarmasian menjelaskan dengan lengkap efek samping dari obat yang saya terima				
	PF8	Tenaga kefarmasian menjelaskan dengan lengkap cara penyimpanan obat yang saya terima				
	PF9	Tenaga kefarmasian memastikan kembali pemahaman saya terhadap pengobatan				
Prosedur Administratif	PA1	Proses dan prosedur pelayanan resep di apotek rawat jalan cepat dan sederhana				
	PA2	Proses dan prosedur pelayanan di poli rawat jalan cepat dan sederhana				
	PA3	Jadwal pelayanan rawat jalan rumah sakit dijalankan dengan tepat waktu				
	PA4	Hari dan jam pelayanan rawat jalan rumah sakit sudah memadai				
	PA5	Proses dan prosedur pendaftaran cepat, tertib dan sederhana				
	PA6	Kemudahan membuat janji dengan dokter di rumah sakit ini				
	PA7	Kemudahan mendapatkan informasi dirumah sakit ini melalui telepon				
Kualitas Personal	KP1	Staf rumah sakit bersikap ramah				
	KP2	Staf rumah sakit bersikap sopan				
	KP3	Staf rumah sakit berusaha keras untuk membantu atau memecahkan masalah saya				
	KP4	Staf rumah sakit mau mendengarkan keluhan saya				
	KP5	Kerjasama yang baik ditunjukkan oleh dokter dan perawat				
	KP6	Staf rumah sakit memberikan perhatian lebih terhadap pasien dengan kebutuhan khusus (keterbatasan fisik atau kondisi penyakit)				
Tanggungjawab Sosial	TJS1	Rumah sakit ini tulus dan jujur dalam memberikan pelayanan				
	TJS2	Rumah sakit ini adil dalam memberikan pelayanan tanpa memandang tingkat ekonomi dan status sosial				
	TJS3	Rumah sakit ini menjamin dan menjaga kerahasiaan saya				
Biaya dan Asuransi Kesehatan	AB1	Sistem rujukan oleh asuransi kesehatan/BPJS, mempersulit saya untuk bisa berobat di rumah sakit				
	AB2	Saya senang dengan obat-obatan yang ditanggung oleh asuransi kesehatan/BPJS				
	AB3	Biaya berobat di rumah sakit ini sepenuhnya				

		ditanggung oleh asuransi kesehatan/BPJS				
Kualitas Hasil	KH1	Obat-obatan yang saya terima terkadang memperparah sakit saya				
	KH2	Obat-obatan yang diresepkan dokter membantu saya merasa lebih sehat				
	KH3	Kondisi kesehatan saya membaik setelah berobat di rumah sakit ini				
Kepuasan Pasien	PS1	Kualitas pelayanan rawat jalan di rumah sakit ini sudah baik				
	PS2	Kualitas pelayanan rawat jalan di rumah sakit ini melebihi harapan saya				
	PS3	Kualitas pelayanan rawat jalan di rumah sakit ini sudah sesuai dengan keinginan saya				
Kepercayaan terhadap Rumah Sakit	TR1	Rumah sakit ini menyediakan pelayanan kesehatan terbaik untuk saya				
	TR2	Saya merasa bahwa saya dapat mengandalkan rumah sakit ini sebagai penyedia pelayanan kesehatan				
	TR3	Saya mempercayai rumah sakit ini dengan sepenuh hati				
Loyalitas terhadap Rumah Sakit	LOY1	Saya sering memberikan pujian terhadap pelayanan di rumah sakit ini dihadapan keluarga, teman, atau orang lain				
	LOY2	Saya akan menyarankan kepada keluarga, teman, atau orang lain untuk berobat di rumah sakit ini				
	LOY3	Jika sakit, saya akan memilih untuk berobat kembali ke rumah sakit ini				

Bagian 3. Faktor Emosional

Berilah tanda centang (√) pada pilihan jawaban yang sudah disediakan untuk setiap pernyataan yang sesuai dengan "KENYATAAN" yang diterima dalam pelayanan:

Seberapa sering anda memiliki perasaan positif dibawah ini dalam hubungan anda dengan rumah sakit ini	Jawaban			
	Tidak Pernah	Kadang-Kadang	Sering	Selalu
Optimis				
Tenang				
Bahagia				
Seberapa sering anda memiliki perasaan negatif dibawah ini dalam hubungan anda dengan rumah sakit ini	Jawaban			
	Tidak Pernah	Kadang-Kadang	Sering	Selalu
Kesal atau mangkel				
Diabaikan				
Khawatir				
Tegang				
Frustasi				
Sedih				

Lampiran 3. Perizinan Kesbangpol Provinsi DIY, Gunung Kidul, Sleman



PEMERINTAH DAERAH DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jl. Jenderal Sudirman No 5 Yogyakarta – 55233
Telepon : (0274) 551136, 551275, Fax (0274) 551137

Yogyakarta, 22 Maret 2018

Nomor : 074/3546/Kesbangpol/2018
Perihal : Rekomendasi Penelitian

Kepada Yth. :
1. Direktur RSUP dr. Sardjito Yogyakarta
2. Direktur Rumah Sakit Jiwa Grhasia DIY
3. Direktur Rumah Sakit Khusus Paru Respira
4. Direktur Rumah Sakit Mata Dr. Yap Yogyakarta
5. Walikota Yogyakarta
Up. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Kota Yogyakarta
6. Bupati Bantul
Up. Kepala Bappeda Bantul
7. Bupati Kulon Progo
Up. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Kulon Progo
8. Bupati Gunung Kidul
Up. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Gunung Kidul
9. Bupati Sleman
Up. Kepala Badan Kesbangpol Sleman
Di

YOGYAKARTA

Memperhatikan surat :

Dari : Ketua Pengelola Program Studi S3 Ilmu Farmasi,
Fakultas Farmasi, Universitas Gadjah Mada Yogyakarta
Nomor : 775/PS-IF/AKD-S3/II/2017
Tanggal : 27 Juli 2017
Perihal : Permohonan Izin Penelitian Disertasi

