



**HUBUNGAN STATUS AKREDITASI PUSKESMAS
DENGAN TINGKAT KEPUASAN PASIEN
RAWAT JALAN
(Studi Kasus 5 Puskesmas di Kota Semarang)**

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Disusun oleh:

Intan Nurjannah Pratiwi Trisna

NIM 6411414104

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2018**

ABSTRAK

Intan Nurjannah Pratiwi Trisna

Hubungan Status Akreditasi Puskesmas dengan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Jalan (Studi Kasus 5 Puskesmas di Kota Semarang)

XV+ 158 halaman + 15 tabel + 2 gambar + 13 lampiran

Jumlah puskesmas di Kota Semarang yang tersertifikasi akreditasi per Februari 2018, yaitu 31 puskesmas. Selain itu, belum diketahui mengenai gambaran dari tingkat kepuasan pasien, baik sebelum maupun sesudah terakreditasi. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan status akreditasi puskesmas dengan tingkat kepuasan pasien rawat jalan (studi kasus 5 puskesmas di Kota Semarang).

Jenis penelitian ini adalah observasional analitik dengan rancangan cross sectional. Sampel yang ditetapkan sebesar 101 responden dengan teknik proportionate simple random sampling. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner terstruktur dan lembar observasi. Data dianalisis menggunakan uji chi-square dan uji regresi logistik.

Hasil penelitian ini adalah status akreditasi puskesmas kategori tidak terakreditasi ($p=0,000$), terakreditasi dasar ($p=0,000$), terakreditasi madya ($p=0,024$), terakreditasi utama ($p=0,217$), dan terakreditasi paripurna sebagai pembanding. Setelah dikendalikan dengan variabel pendidikan, pendapatan, status pekerjaan, dan jenis pembiayaan ($r^2=42,0\%$; $AUC=82,7\%$) hanya kategori tidak terakreditasi dan terakreditasi dasar yang berhubungan dengan tingkat kepuasan pasien.

Simpulan penelitian ini, yaitu ada hubungan antara status akreditasi puskesmas kategori tidak terakreditasi, terakreditasi dasar dan terakreditasi madya terhadap tingkat kepuasan pasien.

Kata Kunci: Status Akreditasi, Kepuasan Pasien, Puskesmas

Kepustakaan: 53 (2008-2018)

ABSTRACT

Intan Nurjannah Pratiwi Trisna

Association between Accreditation Status of Primary Health Care with Satisfaction Level of Outpatient (Case Study in 5 Primary Health Cares in Semarang City).

XV + 158 pages + 15 tables + 2 images + 13 appendices

The number of primary health care in Semarang City is accredited as of February 2018, namely 31 health centers. Moreover, it was unknown about the description of patient satisfaction level, both before and after being accredited. The purpose of this study was to determine the relationship between the accreditation status of primary health care with satisfaction level of outpatient (case study in 5 primary health cares in Semarang City).

The type of this research is observational analytic with design cross sectional. The sample was set at 101 respondents using the proportionate simple random sampling technique. The instruments used were structured questionnaires and observation sheets. Data were analyzed using chi-square test and logistic regression test.

The results of this study were accreditation status category non-accredited ($p=0,000$), basic accredited ($p=0,000$), middle accredited ($p=0,024$), main accredited ($p=0,217$), and plenary accredited as comparison. After being controlled by the variables of education, income, employment status, type of financing ($r^2=42.0\%$; $AUC=82.7\%$) only accreditation status with non-accredited and basic accredited category related to patient satisfaction.

The conclusion, there is a relationship between accreditation status of primary health care (non-accredited, basic accredited, and middle accredited category) with the level of patient satisfaction.

Keywords: Accreditation Status, Patient Satisfaction, Primary Health Care

Literatures: 53 (2008-2018)

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam pustaka.

Semarang, 12 Oktober 2018

Penulis,



Intan Nurjannah Pratiwi Trisna

NIM 6411414104

PERSETUJUAN

Skripsi dengan judul “Hubungan Status Akreditasi Puskesmas dengan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Jalan (Studi Kasus 5 Puskesmas di Kota Semarang)” yang disusun oleh Intan Nurjannah Pratiwi Trisna, NIM 6411414104 telah disetujui untuk diujikan di hadapan panitia ujian pada Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.

Semarang, 19 Oktober 2018
Pembimbing,



Dr. Bambang Budi Raharjo, M.Si.
NIP 196012171986011001

PENGESAHAN

Skripsi dengan judul “Hubungan Status Akreditasi Puskesmas dengan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Jalan (Studi Kasus 5 Puskesmas di Kota Semarang)” yang disusun oleh Intan Nurjannah Pratiwi Trisna, NIM 6411414104 telah dipertahankan di hadapan panitia ujian pada Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, yang dilaksanakan pada:

hari, tanggal : Rabu, 19 Desember 2018

tempat : Ruang Ujian Jurusan IKM B



Panitia Ujian

Ketua

Prof. Dr. Tandoyo Rahayu, M.Pd.
NIP. 196103201984032001

Sekretaris,

Irwan Budiono, S.K.M., M.Kes(Epid).
NIP. 197512172005011003

Penguji I

Dewan Penguji

Tanggal

Drs. Bambang Wahyono, M.Kes.
NIP 196006101987031002

20-12-2018

Penguji II

drh. Dyah Mahendrasari Sukendra, M.Sc.
NIP 198303092008122001

27/12/2018

Penguji III

Dr. Bambang Budi Raharjo, M.Si.
NIP 196012171986011001

26/12

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

1. Tidak ada pilihan yang salah, just do it, never give up and do your best
2. *Allah SWT tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya. (QS. Al-Baqarah: 286)*
3. You have to accept whatever comes, and the only important thing is that you meet it with the best you have to give. (Eleanor Roosevelt)

PERSEMBAHAN

Skripsi ini ku persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua ku tercinta
2. Kakakku, Freddy Setya Budi S.
3. Almamater Universitas Negeri Semarang.

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT karena berkat rahmat dan hidayah-Nya sehingga Skripsi yang berjudul “Hubungan Status Akreditasi Puskesmas dengan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Jalan (Studi Kasus 5 Puskesmas di Kota Semarang)” dapat terselesaikan dengan baik. Tujuan penulisan skripsi ini adalah untuk memenuhi persyaratan guna memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.

Penulisan skripsi ini dapat terselesaikan atas bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati dan rasa hormat, penulis sampaikan terima kasih kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, atas ijin penelitian yang telah diberikan.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, atas persetujuan penelitian yang telah diberikan.
3. Dosen Pembimbing Bapak Dr. Bambang Budi Raharjo, M.Si. atas bimbingan, arahan, masukan, serta motivasi dalam penyusunan skripsi ini.
4. Bapak Lukman Fauzi, S.K.M., M.P.H.; Ibu Lindra Anggorowati, S.K.M., M.P.H.; Ibu dr. RR.. Sri Ratna Rahayu, M.Kes., Ph.D.; dr. Ngakan Putu Djaja Semadi, M.Kes., selaku dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat yang telah memberikan pengalaman penulisan skripsi dan lapangan terutama dalam hal penelitian.
5. Bapak dan Ibu Dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat atas bekal ilmu pengetahuan yang diberikan selama di bangku kuliah.
6. Staf TU Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat dan staf TU FIK Unnes yang telah membantu dalam segala urusan administrasi dan surat perijinan penelitian.

7. Subdirektorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Primer, serta Komisi Akreditasi Kementerian Kesehatan RI yang telah memberikan pengalaman dan ilmu yang dapat mendukung dalam penyelesaian skripsi ini.
8. Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang yang telah memberikan ijin untuk melakukan studi pendahuluan di bagian perencanaan dan pelayanan kesehatan Dinas Kesehatan Kota Semarang.
9. Staf Perencanaan dan Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Semarang yang telah memberikan informasi guna pengumpulan data dalam studi pendahuluan.
10. Ayah dan Ibu, orang tua tercinta yang selalu memberikan doa, dukungan, dan motivasi kepada penulis.
11. Kakak tercinta Freddy Setya Budi Sutrisno dan Vindi Rahmawan Pratama Putra atas dukungan, semangat dan motivasi yang telah diberikan dalam penyelesaian skripsi ini
12. Sahabat saya Susanti, Merni, Anggit yang telah memberikan waktu untuk membantu saya dalam proses penyusunan skripsi ini.
13. Sahabat saya Sylvia, Hayuni, Iluk, Rika dan rekan seperjuangan yang telah memberikan dukungan kepada penulis.
14. Semua pihak yang terlibat yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu atas segala bantuan dalam penyelesaian skripsi ini.