Setelah mempelajari surat permohonan dan proposal yang diajukan, maka dapat diberikan surat rekomendasi tidak keberatan untuk melaksanakan riset/penelitian dalam rangka penyusunan penelitian disertasi dengan judul proposal: "MODEL PALAYANAN RUMAH SAKIT BAGI PASIEN RAWAT JALAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL BERBASIS KUALITAS PELAYANAN, KEPUASAN, KEPERCAYAAN, DAN LOYALITAS" kepada :

Nama : PRASOJO PRIBADI
NIM : 16405217/SFA/00135
No. HP/Identitas : 085743678505 / 3328100703830001
Prodi/Jurusan : S3 Ilmu Farmasi
Fakultas/PT : Farmasi, Universitas Gadjah Mada Yogyakarta
Lokasi Penelitian : -RSUP dr. Sardjito Yogyakarta
-Direktur Rumah Sakit Jiwa Grhasia DIY
-Direktur Rumah Sakit Khusus Paru Respira Yogyakarta
-Rumah Sakit Mata Dr. Yap Yogyakarta
-Rumah Sakit Umum Pemerintah dan Swasta di DIY

Waktu Penelitian : 1 April 2018 s.d. 30 September 2018 (PERPANJANGAN 1)
Sehubungan dengan maksud tersebut, diharapkan agar pihak yang terkait dapat memberikan bantuan / fasilitas yang dibutuhkan.

Kepada yang bersangkutan diwajibkan :

1. Menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di wilayah riset/penelitian;
2. Tidak dibenarkan melakukan riset/penelitian yang tidak sesuai atau tidak ada kaitannya dengan judul riset/penelitian dimaksud;
3. Menyerahkan hasil riset/penelitian kepada Badan Kesbangpol DIY selambat-lambatnya 6 bulan setelah penelitian dilaksanakan;
4. Surat rekomendasi ini dapat diperpanjang maksimal 2 (dua) kali dengan menunjukkan surat rekomendasi sebelumnya, paling lambat 7 (tujuh) hari kerja sebelum berakhirnya surat rekomendasi ini.

Rekomendasi Izin Riset/Penelitian ini dinyatakan tidak berlaku, apabila ternyata pemegang tidak mentaati ketentuan tersebut di atas.
Demikian untuk menjadikan maklum.

KEPALA
BADAN KESBANGPOL DIY

AGUNG SUPRIONO, SH
NIP. 19601026 199203 1 004

Tembusan dituangkan kepada Yth :



SURAT KETERANGAN / IJIN
Nomor : 0625/PEN/VIII/2018

Membaca : Surat dari BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK, Nomor : 074/3546/Kesbangpol/2018 tanggal 22 Maret 2018, hal : Izin Penelitian

Mengingat : 1. Keputusan Menteri dalam Negeri Nomor 9 Tahun 1983 tentang Pedoman Pendataan Sumber dan Potensi Daerah;
2. Keputusan Menteri dalam Negeri Nomor 61 Tahun 1983 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelaksanaan Penelitian dan Pengembangan di lingkungan Departemen Dalam Negeri;
3. Surat Keputusan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 38/12/2004 tentang Pemberian Izin Penelitian di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta;

Dijinkan kepada :
Nama : **Prasojo Pribadi NIM : 16/405217/SFA/00135**
Fakultas/Instansi : Farmasi/Universitas Gadjah Mada
Alamat Instansi : Bulaksumur Yogyakarta
Alamat Rumah : Jl. Fresia 4 Perum Madani Hill Magelang
Keperluan : Ijin penelitian dengan judul : "MODEL PELAYANAN RUMAH SAKIT BAGI PASIEN RAWAT JALAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL BERBASIS KUALITAS PELAYANAN, KEPUASAN, KEPERCAYAAN, DAN LOYALITAS"

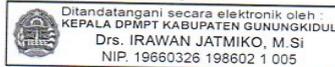
Lokasi Penelitian : RSUD Wonosari
Dosen Pembimbing : Dr. Satibi, M.Si., Apt
Waktunya : Mulai tanggal : 14 Agustus 2018 s/d 14 November 2018
Dengan ketentuan :

- Terlebih dahulu memenuhi/melaporkan diri kepada Pejabat setempat (Camat, Lurah/Kepala Desa, Kepala Instansi) untuk mendapat petunjuk seperlunya.
1. Wajib menjaga tata tertib dan mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku setempat
 2. Wajib memberi laporan hasil penelitiannya kepada Bupati Gunungkidul (ca. BAPPEDA Kab. Gunungkidul) dalam bentuk *softcopy format pdf* yang tersimpan dalam bentuk compact Disk (CD) dan dalam bentuk data yang dikirim via e-mail ke alamat : libanqbappeda.gk@gmail.com dengan tembusan ke Kantor Perpustakaan dan Arsip Daerah dengan alamat e-mail : kpagungkidul@gmail.com.
 3. Ijin ini tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan Pemerintah dan hanya diperlukan untuk keperluan ilmiah.
 4. Surat ijin ini dapat diajukan lagi untuk mendapat perpanjangan bila diperlukan.
 5. Surat ijin ini dibatalkan sewaktu-waktu apabila tidak dipenuhi ketentuan-ketentuan tersebut diatas.
- Kemudian kepada para Pejabat Pemerintah setempat diharapkan dapat memberikan bantuan seperlunya.

Tembusan disampaikan kepada Yth.

1. Bupati Kab. Gunungkidul (Sebagai Laporan) ;
2. Kepala BAPPEDA Kab. Gunungkidul ;
3. Kepala Badan KESBANGPOL Kab. Gunungkidul ;
4. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Gunungkidul;
5. Direktur RSUD Wonosari Kab. Gunungkidul.

Ditetapkan di Wonosari
Pada Tanggal : 14 Agustus 2018
A.n. Bupati Gunungkidul



Lampiran 4. Perizinan Rumah Sakit



**PEMERINTAH KABUPATEN SLEMAN
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Beran, Tridadi, Sleman, Yogyakarta 55511
Telepon (0274) 854650, Faksimile (0274) 854650
Website: www.slemankab.go.id, E-mail : kesbang.sleman@yahoo.com

SURAT IZIN

Nomor : 070 / Kesbangpol / 4350 / 2017

TENTANG PENELITIAN

KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Dasar : Peraturan Bupati Sleman Nomor : 32 Tahun 2017 Tentang Izin Penelitian, Izin Praktik Kerja Lapangan, Dan Izin Kuliah Kerja Nyata.
Menunjuk : Surat dari Dekan Fak. Farmasi UGM
Nomo : 1191/PS-IF/AKD-S3/XII/2017
Hal : Perpanjangan Izin Penelitian
Tanggal : 04 Desember 2017

MENGIZINKAN :

Kepada :
Nama : PRASOJO PRIBADI
No.Mhs/NIM/NIP/NIK : 16/405217/SFA/00135
Program/Tingkat : S3
Instansi/Perguruan Tinggi : Universitas Gadjah Mada Yogyakarta
Alamat instansi/Perguruan Tinggi : Sekip Utara Yogyakarta
Alamat Rumah : Madani Magelang Hil Karangn Bondowoso Mertoyudan Magelang
No. Telp / HP : 085743678505
Untuk : Mengadakan Penelitian / Pra Survey / Uji Validitas / PKL dengan judul **MODEL PELAYANAN RUMAH SAKIT BAGI PASIEN RAWAT-JALAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL BERBASIS KUALITAS PELAYANAN, KEPUASAN, KEPERCAYAAN, DAN LOYALITAS**
Lokasi : RS di Kab. Sleman
Waktu : Selama 3 Bulan mulai tanggal 27 Desember 2017 s/d 28 Maret 2018

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Wajib melaporkan diri kepada Pejabat Pemerintah setempat (Camat/ Kepala Desa) atau Kepala Instansi untuk mendapat petunjuk seperlunya.
2. Wajib menjaga tata tertib dan mentaati ketentuan-ketentuan setempat yang berlaku.
3. Izin tidak disalahgunakan untuk kepentingan-kepentingan di luar yang direkomendasikan.
4. Wajib menyampaikan laporan hasil penelitian berupa 1 (satu) CD format PDF kepada Bupati diserahkan melalui Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah.
5. Izin ini dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila tidak dipenuhi ketentuan-ketentuan di atas.

Demikian izin ini dikeluarkan untuk digunakan sebagaimana mestinya, diharapkan pejabat pemerintah/non pemerintah setempat memberikan bantuan seperlunya.

Setelah selesai pelaksanaan penelitian Saudara wajib menyampaikan laporan kepada kami 1 (satu) bulan setelah berakhirnya penelitian.

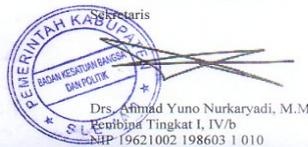
Dikeluarkan di Sleman

Pada Tanggal : 27 Desember 2017

a.n. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik

Tembusan :

1. Bupati Sleman (sebagai laporan)
2. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Sleman
3. Direktur RSUD Sleman
4. Direktur RSUD Prambanan
5. Direktur RSA UGM
6. Direktur JIH
7. Direktur RSUP Sardjito
8. Direktur RSJ Grhasia
9. Kepala Dinas S3 Ek. Ekonomi UGM



RUMAH SAKIT PANTI RAPIH
BIDANG PENGELOLA PELAYANAN KESEHATAN
JL. CIK DI TIRO 30
YOGYAKARTA

Yth
Kepala Bidang Keuangan
Rumah Sakit Panti Rapih
Yogyakarta

Dengan hormat,
Mohon diterima pembayaran biaya Penelitian, atas nama di bawah ini :

Nama : Prasojo Pribadi
Lembaga : Program S3 Ilmu Farmasi, Universitas Gadjah Mada
Jumlah : Rp 750.000
Terbilang : **Tujuh ratus lima puluh ribu rupiah**
Rincian : Pembayaran biaya Penelitian an Prasojo Pribadi,
Program S3 Ilmu Farmasi, Universitas Gadjah Mada

Selanjutnya mohon kepada yang bersangkutan diberikan tanda terima /
kuitansi rangkap 2 (dua).

Atas perhatiannya, kami ucapkan terima kasih.

Yogyakarta, 16 April 2018
Kepala Bidang



Eliza Konda Landowero, S.Si., MPH., Apt

Catatan :

- Kuitansi asli untuk ybs
- Kuitansi tembusan untuk Bidang P2K (up : Dheny, ext 208)



**RUMAH SAKIT UMUM
PKU MUHAMMADIYAH
BANTUL**

Jl. Jend. Sudirman 101 Bantul, Yogyakarta 55171 Telp. (0274) 567147, 568222, 568271 Fax. (0274) 565561 e-mail: rumahsakit@pkumuh.com, rumahsakit@pkumuh.com

No : 1346/KET/A/06.18
Hal : Ijin Penelitian

Kepada Yth,
Dekan Fakultas Farmasi
Universitas Gadjah Mada Yogyakarta
di Yogyakarta

Assalamu'alaikum Warohmatullahi Wabarokatuh.

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : dr. Widiyanto Danang Prabowo, MPH
Jabatan : Direktur Utama
Instansi : RSU PKU Muhammadiyah Bantul
Alamat : Jl. Jenderal Sudirman No. 124 Bantul

Memperhatikan surat Saudara Nomor : 888/PS-IF/AKD-S3/VIII/2017 tanggal 16 Agustus 2017 tentang permohonan ijin penelitian bagi :

Nama	: Prasojo Pribadi
NIM	: 16/405217/SA/00135
Institusi	: Universitas Gadjah Mada Yogyakarta
Judul Penelitian	: Model Pelayanan Rumah Sakit Bagi Pasien Rawat Jalan Program Jaminan Kesehatan Nasional Berbasis Kualitas Pelayanan, Kepuasan, Kepercayaan dan Loyalitas.

Bersama ini disampaikan bahwa kami mengabulkan permohonan tersebut **dengan ketentuan** :

1. Bersedia mentaati peraturan yang berlaku di RSU PKU Muhammadiyah Bantul.
2. Wajib menggunakan pakaian resmi (bukan kaos oblong/ celana jeans) dan bersepatu.
3. Menggunakan ID Card/ seragam institusi.
4. Surat ijin ini berlaku untuk kurun waktu 6 (enam) bulan dari tanggal disetujui.
5. Wajib menyerahkan hasil penelitian yang telah diuji dan disahkan kepada RSU PKU Muhammadiyah Bantul melalui Bagian Diklat.