Semarang, September 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
ABSTRAK	ii
<i>ABSTRACT</i>	iii
PERNYATAAN.....	iv
PERSETUJUAN	v
PENGESAHAN	vi
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vi
PRAKATA.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 LATAR BELAKANG.....	1
1.2 RUMUSAN MASALAH	5
1.2.1 Rumusan Masalah Umum	5
1.2.2 Rumusan Masalah Khusus	5
1.3 TUJUAN PENELITIAN	6
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4 MANFAAT	6
1.4.1 Bagi Puskesmas	6
1.4.2 Bagi Dinas Kesehatan Kota Semarang.....	7
1.4.3 Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat.....	7
1.4.4 Bagi Peneliti Selanjutnya	7
1.5 KEASLIAN PENELITIAN.....	7
1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN.....	9
1.6.1 Ruang Lingkup Tempat	9
1.6.2 Ruang Lingkup Waktu	9

1.6.3	Ruang Lingkup Keilmuan	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....		10
2.1	LANDASAN TEORI	10
2.1.1	Kepuasan Pasien	10
2.1.2	Akreditasi Puskesmas	29
2.1.3	Hubungan Status Akreditasi dengan Kepuasan Pasien	37
2.1.4	Puskesmas.....	39
2.2	KERANGKA TEORI.....	46
BAB III METODE PENELITIAN.....		47
3.1	KERANGKA KONSEP	47
3.2	VARIABEL PENELITIAN	47
3.2.1	Variabel Bebas.....	47
3.2.2	Variabel Terikat.....	48
3.2.3	Variabel Luar	48
3.3	HIPOTESIS PENELITIAN.....	48
3.3.1	Hipotesis Mayor	48
3.3.2	Hipotesis Minor	48
3.4	JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN	49
3.5	DEFINISI OPERASIONAL DAN SKALA PENGUKURAN VARIABEL	49
3.6	POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN	51
3.6.1	Populasi Penelitian	51
3.6.2	Sampel Penelitian	51
3.7	SUMBER DATA	53
3.8	INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA	54
3.8.1	Instrumen Penelitian	54
3.8.2	Uji Validitas dan Reliabilitas.....	54
3.8.3	Teknik Pengambilan Data	55
3.9	PROSEDUR PENELITIAN.....	56
3.9.1	Tahap Prapenelitian	56
3.9.2	Tahap Penelitian	56

3.9.3 Tahap Pascapenelitian	56
3.10 TEKNIK ANALISIS DATA.....	57
3.10.1 Teknik Pengolahan Data.....	57
3.10.2 Teknik Analisis Data	57
BAB IV HASIL PENELITIAN	59
4.1 GAMBARAN UMUM.....	59
4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	59
4.1.2 Karakteristik Responden.....	61
4.2 HASIL PENELITIAN.....	65
4.2.1 Analisis Univariat	65
4.2.2 Analisis Bivariat	67
4.2.3 Rekapitulasi Hasil Analisis Bivariat.....	74
4.2.4 Analisis Multivariat	75
BAB V PEMBAHASAN	79
5.1 PEMBAHASAN	79
5.1.1 Hubungan antara Status Akreditasi Puskesmas dengan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Jalan pada 5 Puskesmas di Kota Semarang... 79	
5.2 HAMBATAN DAN KELEMAHAN PENELITIAN	88
5.2.1 Hambatan Penelitian.....	88
5.2.2 Kelemahan Penelitian	88
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN.....	89
6.1 SIMPULAN	89
6.2 SARAN	90
6.2.1 Bagi Puskesmas	90
6.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya	90
DAFTAR PUSTAKA	91

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	7
Tabel 2.1 <i>Customer Satisfaction Index</i> (CSI)	27
Tabel 2.2 Struktur Standar Akreditasi Puskesmas	33
Tabel 2.3 Penetapan Keputusan Akreditasi Puskesmas.....	36
Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel.....	49
Tabel 3.2 Distribusi Sampel di 5 Puskesmas di Kota Semarang	53
Tabel 4.1 Karakteristik Responden	62
Tabel 4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Variabel Penelitian	65
Tabel 4.3 <i>Crosstab</i> Hubungan antara Status Akreditasi Puskesmas dengan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Jalan pada 5 Puskesmas di Kota Semarang ..	67
Tabel 4.4 <i>Crosstab</i> Hubungan antara Pendidikan dengan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Jalan pada 5 Puskesmas di Kota Semarang.....	70
Tabel 4.5 <i>Crosstab</i> Hubungan antara Status Pekerjaan dengan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Jalan pada 5 Puskesmas di Kota Semarang	71
Tabel 4.6 <i>Crosstab</i> Hubungan antara Pendapatan dengan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Jalan pada 5 Puskesmas di Kota Semarang	72
Tabel 4.7 <i>Crosstab</i> Hubungan antara Jenis Pembiayaan dengan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Jalan pada 5 Puskesmas di Kota Semarang	73
Tabel 4.8 Rekapitulasi Hasil Analisis Bivariat	74
Tabel 4.9 Hasil Analisis Multivariat	75

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Kerangka Teori.....	46
Gambar 3. 1 Kerangka Konsep	47

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Keputusan Dosen Pembimbing	96
Lampiran 2. Surat Izin Penelitian dari Fakultas Ilmu Keolahragaan UNNES.....	97
Lampiran 3. Surat Izin Penelitian dari Kesbangpolinmas Kota Semarang	98
Lampiran 4. Salinan <i>Ethical Clearance</i>	100
Lampiran 5. Surat Izin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Semarang.....	101
Lampiran 6. Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian	102
Lampiran 7. Lembar Penjelasan Responden	103
Lampiran 8. Lembar Persetujuan Responden	106
Lampiran 9. Kuesioner Penelitian dan Lembar Observasi.....	107
Lampiran 10. Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen	113
Lampiran 11. Data Mentah Hasil Penelitian	117
Lampiran 12. Hasil Perhitungan Uji Statistik	137
Lampiran 13. Dokumentasi Penelitian	155

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dan terpenting dari pembangunan nasional, tujuan diselenggarakannya pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Berdasarkan Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019, program pembangunan kesehatan tahun 2015-2019 adalah Indonesia Sehat dengan sasaran strategis yang mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2015-2019. Salah satu sasaran strategis program pembangunan kesehatan tahun 2015-2019, yaitu meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan (Kementerian Kesehatan RI, 2015b).

Salah satu indikator yang perlu dicapai dalam sasaran strategis program pembangunan kesehatan tahun 2015-2019, yaitu jumlah kecamatan yang memiliki minimal satu puskesmas tersertifikasi Akreditasi. Adapun target kinerja yang harus dicapai yaitu: (a) 350 kecamatan tahun 2015; (b) 700 kecamatan tahun 2016; (c) 2800 kecamatan tahun 2017; (d) 4900 kecamatan tahun 2018; (e) 5600 kecamatan tahun 2019 (Kementerian Kesehatan RI, 2015b).

Puskesmas merupakan garda depan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan dasar dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk

mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal di wilayah kerjanya. Kebijakan yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan RI dalam upaya peningkatan mutu pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) khususnya puskesmas, yaitu dengan menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Hal ini bertujuan untuk menjamin bahwa perbaikan mutu, peningkatan kinerja, dan penerapan manajemen risiko dilaksanakan secara berkesinambungan di puskesmas. Oleh karena itu, perlu dilakukan penilaian oleh pihak eksternal dengan menggunakan standar yang ditetapkan melalui mekanisme akreditasi.