Surat ijin penelitian ini kami buat agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Wassalamu'alaikum Warohmatullahi Wabarokatuh.

Bantul, 05 Mei 2018
Direktur Utama


dr. Widiyanto Danang Prabowo, MPH
NBM. 1.067.920

Tembusan : 1) Manajer/Ka.Inst/Sie/Ru/Koord. Ruang Terkait, 2) Diklat, 3) Peneliti

Layanan dan Kesehatan

FORMA PKUB. 42210-002/REV.00

Siap 24 Jam

PELAYANAN 24 JAM : IGD - RADIOLOGI - LABORATORIUM - FARMASI - KAMAR BERSALIN - ICU - KAMAR OPERASI - HDNC - AMBULANCE 118 - AMBULANCE SIAGA BENCANA [PKU DMC]
POLIKLINIK UMUM - GIGI - AKUPUNKTURE - FISioterapi - GIZI - POLIKLINIK SPESIALIS : ANAK - TUMBUH KEMBANG ANAK - KEBIDANAN & PENYAKIT KANDUNGAN - BEDAH UMUM -
BEDAH MULUT - BEDAH ANAK - BEDAH DIGESTIVE - BEDAH ORTHOPEDI - BEDAH THORAK & VASCULER - PENYAKIT DALAM - THT - MATA - KULIT & KELAMIN - STROK - PSIKIATRI



RS PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA

Jl. KH. Ahmad Dahlan No. 20 Yogyakarta 55122

Telp. (0274) 512653 Fax. (0274) 566129, IGD : (0274) 370262, E-mail : pkujoja@yahoo.co.id, pkujoja@gmail.com

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

16 Jumadil Awwal 1439H/ 2 februari 2018

Nomor : *p290* /PI.24.2/II/2018

Hal : Ijin Penelitian Disertasi

Kepada Yth.

Dekan Fakultas Farmasi UGM

Sekip Utara Yogyakarta

Assalamu 'alaikum wr.wb.

Memperhatikan surat Saudara Nomor : 888/PS-IF/AKD-S3/VIII/2017 tanggal 16 Agustus 2017 tentang permohonan Penelitian Disertasi bagi:

Nama : Prasojo Pribadi
NIM : 16/405217/SFA/00135
Judul Penelitian : Model Pelayanan Rumah Sakit Bagi Pasien Rawat Jalan Program Jaminan Kesehatan Nasional Berbasis Kualitas Pelayanan, kepuasan, Kepercayaan dan loyalitas

Bersama ini disampaikan bahwa pada prinsipnya, kami dapat mengabulkan permohonan tersebut dengan ketentuan :

1. Bersedia mentaati peraturan yang berlaku di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
2. Bersedia mengganti barang yang dirusakkan selama menjalankan Penelitian Disertasi.
3. Bersedia menyerahkan pas foto 2 x 3 sebanyak 2 lembar untuk arsip dan tanda pengenal.
4. Bersedia memberikan biaya administrasi sebesar Rp 600.000,- (enam ratus ribu rupiah) berlaku untuk kurun waktu 6 (enam) bulan dan diselesaikan sebelum pelaksanaan.
5. Pembayaran dilakukan di bagian Bank BNI Syariah RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada jam kerja (08.00 – 13.00 WIB)
6. Setelah selesai pengambilan data penelitian di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, peneliti wajib melapor ke Diklat dengan membawa hasil penelitian yang belum diujikan untuk dikoreksi dan dibuatkan surat keterangan selesai penelitian.
7. Peneliti wajib menyerahkan hasil penelitian yang telah diujikan dan disahkan kepada RS PKU Muh. Yk. melalui Diklat dan menyerahkan *Hasil penelitian Soft & Hard File*, kepada rumah sakit.

Catatan:

1. Sebelum melaksanakan penelitian kepada yang bersangkutan diminta menghadap Supervisor Diklat (Siti Istiyati, S.ST.M.Kes)
2. Selama melakukan Penelitian Disertasi berkonsultasi dengan Pembimbing dari rumah sakit, yaitu : **Eka budy Santoso, S.Sos, M.Pd, Med**

Jika ketentuan-ketentuan diatas tidak dapat dipenuhi maka dengan terpaksa kami akan meninjau ulang kerjasama dengan institusi bersangkutan untuk waktu-waktu selanjutnya.

Demikian, untuk menjadikan maklum

Wasalamu falaikum wr.wb.

Direktur Utama

dr. H. Mhammad Komarudin, Sp.A

NBM. 1166.955

Tembusan:

1. Direktur Umum, Keuangan dan Kepegawaian
2. Supervisor Perbendaharaan
3. Supervisor Diklat
4. Pembimbing yang bersangkutan
5. Peneliti yang bersangkutan (Prasojo Pribadi)
6. Arsip

Cepat - Mutu - Nyaman - Ringan - Islami



PEMERINTAH KOTA YOGYAKARTA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jl. Wirosaban No 1 Yogyakarta Kode Pos : 55162 Telp. (0274)371195, Fax.(0274)385769
E-MAIL : rsud@jogjakota.go.id
HOTLINE SMS : 081227880001 HOTLINE E-MAIL : upik@jogjakota.go.id
WEBSITE : www.jogjakota.go.id

REKOMENDASI IJIN PENELITIAN

Nomor : 070 / 0601

Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur RSUD Kota Yogyakarta :

Nama : drg. Hj. RR. Tuty Setyowati, MM
NIP : 19620502 198701 2 001

Memberikan rekomendasi kepada:

Nama : Prasojo Pribadi
NIM : 16/405217/SFA/00135
Institusi : S3 Ilmu Farmasi, Universitas Gadjah-Mada Yogyakarta

Untuk melakukan penelitian di RSUD Kota Yogyakarta, dengan judul :
"Model Pelayanan Rumah Sakit bagi Pasien Rawat Jalan Program Jaminan Kesehatan Nasional berbasis Kualitas Pelayanan, Kepuasan, Kepercayaan, dan Loyalitas."

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk mendapatkan ijin dari Dinas Perizinan Pemerintah Kota Yogyakarta.