Berdasarkan studi pendahuluan di Subdirektorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Primer, kondisi di Indonesia hingga bulan Juli 2017 menunjukkan jumlah kecamatan dengan minimal satu puskesmas terakreditasi, yaitu 1788 kecamatan. Sedangkan di Provinsi Jawa Tengah jumlah kecamatan dengan minimal satu puskesmas terakreditasi sebanyak 305 kecamatan. Dalam hal ini Jawa Tengah sebagai provinsi dengan capaian tertinggi kecamatan dengan minimal satu puskesmas terakreditasi per bulan Juli 2017. Dari total 873 puskesmas di Provinsi Jawa Tengah, sebanyak 377 puskesmas tersertifikasi akreditasi.

Data profil kesehatan Kota Semarang tahun 2016 menyebutkan bahwa Kota Semarang memiliki sarana kesehatan dasar sebagai fasilitas pelayanan pertama sebanyak 37 puskesmas yang tersebar di 16 kecamatan dengan rincian 11

puskesmas perawatan dan 26 puskesmas non perawatan (Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2017). Angka pemanfaatan sarana kesehatan yang ada, didapatkan dari studi pendahuluan pada bulan Februari 2018 di bagian pelayanan kesehatan Dinas Kesehatan Kota Semarang. Studi ini menunjukkan bahwa total kunjungan pasien di puskesmas pada tahun 2013, 2014, 2015, 2016, dan 2017 tingkat Kota Semarang berturut-turut sebesar 2.104.684, 1.255.661, 1.340.553, 1.254.774, dan 1.298.753 orang per tahun. Jumlah kunjungan pasien puskesmas di Kota Semarang ini mengalami fluktuatif. Apabila dibandingkan dengan jumlah kunjungan pasien tahun 2013, maka menunjukkan ada penurunan jumlah kunjungan pasien puskesmas di Kota Semarang mulai tahun 2014 hingga 2017.

Hasil studi pendahuluan di Dinas Kesehatan Kota Semarang pada bulan Februari 2018, menyebutkan bahwa Kota Semarang telah mampu memenuhi target indikator kinerja renstra Kementerian Kesehatan tahun 2015- 2019, yaitu jumlah kecamatan yang memiliki minimal satu puskesmas terakreditasi. Hal ini dibuktikan dengan jumlah puskesmas di Kota Semarang yang tersertifikasi akreditasi per bulan Februari 2018. Sebanyak 31 puskesmas tersertifikasi akreditasi dengan rincian 9 puskesmas dengan status terakreditasi dasar, 18 puskesmas dengan status terakreditasi madya, 3 puskesmas dengan status terakreditasi utama dan 1 puskesmas dengan status terakreditasi paripurna. Sedangkan 3 puskesmas masih dalam proses penentuan status akreditasi dan 3 puskesmas belum terakreditasi. Puskesmas yang tersertifikasi akreditasi ini tersebar di 16 kecamatan di Kota Semarang.

Menurut Junaidi (2008), ada hubungan yang signifikan antara status akreditasi dengan tingkat kepuasan pasien. Hasil penelitian ini relevan dengan penelitian Utami et al (2017), yang menunjukkan bahwa terdapat pengaruh antara status akreditasi puskesmas terhadap kualitas pelayanan. Selain itu, Diab (2015) juga menunjukkan bahwa ada pengaruh standar *Health Care Accreditation Council* terhadap kualitas layanan perawatan kesehatan primer. Berkaitan dengan kepuasan pasien, akreditasi dikaitkan dengan peningkatan kepercayaan dan kepuasan pasien dengan prosedur dan kualitas layanan, serta penurunan jumlah kekhawatiran dan keluhan (El-Jardali et al., 2014). Berbeda dengan hasil penelitian diatas, penelitian yang dilakukan di puskesmas Kabupaten Bantul dan rumah sakit di Lebanon menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara status akreditasi dengan tingkat kepuasan pasien (Haj-Ali et al., 2014; Riyadi, 2017). Hal ini menunjukkan bahwa status akreditasi belum dapat menjamin mutu pelayanan kesehatan yang mampu menimbulkan kepuasan terhadap diri pasien. Padahal akreditasi merupakan suatu mekanisme penilaian dalam rangka pengakuan, bahwa pelayanan kesehatan yang disediakan oleh sebuah institusi telah memenuhi standar yang telah ditentukan. Selain itu, jumlah kunjungan pasien puskesmas di Kota Semarang yang tergolong fluktuatif, belum diketahui mengenai gambaran dari tingkat kepuasan pasiennya, baik sebelum maupun sesudah terakreditasi.

Berdasarkan uraian permasalahan diatas, diperlukan sebuah studi untuk membuktikan apakah terdapat hubungan antara status akreditasi dengan tingkat kepuasan pasien rawat jalan pada 5 puskesmas di Kota Semarang yang mewakili

setiap kategori status akreditasi puskesmas. Lima puskesmas yang menjadi sasaran penelitian dipilih berdasarkan pada jumlah kunjungan pasien tertinggi selama tahun 2013 – 2017 di setiap kategori status akreditasi puskesmas. Hal ini didukung dengan Permenkes RI Nomor 46 tahun 2015 yang menyatakan bahwa penetapan status akreditasi puskesmas terdiri dari: tidak terakreditasi, terakreditasi dasar, terakreditasi madya, terakreditasi utama, atau terakreditasi paripurna.

1.2 RUMUSAN MASALAH

1.2.1 Rumusan Masalah Umum

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah di atas, maka rumusan masalah dari penelitian ini, yaitu bagaimana hubungan antara status akreditasi puskesmas dengan tingkat kepuasan pasien rawat jalan (studi kasus 5 puskesmas di Kota Semarang) ?

1.2.2 Rumusan Masalah Khusus

1. Adakah hubungan antara status akreditasi puskesmas dengan tingkat kepuasan pasien rawat jalan (studi kasus 5 puskesmas di Kota Semarang) sebelum dikendalikan dengan variabel pendidikan pasien, status pekerjaan, pendapatan keluarga dan jenis pembiayaan?
2. Adakah hubungan antara status akreditasi puskesmas dengan tingkat kepuasan pasien rawat jalan (studi kasus 5 puskesmas di Kota Semarang) sesudah dikendalikan dengan variabel pendidikan pasien, status pekerjaan, pendapatan keluarga dan jenis pembiayaan?

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara status akreditasi puskesmas dengan tingkat kepuasan pasien rawat jalan (studi kasus 5 puskesmas di Kota Semarang).

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui hubungan antara status akreditasi puskesmas dengan tingkat kepuasan pasien rawat jalan (studi kasus 5 puskesmas di Kota Semarang) sebelum dikendalikan dengan variabel pendidikan pasien, status pekerjaan, pendapatan keluarga dan jenis pembiayaan.
2. Mengetahui hubungan antara status akreditasi puskesmas dengan tingkat kepuasan pasien rawat jalan (studi kasus 5 puskesmas di Kota Semarang) sesudah dikendalikan dengan variabel pendidikan pasien, status pekerjaan, pendapatan keluarga dan jenis pembiayaan.

1.4 MANFAAT

1.4.1 Bagi Puskesmas

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi masukan bagi manajemen puskesmas dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan, sehingga mampu memberikan kepuasan yang tinggi kepada pasien dan mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal

1.4.2 Bagi Dinas Kesehatan Kota Semarang

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi dan acuan bagi Dinas Kesehatan Kota Semarang untuk menyusun rencana kegiatan pendampingan pra dan pascaakreditasi puskesmas.

1.4.3 Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai tambahan kepustakaan.

1.4.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi peneliti selanjutnya tentang status akreditasi puskesmas dan tingkat kepuasan pasien rawat jalan di puskesmas, sehingga dapat dijadikan sumber dan bahan penelitian lain yang sejenis.

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1. 1 Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Judul	Rancangan Penelitian	Variabel	Hasil Penelitian
1	Akal Riyadi (Riyadi, 2017)	Hubungan Status Akreditasi Puskesmas dengan Tingkat Kepuasan Pasien di Puskesmas Bantul	<i>cross sectional</i>	Variabel bebas: status akreditasi, yang terdiri dari paripurna, utama, madya, dasar Variabel terikat: tingkat kepuasan pasien	Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara status akreditasi dengan tingkat kepuasan pasien puskesmas ($p=0,337$)
2.	Yeni Tri Utami, Didik Tamtomo, Endang Sutisna Sulaeman (Utami et al., 2017)	<i>Patient Characteristi, Financing Type, Accreditation Status and Quality of Health</i>	<i>cross sectional</i>	Variabel bebas: karakteristik pasien, jenis pembiayaan dan status akreditasi penyedia	Terdapat pengaruh antara pendidikan pasien (secara statistik signifikan ($p=0.033$)), status bekerja pasien (secara statistik signifikan ($p=0.002$)); pendapatan pasien

	<i>Services at Community Health Center, Surakarta</i>		pelayanan kesehatan. Variabel terikat: kualitas pelayanan	(secara statistik signifikan ($p=0.039$)); jenis pembiayaan pasien (secara statistik mendekati signifikan ($p=0.099$)); dan status akreditasi puskesmas (secara statistik signifikan ($p=0.044$)) terhadap penilaian kualitas pelayanan kesehatan.
3.	Farahdila Mirshanti, Didik Tamtomo, Bhisma Murti (Mirshanti, 2017)	<i>The Associations between Accreditation Status, Patient SocioEconomic Factors, Insurance Type, Patient Perceived Quality of Service, and Satisfaction at Community Health Center</i>	<i>cross sectional</i> Variabel bebas: status akreditasi (tidak terakreditasi, terakreditasi dasar, madya, dan utama), status pendidikan, tingkat pendapatan keluarga, status kepersertaan asuransi, dan kualitas layanan Variabel terikat: kepuasan pasien	Tidak terdapat hubungan antara pendapatan keluarga ($p=0.688$) dan pekerjaan pasien ($p=0.846$) terhadap kepuasan pasien. Sedangkan, pendidikan pasien ($p=0.001$), status asuransi pasien ($p=0.001$), status akreditasi puskesmas ($p=0.019$) dan kualitas pelayanan puskesmas ($p < 0.001$) secara statistik berhubungan dengan kepuasan pasien
4.	Wissam Haj-Ali, Lama Bou Karroum, Nabil Natafgi, Kassem Kassak (Haj-Ali et al., 2014)	<i>Exploring the Relationship Between Accreditation and Patient Satisfaction – The Case of Selected Lebanese Hospitals</i>	<i>cross sectional</i> Variabel bebas: akreditasi rumah sakit Variabel Terikat: kepuasan pasien	Tidak ada hubungan yang signifikan secara statistik antara klasifikasi akreditasi dan kepuasan pasien

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut:

1. Variabel yang berbeda dengan penelitian terdahulu, yaitu variabel bebas: status akreditasi yang terdiri dari tidak terakreditasi, terakreditasi dasar, terakreditasi madya, terakreditasi utama, terakreditasi paripurna.
2. Tempat penelitian ini adalah 5 puskesmas di Kota Semarang yang mewakili setiap kategori status akreditasi puskesmas.
3. Sampel penelitian ini terdiri dari pasien baru rawat jalan yang terdaftar di rekam medik pada bulan januari hingga maret 2018

1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini akan dilaksanakan pada 5 puskesmas di Kota Semarang yang mewakili setiap kategori status akreditasi puskesmas.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilakukan pada bulan Agustus sampai dengan bulan September 2018.

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Penelitian ini termasuk dalam kajian Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya bidang Administrasi Kebijakan Kesehatan. Materi penelitian dibatasi pada keinginan untuk mengetahui hubungan status akreditasi puskesmas dengan tingkat kepuasan pasien rawat jalan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Kepuasan Pasien

2.1.1.1 Pengertian Kepuasan Pasien

Kepuasan adalah perbandingan antara apakah yang diterima atau dirasakan (*perceived performance*) sama atau melebihi dengan apa yang diharapkan (*expected performance*). Dalam hal ini loyalitas terjadi bila pasien sangat puas atau apa yang diterima lebih besar dari harapan. Menurut model kebutuhan, kepuasan pelanggan merupakan suatu keadaan ketika kebutuhan, keinginan, dan harapan pasien dapat dipenuhi melalui produk yang dikonsumsi atau pelayanan jasa yang diterima. Oleh karena itu, kepuasan pasien dapat dikatakan sebagai rasio kualitas yang dirasakan oleh pasien dibagi dengan kebutuhan, keinginan, dan harapan pasien. (Supriyanto & Ernawaty, 2010).

Pembelian atau penggunaan jasa memutuskan untuk memberikan suatu penilaian terhadap produk atau jasa dan bertindak atas dasar tersebut (Walyani & Purwoastuti, 2015). Sabarguna (2008), mendefinisikan kepuasan pasien sebagai nilai subyektif terhadap kualitas pelayanan yang diberikan. Kepuasan pelanggan terbentuk dari penilaian pelanggan terhadap mutu, kinerja hasil (luaran klinis), dan pertimbangan biaya yang dikeluarkan dengan manfaat yang diperoleh dari produk atau pelayanan jasa yang diterimanya.

Supriyanto & Ernawaty (2010), mendefinisikan kepuasan sebagai model kesenjangan antara harapan (standar kinerja yang seharusnya) dengan kinerja nyata yang diterima oleh pelanggan.

2.1.1.2 Manfaat Kepuasan Pasien

Pelayanan kesehatan yang memuaskan dan berkualitas akan membentuk loyalitas pasien/pelanggan, dan kepuasan sangat erat hubungannya dengan "*word of mouth*". Efek selanjutnya akan berlanjut pada proses terbentuknya citra puskesmas yang meningkat. Hal ini dikarenakan kondisi persaingan yang sangat ketat, sehingga setiap puskesmas akan berusaha untuk menempatkan dirinya sebaik mungkin dimata pasien/pelanggannya agar dapat dipercaya untuk memenuhi kebutuhannya dalam bidang kesehatan (Kuntoro & Istiono, 2017).

Menurut Hardiyansyah (2011), kepuasan pelanggan dapat memberikan beberapa manfaat, yaitu (a) hubungan antara pelanggan dan pemberi layanan menjadi harmonis, sehingga memberikan dasar yang baik bagi terciptanya loyalitas pelanggan; (b) membentuk suatu rekomendasi dari mulut ke mulut (*word of mouth*) yang menguntungkan bagi pemberi layanan; dan (c) reputasi yang semakin baik di mata pelanggan.

Kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan berdampak pada kesetiaan pasien dalam menggunakan kembali fasilitas kesehatan tersebut. Hasil penelitian mengenai pengaruh kualitas pelayanan terhadap kesetiaan pasien di Teheran Iran, menunjukkan bahwa *patient loyalty* sangat dipengaruhi oleh tingkat kepuasan terhadap mutu layanan fasilitas kesehatan yang ditunjukkan dengan empat dimensi mutu, diantaranya yaitu kehandalan, komunikasi, empati, bukti fisik dan

biaya (Arab et al., 2012). Hal ini didukung dengan hasil penelitian Adil et al (2016), yang membuktikan bahwa kepuasan pasien berpengaruh nyata terhadap loyalitas pasien.

2.1.1.3 Faktor- faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Pelanggan

Beberapa faktor yang mempengaruhi kepuasan pelanggan, diantaranya yaitu:

- 1) *Product quality* (mutu produk). Pelanggan akan puas bila kualitas produk (barang/jasa) yang ditawarkan relatif baik. Kualitas produk ini merupakan dimensi global dan paling tidak memiliki 6 elemen, yaitu penampilan produk (*performance*), daya tahan (*durability*), keistimewaan (*feature*), keandalan/dapat dipercaya (*reliability*), konsistensi (*consistency*), dan model (*design*). Pelanggan akan merasa puas saat membeli produk yang memiliki kualitas bagus, tahan lama, modelnya bagus, dan memiliki banyak keunggulan (fasilitas). Dalam hal produk yang berbentuk pelayanan jasa, kualitas yang baik dapat diartikan sebagai pelayanan yang tepat waktu, aman, paripurna, dan diberikan oleh ahli, dan mudah dijangkau (secara jarak maupun biaya) (Astuti & Kustiyah, 2014).
- 2) *Price* (harga), merupakan harga produk atau jasa yang diukur dari *value* (nilai) manfaat dan dibandingkan dengan biaya yang dikeluarkan oleh konsumen (Supriyanto & Ernawaty, 2010). Komponen ini hanya berlaku bagi mereka yang sensitif terhadap masalah *value of money*. Dengan harga yang murah mereka yang sensitif akan mendapatkan *value of money* yang tinggi dan merasa kepuasan karenanya (Astuti & Kustiyah, 2014).