Yogyakarta, 10 Februari 2018



SEGORO AMARTO
SEMANGAT GOTONG ROYONG AGAWE MAJUNE NGAYOGYOKARTO
KEMANDIRIAN - KEDISIPLINAN - KEPEDULIAN - KEBERSAMAAN



PEMERINTAH KABUPATEN SLEMAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SLEMAN

Jalan Bhayangkara Nomor 48, Triharjo, Sleman, Yogyakarta, 55514
Telepon (0274) 868437, Faksimile (0274) 868812
Website: www.rsudsleman.slemankab.go.id, E-mail: rsudsleman@gmail.com



Sleman, 12 September 2017

No : 070/ 2418

Sifat : Penting

Lampiran : 1 (satu) lembar

Hai : ijin penelitian

Kepada .

Yth. Sdr. Prasjo Pribadi

NIM : 16/405217/SFA/00135

PPs Program Studi Ilmu Farmasi

Fakultas Farmasi Universitas Gadjah Mada

Di

Yogyakarta

Memperhatikan surat ijin Bappeda Kabupaten Sleman nomor : 070/Bappeda/3024/2017 tertanggal 3 Agustus 2017, perihal Rekomendasi Penelitian pada dasarnya kami tidak keberatan memberikan ijin kepada Saudara untuk melakukan penelitian di RSUD Sleman selama 3 (tiga) bulan, dengan judul penelitian "Model Pelayanan Rumah Sakit bagi Pasien Rawat Jalan Program Jaminan Kesehatan Nasional Berbasis Kualitas Pelayanan, Kepuasan, Kepercayaan, dan Loyalitas".

Sebelum kegiatan dilaksanakan, menyelesaikan administrasi di Unit Diklat, mentaati ketentuan diklat yang berlaku, dan bersedia menyerahkan laporan hasil penelitian yang dilakukan ke RSUD Sleman.

Demikian untuk diketahui dan terima kasih.

an.. Direktur Rumah Sakit Umum
Daerah Sleman
Wakil Direktur



dr. V. DA WIDAYATI, M.Kes
Pembina Tingkat I, IV/b
NIP 19600324 198710 2 003

Tembusan :

1. Ka Instalasi Rawat Jalan
2. Ka Instalasi Farmasi
3. Koord. Diklat Medik



PEMERINTAH KABUPATEN GUNUNGKIDUL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WONOSARI

Jalan Taman Bhakti Nomor 06 Wonosari Gunungkidul 55812
Telepon (0274) 391007, 391288 Fax. (0274) 393437,
Email : rsudwonosari06@gmail.com, web : www.rsudwonosari.web.id.

Wonosari, 15 Agustus 2018

Nomor : 800/ 2993 / 2018
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Bantuan sebagai Responden

Kepada :
Yth.Kepala
di
RSUD Wonosari.

Memperhatikan Surat dari Dinas Penanaman Modal Pelayanan Terpadu Kabupaten Gunungkidul Nomor : 0625/PEN/VIII/2018, tanggal 14 Agustus 2018 Perihal Surat Keterangan / Ijin, maka bersama ini kami sampaikan bahwa RSUD Wonosari digunakan sebagai lokasi penelitian Mahasiswa Program Studi S.3 Ilmu Farmasi Fakultas Farmasi Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.

Nama : PRASOJO PRIBADI
NIM : 16/405217/SFA/00135
Judul Penelitian : "MODEL PELAYANAN RUMAH SAKIT BAGI PASIEN RAWAT JALAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL BERBASIS KUALITAS PELAYANAN, KEPUASAN, KEPERCAYAAN DAN LOYALITAS"

Sehubungan hal tersebut, kami mohon bantuan Unit/Ruang/Instalasi yang dipakai sebagai tempat penelitian sebagai Responden dalam penelitian tersebut.

Demikian atas permohonannya di ucapkan terima kasih.

DIREKTUR,

dr.HERU SULISTYOWATI, Sp.A
Pembina Tk.I, Gol. IV/b
NIP. 19700206 199903 2 004



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr. SARDJITO

Jln. Kesehatan, Sekip Yogyakarta 55284 Telepon (0274) 587333, 631190 (hunting) Faksimile (0274) 565639, 520410
Pos-El : hukum_humas.rssardjito@yahoo.co.id, humas@sardjitohospital.co.id
Laman : www.sardjitohospital.co.id



No. : LB.02.01/II.2/ 21168/2017
Hal. : Permohonan Ijin Penelitian

12 SEP 2017

Yang Terhormat,
Dekan Fakultas Farmasi
Program Pascasarjana Program Studi Doktor Ilmu Farmasi
Universitas Gadjah Mada
Sekip Utara, Yogyakarta 55281

Sehubungan dengan surat Saudara nomor : 868/PS-IF/AKD-S3/VIII/2017 tanggal 14 Agustus 2017 hal permohonan ijin penelitian disertasi, dengan ini disampaikan bahwa kami dapat membantu dan mengijinkan pelaksanaan penelitian mahasiswa Saudara:

Nama : Prasojo Pribadi
NIM : 16/405217/SFA/00135
Judul : **"Model Pelayanan Rumah Sakit Bagi Pasien Rawat Jalan Program Jaminan Kesehatan Nasional Berbasis Kualitas Pelayanan, Kepuasan, Kepercayaan dan Loyalitas"**
Tempat Penelitian : Instalasi Rawat Jalan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta,

dengan ketentuan sbb. :

1. Sesuai prosedur tetap administrasi penelitian di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta,
2. Melengkapi fotocopy *Ethics Committe Approval*,
3. Mancantumkan nama RSUP Dr. Sardjito di dalam naskah hasil penelitian,
4. Menyerahkan CD hasil penelitian ke Bagian Pendidikan dan Penelitian, IP2KSDM (Perpustakaan) & Instalasi Terkait di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

Untuk kelancaran penelitian tersebut agar menghubungi Bagian Pendidikan & Penelitian RSUP Dr. Sardjito, Telp. (0274) 631190 pswt. 246 atau (0274) 518669 pada jam kerja.