3) *Service quality* (mutu pelayanan). Faktor kualitas dan harga ternyata bukan jaminan untuk memuaskan pelanggan. Kualitas yang baik dan harga yang murah akan menjadi hal yang tidak bermakna apabila pelayanan yang diberikan karyawan tidak baik (tidak ramah, prosedur yang susah, dan pelayanan yang tidak nyaman). Dalam hal ini kualitas pelayanan didukung oleh tiga hal, yaitu sistem, teknologi, dan manusia (Astuti & Kustiyah, 2014). Dalam dimensi *service quality* yang lebih dikenal dengan ServQual, meliputi 5 dimensi yaitu: (a) *reliability*, (b) *assurance*, (c) *tangible*, (d) *empathy*, dan (e) *responsiveness* (Supriyanto & Ernawaty, 2010). Penelitian Andriani (2017), menyebutkan bahwa ada hubungan antara mutu pelayanan kesehatan dengan kepuasan pasien di ruang poli umum puskesmas. Dalam penelitiannya dijelaskan bahwa mutu pelayanan haruslah diterapkan sesuai dengan ketentuan maupun kebijakan yang telah ditetapkan untuk seluruh institusi kesehatan, sebab tingkat kepuasan merupakan ukuran dari bermutunya pelayanan suatu institusi. Selain itu studi yang dilakukan di bagian rawat inap Rumah Sakit Umum kabupaten Sragen, menunjukkan bahwa antara kehandalan, ketanggapan, keyakinan perhatian dan penampilan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kepuasan pasien. Hal ini terbukti dari hasil uji F sebagai berikut: $F_{hitung} : 15,254 > F_{tabel} : 2,37$ (Astuti & Kustiyah, 2014). Hasil suatu persamaan regresi berganda pada penelitian yang dilakukan oleh Pambudy (2016), juga menunjukkan bahwa kualitas pelayanan merupakan variabel yang paling dominan mempengaruhi kepuasan pasien.

4) *Emotional factor* (faktor emosional), adalah keyakinan dan rasa bangga terhadap produk/ jasa yang digunakan dibandingkan dengan pesaing. Dalam hal ini *emotional factor* diukur dari *perceived best score* yang berarti persepsi kualitas terbaik dibandingkan dengan pesaingnya (Supriyanto & Ernawaty, 2010).

5) *Cost of acquiring* (biaya transpor).

Faktor lain yang mempengaruhi kepuasan pasien, yaitu karakteristik pasien. Hasil penelitian Utami et al. (2017) menunjukkan bahwa pasien yang berobat ke puskesmas sebagian besar dengan tingkat pendidikan \geq SMA (SMA, SMK, SMEA, D3 dan S1). Pasien dengan tingkat pendidikan \geq SMA cenderung lebih memberikan penilaian kurang dibandingkan memberikan penilaian baik terhadap kualitas pelayanan rawat jalan yang diterima. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Afzal et al. (2014); Naseer et al. (2012), menunjukkan bahwa tingkat pendidikan ditemukan secara signifikan berhubungan dengan tingkat penilaian kualitas pelayanan yang dilihat dari kepuasan pasien. Perlu diketahui bahwa pasien yang berpendidikan kurang akan lebih puas jika dibandingkan dengan orang yang berpendidikan tinggi. Tingkat kepuasan rata-rata relatif kurang pada pasien yang lulus sarjana atau pascasarjana. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi dikaitkan dengan tingkat kepuasan pasien yang lebih rendah. Dalam hal ini sebagai pasien yang berpendidikan cenderung memiliki pemahaman yang baik tentang penyakit dan mereka mengharapkan komunikasi yang lebih baik dari perawatan penyedia layanan kesehatan yang mereka terima.

Pasien dengan tingkat pendidikan <SMA (SMP dan SD) dalam memberikan penilaian terhadap kualitas pelayanan cenderung baik (Utami et al., 2017). Hal tersebut juga sesuai dengan hasil penelitian Ibraheem et al. (2013); Kelarijani et al. (2014), yang menyebutkan bahwa proporsi subyek yang lebih tinggi tingkat kepuasan sangat baik adalah mereka yang tidak memiliki pendidikan atau hanya pendidikan dasar. Pengamatan ini menyebutkan fakta bahwa subjek dengan pendidikan rendah memiliki harapan yang rendah dan dengan demikian mudah puas. Pendidikan rendah membuat mereka lebih cepat puas dengan apa yang mereka peroleh. Hal ini dikarenakan mereka tidak mempunyai sesuatu yang dapat dibandingkan lebih baik dari apa yang mereka terima. Namun hal ini tidak sesuai dengan hasil penelitian (Hidayati et al. (2014), yang menyebutkan bahwa tidak ada hubungan antara pendidikan dengan tingkat kepuasan.

Hasil penelitian Utami et al. (2017), menunjukkan bahwa terdapat pengaruh status bekerja terhadap penilaian kualitas pelayanan yang diterima, pengaruh bersifat negatif dan secara statistik signifikan. Dalam hal ini pasien yang berkunjung ke puskesmas sebagian besar memiliki status bekerja, baik sebagai swasta, wiraswasta, buruh, guru, dan lain- lain. Pekerjaan merupakan salah satu faktor struktur sosial, sehingga dengan adanya pekerjaan ini akan mempengaruhi seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada. Status pekerjaan berhubungan dengan penilaian kualitas produk, karena seseorang yang berkerja memungkinkan untuk mendapatkan informasi mengenai suatu

produk lebih banyak dibanding dengan seseorang yang tidak bekerja (Ruditya & Chalidyanto, 2015).

Pasien dengan status tidak bekerja baik sebagai ibu rumah tangga, pelajar, maupun mahasiswa, cenderung memberikan penilaian baik terhadap kualitas pelayanan yang diterima dibanding penilaian kurang. Sejalan dengan penelitian Christasani & Satibi (2016) pada analisis hubungan perbedaan pekerjaan dengan kepuasan pasien, diperoleh bahwa rata-rata pelajar/ mahasiswa, pensiunan, maupun subjek penelitian yang tidak bekerja cenderung lebih puas dengan pelayanan yang diterima dibandingkan dengan pasien dengan status bekerja terutama PNS.

Selain pendidikan dan status bekerja, kepuasan pasien juga dipengaruhi oleh pendapatan. Dalam penelitian Utami et al. (2017), menunjukkan bahwa pendapatan pasien memengaruhi penilaian terhadap kualitas pelayanan yang diterima, pengaruh bersifat negatif dan secara statistik signifikan. Pendapatan yang diperoleh dari subjek penelitian sebagian besar yaitu 60% <UMR. Hal ini terlihat dari jenis pekerjaan subjek penelitian yang sebagian besar terdiri dari wiraswasta, ibu rumah tangga dan buruh. Pasien dengan pendapatan <UMR akan cenderung memberikan penilaian baik terhadap pelayanan yang diterima. Selain itu, penelitian Christasani & Satibi (2016) juga menyebutkan bahwa sebagian besar subjek penelitian dengan pendapatan kecil sampai pendapatan sedang merasa puas dengan pelayanan yang diterima, sehingga mampu memberikan penilaian kualitas pelayanan baik. Namun beberapa subjek penelitian dengan pendapatan tinggi, menyatakan ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diterima,

sehingga mereka memberikan penilaian kurang terhadap pelayanan yang diterimanya.