Atas perhatian dan kerjasama yang baik, diucapkan terima kasih.

a.n. Direktur Utama
Direktur SDM dan Pendidikan,
RSUP DR. SARDJITO
drg. Rini Sunaring Putri, M.Kes
NIP. 196006041985102001

Tembusan :

1. Ka. Instalasi Rawat Jalan
2. Yang Bersangkutan



PEMERINTAH KABUPATEN KULON PROGO
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WATES

Jl. Tentara Pelajar Km. 1 No. 5 Wates Kabupaten Kulon Progo Telp. (0274) 773169

No : 423 / 1728 / 1.3 / RS / VIII / 2018
Lamp : -
Hal : Ijin Penelitian

Kepada

Yth.....

Di

RSUD Wates

Dengan hormat,

Memperhatikan surat dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Yogyakarta, No.: 070.2/00612/VI/2018, Tanggal 07 Juni 2018, Perihal : Surat Keterangan/Ijin Penelitian. Bersama ini memberikan ijin kepada :

Nama : Prasojo Pribadi
NIM : 16/405217/SFA/00135
Pendidikan : S3 Farmasi

Universitas Gadjah Mada Yogyakarta

Untuk melakukan Penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Wates Kabupaten Kulon Progo, dengan :

Judul : MODEL PELAYANAN RUMAH SAKIT BAGI PASIEN RAWAT JALAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL BERBASIS KUALITAS PELAYANAN, KEPUASAN, KEPERCAYAAN, DAN LOYALITAS
Waktu : 07 Juni 2018 s/d 07 September 2018

Sehubungan dengan hal tersebut, dimohon kepada Bapak/ Ibu/ Saudara mengijinkan memberikan data yang diperlukan kepada mahasiswa tersebut. Kemudian atas perhatiannya, diucapkan terima kasih.

Wates, 30 Agustus 2018
DIREKTUR
Dr. Lies Indriyati, Sp.A
Pembina Utama Muda; IV/c
NIK. 19620729 198812 2 001



YAYASAN Dr. YAP PRAWIROHUSODO
RUMAH SAKIT MATA "Dr. YAP"

Jl. Teuku Cik Ditiro No. 5 Yogyakarta 55223
Telp. (0274) 562054, 547448 Fax. (0274) 517239
Website : www.yap.or.id Email : rsmata@yap.or.id



Nomor : 251 / RSM / A / III / 2018
Lamp : 1 Lembar
Hal : **Ijin Penelitian**

5 Maret 2018

Kepada Yth.
Pengelola S3 Ilmu Farmasi
Fakultas Farmasi UGM, Sekip Utara
Yogyakarta

Dengan hormat,

Menjawab surat dari Pengelola S3 Ilmu Farmasi Fakultas Farmasi UGM, nomor :
888/PS-IF/AKD-S3/VI/2017, tertanggal 16 Agustus 2017, perihal Permohonan Ijin Penelitian, atas nama :

Nama : Prasjo Pribadi
NIM : 16/405217/SFA/00135

Judul tesis : Model Pelayanan Rumah Sakit Bagi Pasien Rawat Jalan Program Jaminan Kesehatan
Nasional Berbasis Kualitas Pelayanan, Kepuasan, Kepercayaan, dan Loyalitas

Dengan ini kami sampaikan persetujuan permohonan penelitian tersebut

Adapun pembimbing di RS Mata "Dr.Yap" adalah Linda Dimiyati, S.Si, MM. Apt dan untuk biaya administrasi sebagaimana terlampir. Pembayaran dapat ditransfer ke Rekening Bank BRI Cabang Yogyakarta atas nama RS Mata "Dr. Yap" No. 0029-01-002295-30-8.

Peneliti wajib menyerahkan laporan hasil penelitian kepada RS Mata "Dr.Yap".

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama Bapak / Ibu, kami ucapkan terima kasih.

Hormat Kami,

Direktur

dr. Eny Tjahjani Permatasari, Sp.M., M.Kes.
NIK : 108 / RSM / X - 00

Lampiran 7. Surat Keterangan Sebagai Asisten Peneliti

SURAT KETERANGAN SEBAGAI ASISTEN PENELITI

Yang bertanda tangan di bawah ini, menerangkan bahwa:

Nama : Tiel Wijayanti
NIM : 16.0605.0035
Program Studi : SI Farmasi
Fakultas : Ilmu Kesehatan

adalah benar nama tersebut di atas sampai saat ini masih tercatat sebagai asisten peneliti pada penelitian dengan rincian sebagai berikut:

Judul : Model pelayanan Rumah sakit bagi pasien Rawat Jalan Program Jaminan Kesehatan Nasional berbasis Kualitas Pelayanan, Kepuasan, Kepercayaan dan loyalitas

Lokasi : RS. Sarjito

Demikian keterangan ini dibuat dengan sebenarnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 28 Maret 2018
Ketua Peneliti,


Prasojo Pribadi

SURAT KETERANGAN SEBAGAI ASISTEN PENELITI

Yang bertanda tangan di bawah ini, menerangkan bahwa:

Nama : Kurkholis Asnan
NIM : 16.0605.0016
Program Studi : SI Farmasi
Fakultas : Ilmu Kesehatan

adalah benar nama tersebut di atas sampai saat ini masih tercatat sebagai asisten peneliti pada penelitian dengan rincian sebagai berikut:

Judul : Model pelayanan rumah sakit bagi pasien rawat jalan Program Jaminan Kesehatan Nasional berbasis Kualitas Pelayanan, Kepuasan, Kepercayaan dan loyalitas

Lokasi : RS. Sarjito

Demikian keterangan ini dibuat dengan sebenarnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 28 Maret 2018
Ketua Peneliti,


Prasojo Pribadi

SURAT KETERANGAN SEBAGAI ASISTEN PENELITI

Yang bertanda tangan di bawah ini, menerangkan bahwa:

Nama : Siti Rahayu Nurjanah
NIM : 16.0605.0023
Program Studi : SI Farmasi
Fakultas : Ilmu Kesehatan

adalah benar nama tersebut di atas sampai saat ini masih tercatat sebagai asisten peneliti pada penelitian dengan rincian sebagai berikut:

Judul : Model Pelayanan Rumah Sakit bagi pasien Rawat Jalan Program
Jaminan Kesehatan Nasional berbasis kualitas pelayanan,
kepuasan, kepercayaan dan loyalitas.
Lokasi : RS. Sarito

Demikian keterangan ini dibuat dengan sebenarnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 28 Maret 2018
Ketua Peneliti,