Pasien dengan pendapatan \geq UMR akan cenderung memberikan penilaian kurang terhadap pelayanan yang diberikan dibanding penilaian baik (Utami et al., 2017). Hal ini sesuai dengan penelitian Maharlouei et al. (2017); Naseer et al. (2012) yang menyebutkan bahwa orang-orang dari kelas sosial rendah dengan pendapatan kurang akan cenderung lebih puas dengan pelayanan yang diberikan dibandingkan orang-orang dari kelas sosial yang lebih tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa status sosial-ekonomi merupakan salah satu faktor yang memengaruhi kepuasan pengguna layanan kesehatan.

Jenis Pembiayaan juga mempengaruhi terhadap penilaian kualitas pelayanan kesehatan yang dilihat dari kepuasan pasien. Hasil penelitian Utami et al. (2017), menunjukkan bahwa pasien dengan jenis pembiayaan umum (*Out of Pocket*) akan cenderung memberikan penilaian kurang terhadap kualitas pelayanan dibandingkan dengan penilaian kualitas pelayanan baik. Hasil penelitian ini relevan dengan penelitian Maharlouei et al. (2017), bahwa orang yang mempunyai asuransi baik dari pemerintah maupun asuransi tambahan (mandiri) secara signifikan lebih puas terhadap kualitas pelayanan dibanding mereka yang tidak mempunyai asuransi pemerintah maupun asuransi mandiri. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Fenny et al. (2014) yang dilakukan di pelayanan kesehatan primer, menunjukkan bahwa proporsi pasien yang diasuransikan lebih tinggi merasa puas dengan keseluruhan kualitas

pelayanan kesehatan yang diterima dibandingkan dengan yang tidak diasuransikan. Penelitian ini dilakukan di pelayanan kesehatan primer.

2.1.1.4 Hubungan Dimensi Mutu Pelayanan dengan Kepuasan Pasien

Berikut ini merupakan kriteria umum sebuah pelayanan kesehatan sebagai pelayanan publik:

1. pelayanan harus bersifat komprehensif untuk seluruh masyarakat yang ada di suatu wilayah (*availability*);
2. pelayanan dilaksanakan secara wajar, tidak melebihi kebutuhan dan daya jangkau masyarakat (*appropriateness*);
3. pelayanan dilakukan secara berkesinambungan (*continuity*);
4. pelayanan dari aspek budaya lokal dapat diterima oleh masyarakat setempat (*acceptability*);
5. dari segi biaya pelayanan kesehatan harus terjangkau oleh masyarakat pada umumnya (*affordable*);
6. manajemen dalam pelayanan kesehatan harus efisien (*efficient*);
7. jenis pelayanan yang diberikan harus selalu terjaga mutunya (*quality*).

Walyani & Purwoastuti (2015), mendefinisikan mutu pelayanan kesehatan sebagai pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap jasa pemakai pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata – rata penduduk, serta penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik profesi.

Mutu pelayanan kesehatan merupakan kesesuaian pelayanan kesehatan dengan standar profesi yang telah ditetapkan dengan memanfaatkan sumber daya

yang ada secara baik, sehingga semua kebutuhan pelanggan dan tujuan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal dapat tercapai (Bustami, 2011).

Buchbinder & Shanks (2014), mutu sebagai sesuatu yang memiliki sedikitnya 4 komponen, yaitu:

1. manajemen teknis kesehatan dan penyakit
2. manajemen hubungan antar-personal antara penyedia layanan dan klien mereka;
3. fasilitas layanan; dan
4. prinsip etis yang mengatur manajemen masalah secara umum dan industri layanan kesehatan secara khusus.

Jasa layanan kesehatan yang bermutu tinggi mampu menghindari adanya ketidaktepatan penggunaan sumber daya yang terjadi apabila layanan tidak digunakan secara optimal, digunakan secara berlebihan, atau disalahgunakan. Dalam hal ini pemanfaatan layanan kesehatan secara berlebihan bukan hanya meningkatkan total biaya layanan, tetapi juga akan menghadapkan pasien pada risiko yang tidak diharapkan. Sebaliknya, pemanfaatan layanan kesehatan secara tidak optimal dapat menimbulkan kasus kesakitan dan kematian pada level yang tidak dapat diterima dalam populasi. Penyalahgunaan layanan kesehatan secara langsung akan membahayakan pasien dan menyia-nyikan sumber daya. Upaya saat ini yang dilakukan guna menjamin mutu layanan kesehatan, yaitu penjaminan mutu, peningkatan mutu berkelanjutan hingga perbaikan sistem (Buchbinder & Shanks, 2014)

Suatu pelayanan dapat dikatakan berkualitas atau memuaskan apabila pelayanan tersebut dapat memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat. Apabila masyarakat tidak puas terhadap suatu pelayanan yang disediakan, maka pelayanan tersebut dapat dipastikan tidak berkualitas atau tidak efisien. Oleh karena itu, kualitas (mutu) pelayanan sangat penting dan selalu berfokus pada kepuasan pelanggan (Hardiyansyah, 2011).

Penelitian Burhanuddin (2016), menunjukkan bahwa ada hubungan mutu pelayanan kesehatan berdasarkan dimensi bukti fisik (*tangible*), kehandalan (*reability*), ketanggapan (*responsiveness*), jaminan (*assurance*), dan empati (*emphaty*) dengan kepuasan pasien peserta BPJS di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah. Hal ini sejalan dengan penelitian Andriani (2017), menunjukkan bahwa ada hubungan antara mutu pelayanan kesehatan dengan kepuasan pasien di ruang poli umum puskesmas. Selain itu, dijelaskan bahwa mutu pelayanan haruslah diterapkan sesuai dengan ketentuan maupun kebijakan yang telah ditetapkan untuk seluruh institusi kesehatan, sebab tingkat kepuasan merupakan ukuran dari mutu pelayanan suatu institusi. Setiap petugas pelayanan kesehatan harus memiliki rasa empati dan rasa tanggap yang cepat dalam memberikan pelayanan kesehatan agar tercapai tingkat kepuasan yang tinggi terhadap pasien. Selain itu, Alamri et al. (2015) juga mengemukakan adanya hubungan antara mutu pelayanan perawat dengan kepuasan pasien peserta BPJS Kesehatan di ruang rawat inap RSI.

Mutu pelayanan kesehatan menggambarkan pada tingkat pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien. Hal ini berarti

makin sempurna kepuasan pasien, maka makin baik pula mutu pelayanan kesehatan. Perlu diketahui bahwa kepuasan bersifat subyektif. Setiap orang dapat saja memiliki tingkat kepuasan yang berbeda- beda untuk satu mutu pelayanan kesehatan yang sama. Disamping itu sering kali ditemukan suatu pelayanan kesehatan yang sekalipun dinilai telah memuaskan pasien, namun ketika ditinjau dari kode etik maupun standar pelayanan profesi, kinerja tetap belum terpenuhi (Walyani & Purwoastuti, 2015).

Untuk dapat menilai sejauh mana kualitas pelayanan kesehatan diberikan, maka perlu adanya kriteria yang dapat menunjukkan apakah suatu pelayanan kesehatan yang diberikan dapat dikatakan baik atau buruk, berkualitas atau tidak. Berkenaan dengan hal tersebut, Hardiyansyah (2011), menjelaskan bahwa ServQual merupakan suatu metode yang diturunkan secara empiris dan digunakan oleh organisasi pelayanan guna meningkatkan kualitas pelayanan. Metode ini meliputi pengembangan pemahaman mengenai kebutuhan layanan yang dirasakan oleh pelanggan, diukur dari persepsi kualitas layanan bagi organisasi yang bersangkutan dan kemudian dibandingkan terhadap sebuah organisasi yang sangat baik. Dalam hal ini analisis kesenjangan yang dihasilkan kemudian dapat digunakan sebagai panduan untuk peningkatan kualitas layanan.

Hardiyansyah (2011), menjelaskan bahwa kualitas pelayanan ditentukan oleh dua hal, yaitu *expected service* (pelayanan yang diharapkan) dan *perceived service* (pelayanan yang diterima/ dirasakan). Dalam hal ini *expected service* dan *perceived service* ditentukan oleh dimensi mutu pelayanan yang terdiri dari 10 dimensi, diantaranya yaitu:

1. *tangible* (bukti fisik), meliputi fasilitas fisik, peralatan, personil, dan komunikasi;
2. *reliability* (reliabilitas/ kehandalan), meliputi kemampuan unit pelayanan dalam menciptakan pelayanan yang dijanjikan dengan tepat (akurat);
3. *responsiveness* (daya tanggap), meliputi kesediaan untuk membantu *customers* dan memberikan layanan dengan cepat;
4. *competence* (kompetensi), meliputi penguasaan keterampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan dalam memberikan layanan;
5. *courtesy* (kesopanan), meliputi kesopanan, rasa hormat, perhatian dan keramahan ketika melakukan kontak personal;
6. *credibility* (kredibilitas), meliputi aspek kejujuran dan dapat dipercaya dari penyedia layanan;
7. *feel secure* (merasa aman), bahwa jasa pelayanan yang diberikan harus bebas dari berbagai bahaya dan resiko;
8. *access* (akses), meliputi kemudahan untuk mengadakan kontak dan pendekatan;
9. *communication* (komunikasi), meliputi kemauan untuk selalu mendengarkan saran dan keluhan pelanggan, serta menyampaikan informasi kepada para pelanggan dengan menggunakan bahasa yang mudah mereka pahami;
10. *understanding the customer* (memahami pelanggan), yaitu berupaya memahami pelanggan dan kebutuhan spesifik mereka.

Dari 10 dimensi kualitas pelayanan di atas, selanjutnya disederhanakan menjadi 5 dimensi, diantaranya yaitu:

1. *Tangibles* (bukti fisik), meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai, dan sarana komunikasi
2. *Reliability* (reliabilitas/ kehandalan), meliputi kemampuan perusahaan untuk memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan tepat waktu dan memuaskan.
3. *Responsiveness* (daya tanggap), meliputi kemampuan para petugas untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap.
4. *Assurance* (jaminan), meliputi kemampuan institusi untuk meyakinkan pelanggan bahwa layanan yang diberikan dapat dipercaya/ terjamin. Terdapat 4 aspek yang membangun dimensi ini, yaitu keramahan, kompetensi, kredibilitas, dan keamanan.
5. *Emphaty* (empati), meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan komunikasi yang baik dan memahami kebutuhan para pelanggan.

2.1.1.5 Penilaian Mutu Pelayanan

Sondakh et al. (2014), menjelaskan bahwa terdapat 3 aspek penilaian mutu pelayanan, diantaranya yaitu:

1. Aspek Pendekatan
 - a. Umum: Lisensi, akreditasi, sertifikasi
 - b. Khusus: komite medis, organisasi profesi, kepuasan pasien, pengaturan malpraktik
2. Aspek Teknik:
 - a. evaluasi struktur
 - b. evaluasi proses
 - c. evaluasi hasil
3. Aspek Kriteria:
 - a. eksplisit
 - b. implisit

Berbagai cara di atas dapat digunakan secara kombinasi satu sama lain. Aspek pendekatan terdiri atas pendekatan secara umum dan pendekatan khusus. Pendekatan umum dilakukan dengan menilai kemampuan pelayanan kesehatan dan atau petugasnya, dan membandingkan dengan standar yang ada. Dalam hal ini petugas dapat dinilai dari tingkat pendidikan, pengalaman kerja, dan pengetahuan yang dimiliki. Sementara itu, pelayanan kesehatannya sendiri dinilai dalam segi bangunan fisik; administrasi organisasi dan *manager*; kualifikasi sumber daya manusia yang tersedia; dan kemampuan memberi pelayanan sesuai standar yang berlaku saat itu. Di Amerika Serikat, penilaian berdasarkan pendekatan umum ini

ditandai dengan pemberian *licensing, accreditation, dan certification*. Selain itu, dapat juga dilakukan pendekatan khusus yang dinilai dari hubungan/ interaksi antara pasien dengan pemberi pelayanan kesehatan. Di Amerika Serikat hal ini dilakukan di komite medik di rumah sakit, survei kepuasan pasien, penilaian malpraktek, dan penilaian dari organisasi profesi medik.

Aspek teknik terdiri atas 3 komponen, yaitu struktur, proses, dan hasil. Dalam hal ini komponen struktur menilai keadaan fasilitas yang ada, keadaan bangunan fisik, struktur organisasi, kualifikasi staf pelayanan kesehatan, dll. Sedangkan, komponen proses menilai apa yang terjadi antara pemberi pelayanan dengan pasiennya. Untuk komponen hasil menilai dari hasil pengobatan. Penilaian ini dapat dilakukan dengan menilai dampak pengobatan terhadap status kesehatan dan kepuasan pasien.

Aspek kriteria terdiri atas kriteria eksplisit dan kriteria implisit. Kriteria eksplisit merupakan kriteria yang nyata tertulis. Sedangkan, kriteria implisit merupakan kriteria yang tidak tertulis.

2.1.1.6 Metode Pengukuran Kepuasan Pasien

Walyani & Purwoastuti (2015), menjelaskan bahwa terdapat 3 tingkatan kepuasan, diantaranya yaitu:

1. apabila penampilan kurang dari harapan pelanggan tidak puas
2. apabila penampilan sebanding dengan harapan, pelanggan puas
3. apabila penampilan melebihi harapan, pelanggan amat puas atau senang.

Kepuasan terhadap suatu pelayanan kesehatan dinyatakan melalui beberapa hal berikut ini:

1. Komunikasi dari mulut- ke mulut (*word of mouth*)

Informasi yang diperoleh dari pasien atau masyarakat yang memperoleh pelayanan baik memuaskan maupun tidak, dapat menjadi informasi yang dapat digunakan sebagai referensi untuk menggunakan atau memilih jasa pelayanan kesehatan tersebut.

2. Kebutuhan pribadi

Pasien atau masyarakat selalu membutuhkan pelayanan kesehatan sebagai kebutuhan pribadi yang tersedia, pada waktu dan tempat sesuai dengan kebutuhan. Dalam hal ini mereka mengharapkan, ada kemudahan dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang baik dalam keadaan biasa ataupun darurat.

3. Pengalaman masa lalu

Pasien atau masyarakat yang pernah mendapatkan pelayanan kesehatan dengan memuaskan, akan kembali lagi ke pelayanan kesehatan terdahulu untuk memperoleh layanan kesehatan yang memuaskan sesuai dengan kebutuhan dengan berdasarkan pengalaman yang lalu.

4. Komunikasi eksternal

Sosialisasi yang luas dari sistem pelayanan kesehatan mengenai fasilitas, sumber daya manusia, dan keunggulan- keunggulan yang dimiliki suatu institusi pelayanan kesehatan, dapat mempengaruhi pemakaian jasa pelayanan oleh masyarakat atau pasien (Walyani & Purwoastuti, 2015).

Puskesmas dalam upaya meningkatkan pelayanan dan kepuasan pasien, perlu mengadakan sistem pengukuran kepuasan pelanggan untuk dapat mengetahui kebutuhan dan harapan pasien. Mengingat bahwa harapan merupakan

standar pembandingan untuk menilai kualitas pelayanan di fasilitas kesehatan. Hasil pengukuran kepuasan pelanggan yang objektif dan akurat, dapat membantu puskesmas dalam merumuskan bentuk pelayanan yang lebih baik (Tanan, Indar, & Darmawansyah, 2013).

Metode yang digunakan dalam pengukuran tingkat kepuasan pasien dalam penelitian ini adalah metode *ServQual* dan *Customer Satisfaction Index (CSI)*. Metode *ServQual* merupakan suatu metode yang didasarkan atas lima dimensi kualitas pelayanan, digunakan sebagai pengukur kualitas pelayanan. Sedangkan, *Customer Satisfaction Index (CSI)* merupakan suatu metode dimana kepuasan pelanggan ditentukan oleh persepsi pelanggan atas *performance* (kinerja) produk atau jasa dalam memenuhi harapan pelanggan. CSI adalah analisis kuantitatif berupa persentase pelanggan yang senang dalam suatu survei kepuasan pelanggan (Budhi & Sumiari, 2017; Subiyantoro & Ambarwati, 2017).