Prasojo Pribadi

SURAT KETERANGAN SEBAGAI ASISTEN PENELITI

Yang bertanda tangan di bawah ini, menerangkan bahwa:

Nama : Lilik Kurniati
NIM : 16.0605.0024
Program Studi : SI Farmasi
Fakultas : Ilmu Kesehatan

adalah benar nama tersebut di atas sampai saat ini masih tercatat sebagai asisten peneliti pada penelitian dengan rincian sebagai berikut:

Judul : Model Pelayanan Rumah Sakit bagi pasien Rawat Jalan Program
Jaminan Kesehatan Nasional berbasis kualitas pelayanan,
kepuasan, kepercayaan dan loyalitas.
Lokasi : RS. Sarito

Demikian keterangan ini dibuat dengan sebenarnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 28 Maret 2018
Ketua Peneliti,

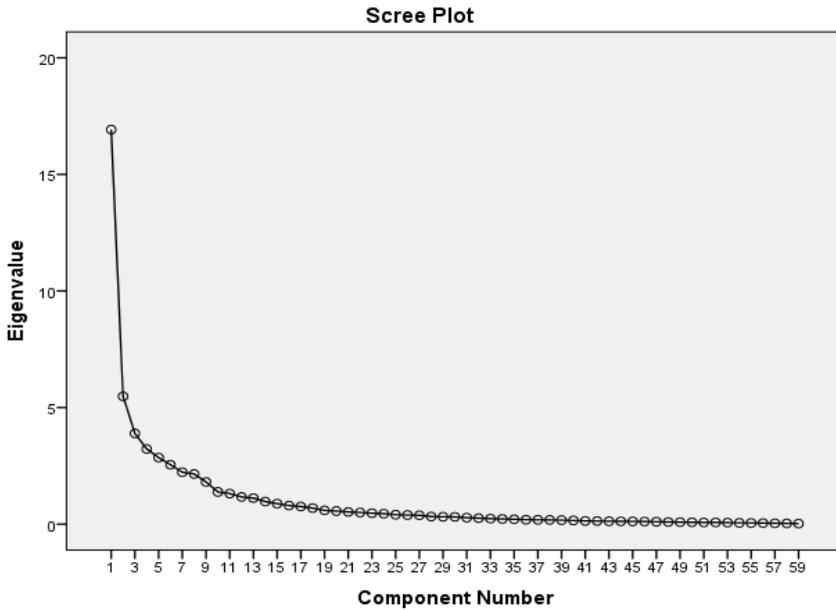


Prasojo Pribadi

Lampiran 8. Output Analisis Faktor SPSS

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,828
Approx. Chi-Square		8221,618
Bartlett's Test of Sphericity	df	1711
	Sig.	,000



Rotated Component Matrix^a

	Component												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
AF1	,665												
AF2	,652												
AF3	,663												
AF4	,805												
AF7	,682												
AF8	,768												
AF9	,716												
AF10	,657												
AF11	,785												
PM2					,900								
PM3					,770								
PM4					,682								
PM5					,853								
PM6					,584								
PM8					,701								
PF1				,735									
PF2				,657									
PF4				,523									
PF5				,586									
PF6				,566									
PF7				,643									
PF8				,875									
PF9				,707									
PA1						,777							
PA2						,730							
PA3						,723							
PA4						,647							
PA5						,836							
KP1			,798										
KP2			,819										
KP3			,780										
KP4			,794										
KP5			,801										
KP6			,680										
TJS1							,809						
TJS2							,765						
TJS3							,821						
AB2													,783
AB3													,742
KH2													
KH3												,823	
SAT1									,781			,854	
SAT2									,860				
SAT3									,788				
TR1											,784		
TR2											,756		
TR3											,650		
LOY1													
LOY2										,660			
LOY3										,851			
POS1										,793			
POS2								,812					
POS3								,873					
NEG1		,897						,814					
NEG2		,910											
NEG3		,947											
NEG4		,928											
NEG5		,937											
NEG6		,927											

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.^a

a. Rotation converged in 8 iterations.

Glosarium

<i>Ability</i>	Mengacu pada kompetensi dan karakteristik penjual/ organisasi dalam memengaruhi dan mengotorisasi wilayah yang spesifik.
<i>Benevolence</i>	Kemauan penjual dalam memberikan kepuasan yang saling menguntungkan antara dirinya dan konsumen.
<i>Disqualified Prospect</i>	Prospek yang telah Anda pelajari cukup untuk mengetahui bahwa mereka tidak membutuhkan atau tidak memiliki kemampuan untuk membeli produk Anda.
<i>First-Time Customer</i>	Orang yang bisa menjadi pelanggan Anda dan pelanggan pesaing Anda.
<i>Integrity</i>	Berkaitan dengan bagaimana perilaku atau kebiasaan penjual dalam menjalankan bisnisnya.
Indeks Pembangunan Manusia (IPM)	Indeks yang digunakan untuk mengukur capaian pembangunan manusia berdasarkan sejumlah komponen dasar kualitas hidup.
Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	Sarana untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas dalam pemberian layanan dan akses ke layanan kesehatan di seluruh wilayah dan kelompok pendapatan.
<i>Judges</i>	Pakar-pakar yang digunakan untuk mengonfirmasi kebenaran item-item yang membentuk konstruk-konstruk.
Kepuasan dalam pengobatan	Evaluasi pasien dari proses minum obat sampai dengan hasil yang terkait dengan obat-obatan atau menekankan pada proses dan hasil.

Kualitas layanan	Konsepsi multidimensi yang dibangun melalui evaluasi konstruksi sejumlah atribut yang terkait dengan layanan, yang dijelaskan secara umum dan dievaluasi secara menyeluruh dalam layanan.
Layanan	Kegiatan berwujud atau manfaat yang diberikan oleh penyedia layanan kepada pelanggan, dapat berupa produk nyata dan sesuatu yang ditambahkan ke layanan tidak berwujud, atau dalam bentuk independent.
<i>Lost Customer or Client</i>	Seseorang yang pernah menjadi pelanggan atau klien, tetapi belum membeli dari Anda setidaknya-tidaknya dalam satu siklus pembelian normal.
Prospek	Seseorang yang membutuhkan produk atau layanan Anda dan mampu membeli.
<i>Purposive sampling</i>	Metode <i>nonprobability sampling</i> yang disesuaikan dengan kriteria tertentu.
<i>Repeat Customer</i>	Orang yang telah membeli dari Anda dua kali atau lebih.
Variabel	Sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang suatu konsep pengertian tertentu.

Indeks

A

Ability, 44, 215
Administrasi, 3, 102,
104, 150
Akses, 25
Analisis, v, 24, 95, 97,
135, 204
Anteseden, 19
Aspek fisik, 62, 81,
85, 151
Assurance, 115, 116,
118, 120, 127, 133,
137, 139
Asuransi, 102, 104,
147, 148, 150, 169

B

Benevolence, 45, 215
BEP, vii
Bias, 94, 95, 96
Biaya, 102, 104, 114,
150
Bisnis, 124, 138
BPJS, 3, 6, 79, 121,
141, 148, 163, 169

C

CB-SEM, 58
Client, 50, 115, 216
Content validity, 68,
138

D

Departemen rawat
jalan, 6, 141
Dimensi, 9, 25, 32, 97
Diskonfirmasi, 34
Disqualified Prospect,
49, 215
Distribusi, 5, 89, 93,
147, 149

E

E-commerce, 122
Editing, 74
EFA, vii, 72, 98, 99,
101
Eksklusi, 56
Emosi negatif, 61, 82,
85, 157
Emosi positif, 62, 82,
85, 157
Evaluasi, 38, 215
Expert, 83, 87, 124

F

Face validity, 69
Farmasi, 70, 83, 84,
101, 104, 126, 150
First-Time Customer,
50, 215
FKRTL, vii, 2, 140,
162
FKTP, vii, 2, 140, 162

G

Global, 1, 130, 137,
138, 140, 162

H

Hipotesis, 149

I

Indikator, 81
Inklusi, 56
Instrumen, v, 16, 18,
71, 81, 82, 85, 88,
92
Integrity, 45, 215
IPM, vii, 4, 215

J

Jasa, 19, 25, 115
JKN, vii, 2, 3, 17, 154,
175, 215

K

Kepercayaan, i, ii, 39,
40, 41, 42, 43, 44,
45, 46, 65, 82, 85,
102, 104, 144, 150,
159, 161
Kesehatan, ii, vii, 1,
2, 3, 7, 20, 26, 27,
28, 102, 104, 121,

126, 132, 135, 138,
140, 147, 150, 215
Komponen, 161
Kualitas hasil, 64, 82,
85, 156
Kualitas layanan, 8,
9, 10, 23, 24, 27,
28, 33, 106, 216
Kualitas personal,
63, 81, 85, 153

L

Layanan Farmasi,
101, 104, 150
Layanan kesehatan,
1, 140
Layanan Medis, 101,
104, 150
Lost Customer, 50,
216
Loyalitas, i, ii, 46, 47,
48, 49, 50, 51, 53,
65, 82, 86, 102,
104, 114, 126, 150

M

Medis, 101, 104, 150
Method Variance, 94
Modifikasi, 112

N

Needs assessment, 66

O

Ofensif, 54
Outcome quality, 171,
177, 180, 181

P

Pasien, i, ii, 11, 14,
19, 21, 31, 35, 42,
47, 56, 57, 70, 80,
88, 102, 104, 114,
116, 124, 126, 138,
149, 150, 152, 153,
155, 156, 157
PLS-SEM, 58, 123
Principal investigator,
76
Prospect, 49, 215
PSI, 20

R

Reliability, 21, 114,
122, 124, 137
Responsiveness, 21,
116
Retention, 134

Rumah sakit, 5, 6, 74,
141

S

Scoring, 75
SEM, vii, 57, 123,
146, 167
Service quality, 12,
118, 133, 139, 164

T

Tangible, 12, 24
Uji reliabilitas, 72,
82, 103

U

Uji normalitas, 104
Uji reliabilitas, 72,
82, 103

V

Validitas, v, 68, 69,
71, 72, 82, 84, 87,
97, 101, 116, 207
Variabel, 60, 61, 79,
80, 216
Vigas, i

Y

YLKI, vii, 7

Profil Penulis dan Editor

Penulis



Prasojo Pribadi

Departement of Pharmacy, Universitas Muhammadiyah Magelang

Email yang diverifikasi di ummgl.ac.id

[Manajemen Farmasi](#)



Google Cendekia



Editor



Satibi

faculty of pharmacy, [gajah mada university](#)

Verified email at ugm.ac.id

[social pharmacy](#) [pharmacoeconomy](#) [pharmacy](#)



Google Cendekia



Susi Ari Kristina

[Universitas Gajah Mada](#)

Email yang diverifikasi di ugm.ac.id

[Social](#) [economics](#) [and administrative pharmacy](#)



Google Cendekia



Pengembangan Kuesioner Kualitas Layanan, Kepuasan, Kepercayaan dan Loyalitas Pasien pada Layanan Rawat Jalan Rumah Sakit di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta

Sinopsis

Buku ini menyajikan hasil penelitian tentang pengembangan kuesioner kualitas layanan, kepuasan, kepercayaan dan loyalitas pasien pada layanan rawat jalan rumah sakit di provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Tujuan umum dari penelitian ini adalah mengembangkan dan memvalidasi instrumen kepuasan pada pelayanan pasien rawat jalan di rumah sakit, mengembangkan model pelayanan pasien rawat jalan di rumah sakit berbasis hubungan antara kualitas pelayanan, emosi pasien, kepuasan, kepercayaan, dan loyalitas terhadap rumah sakit. Penyusunan instrumen awal penelitian dilakukan dengan mengidentifikasi variabel-variabel yang diteliti, menjabarkan variabel, menetapkan dan mendeskripsikan kisi-kisi instrumen, merumuskan item-item pertanyaan atau pernyataan dalam instrumen, dan menyusun petunjuk pengisian instrumen. Pengujian yang dilakukan meliputi: uji validitas isi (*content validity*) melalui expert judgment, uji validitas muka (*face validity*), dan uji daya diskriminasi item melalui uji coba tahap satu pada 30 orang pasien. Selanjutnya uji reliabilitas instrumen dan validitas konstruk dilakukan pada uji coba tahap kedua.