Tabel 2. 1 *Customer Satisfaction Index (CSI)*

No	Atribut	Harapan (I)	Kinerja (P)	Skor (S)
		Skala 1 - 5	Skala 1- 5	(S = I x P)
			
			
			
	Skor Total	Total (I) = (Y)		Total (S) = (T)

Sumber: Novel & Napitupulu (2013); Pohandry (2013); Tanan et al. (2013)

Perhitungan CSI diilustrasikan pada Tabel 2.1 dimana nilai pada kolom harapan (I) dijumlahkan sehingga di peroleh Y dan juga hasil kali I dengan P pada kolom skor (S) dijumlahkan dan diperoleh T. Dalam hal ini CSI diperoleh dari perhitungan $(T/ 5Y) \times 100 \%$. Nilai 5 (pada 5Y) adalah nilai maksimum yang digunakan pada skala pengukuran. CSI dihitung dengan rumus:

$$\text{CSI} = \frac{T}{SY} \times 100 \%$$

Nilai maksimum CSI adalah 100%. Nilai $\text{CSI} \leq 80\%$ menandakan kinerja pelayanan yang kurang baik, sehingga pasien tidak puas. Sedangkan nilai $\text{CSI} > 80\%$ mengindikasikan pelanggan merasa puas terhadap kinerja pelayanan yang diberikan (Novel & Napitupulu, 2013; Pohandry, 2013; Subiyantoro & Ambarwati, 2017; Tanan et al., 2013).

Menurut Sabarguna (2008), penilaian kepuasan pasien penting untuk diketahui karena:

1. Bagian dari mutu pelayanan. Kepuasan pasien merupakan bagian dari mutu pelayanan. Hal ini dikarenakan upaya pelayanan harus mampu memberikan kepuasan dan tidak semata mata kesembuhan belaka.
2. Berhubungan dengan pemasaran pelayanan kesehatan. Pasien yang puas akan memberitahukan kepada teman, keluarga, dan tetangga. Selain itu, pasien yang puas juga akan datang kembali untuk melakukan kontrol atau membutuhkan pelayanan yang lain, iklan dari mulut ke mulut (*word of mouth*) akan mampu menarik pelanggan.
3. Berhubungan dengan prioritas peningkatan pelayanan dalam dana yang terbatas. Dalam hal ini peningkatan pelayanan harus selektif, serta sesuai dengan kebutuhan pasien.
4. Analisis Kuantitatif, dengan ada bukti hasil survei. Tanggapan hasil survei dapat diperhitungkan dengan angka kuantitatif, tidak diperkirakan atau

perasaan belaka. Angka kuantitatif tersebut dapat memberikan kesempatan pada berbagai pihak untuk melakukan diskusi.

Menurut Sari & Wulandari (2014), survei kepuasan pelanggan merupakan salah satu metode yang dapat digunakan untuk mengukur kepuasan pelanggan. Banyak penelitian mengenai kepuasan pelanggan dilakukan menggunakan metode survei, seperti survei melalui pos, telepon, maupun wawancara pribadi. Melalui survei perusahaan akan memperoleh tanggapan dan umpan balik secara langsung dari pelanggan. Melalui metode survei pengukuran kepuasan pelanggan dapat dilakukan dengan cara *directly reported satisfaction*, dimana pengukuran dilakukan secara langsung dengan memberikan pertanyaan terbuka kepada pelanggan dan langsung mengarah pada kepuasan pelanggan terhadap suatu layanan organisasi.

2.1.2 Akreditasi Puskesmas

2.1.2.1 Pengertian Akreditasi Puskesmas

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes RI) Nomor 46 tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi, Akreditasi adalah pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh menteri setelah memenuhi standar akreditasi (Kementerian Kesehatan RI, 2015a).

Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) merupakan pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan setelah memenuhi standar akreditasi

(Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan, 2017). Menurut Permenkes RI Nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, akreditasi puskesmas adalah pengakuan terhadap puskesmas yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah dinilai bahwa puskesmas telah memenuhi standar pelayanan puskesmas yang telah ditetapkan oleh Menteri untuk meningkatkan mutu pelayanan puskesmas secara berkesinambungan (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Akreditasi merupakan suatu proses penilaian dalam rangka pengakuan telah memenuhi standar yang telah ditentukan. Dalam hal ini akreditasi dilakukan setelah fasilitas kesehatan membangun sistem mutu dan penyelenggaraan upaya kesehatan, mempersiapkan diri untuk akreditasi, dan siap untuk dinilai setelah melaksanakan penilaian diri (*self assessment*) (Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, 2014a).

2.1.2.2 Tujuan dan Manfaat Akreditasi

Pengaturan akreditasi puskesmas menurut Permenkes RI Nomor 46 tahun 2015 bertujuan untuk:

1. meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien;
2. meningkatkan perlindungan bagi sumber daya manusia kesehatan, masyarakat dan lingkungannya, serta puskesmas, sebagai institusi; dan
3. meningkatkan kinerja puskesmas dalam pelayanan kesehatan perseorangan dan/atau kesehatan masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2015a)

Tujuan utama akreditasi puskesmas adalah untuk pembinaan peningkatan mutu, kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap sistem

manajemen, sistem manajemen mutu, sistem penyelenggaraan pelayanan dan program, dan penerapan manajemen risiko. Dalam hal ini bukan sekedar penilaian untuk mendapatkan sertifikat akreditasi (Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, 2014b).

Akreditasi akan memberikan manfaat sebagai berikut:

1. Bagi Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota
Sebagai wahana pembinaan peningkatan mutu kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap sistem manajemen mutu, sistem manajemen penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Peorangan (UKP), serta penerapan manajemen risiko.
2. Bagi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan
Sebagai salah satu syarat untuk melakukan rekredensialing FKTP yang akan bekerjasama.
3. Bagi FKTP
 - a. memberikan keunggulan kompetitif bagi FKTP;
 - b. menjamin pelayanan kesehatan primer yang berkualitas;
 - c. meningkatkan pendidikan pada staf;
 - d. meningkatkan pengelolaan risiko;
 - e. membangun dan meningkatkan kerja tim antar staf;
 - f. menghindari variasi dalam pelayanan, ketertiban pendokumentasian, dan konsistensi dalam bekerja; dan
 - g. meningkatkan keamanan dalam bekerja.

4. Bagi Masyarakat

- a. memperkuat kepercayaan masyarakat pada FKTP;
- b. adanya jaminan kualitas pelayanan yang akan diterima.

2.1.2.3 Standar Akreditasi Puskesmas

Standar akreditasi FKTP memuat penilaian yang secara garis besar terkait dalam bidang administrasi dan manajemen dan bidang upaya kesehatan perorangan. Khusus untuk akreditasi puskesmas terdapat penilaian bidang upaya kesehatan masyarakat (UKM) (Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan, 2017).

Pendekatan yang dipakai dalam akreditasi puskesmas, yaitu keselamatan dan hak pasien dan keluarga, dengan tetap memperhatikan hak petugas. Prinsip ini ditegakkan sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas dan keselamatan pasien. Selain itu, prinsip dan dasar yang ditetapkan dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN), menggarisbawahi mengenai hak asasi manusia dan responsif gender. Hal ini dipakai pada standar akreditasi puskesmas, guna menjamin bahwa semua pasien mendapatkan pelayanan dan informasi yang baik, sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien tanpa memandang golongan sosial, ekonomi, pendidikan, jenis kelamin, ras, maupun suku (Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, 2014b).

Akreditasi puskesmas menilai 3 kelompok pelayanan di puskesmas, yaitu kelompok administrasi manajemen (admen), kelompok upaya kesehatan masyarakat (UKM), dan kelompok upaya kesehatan perorangan (UKP) (Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, 2014b; Kementerian Kesehatan RI, 2015a). Struktur standar akreditasi puskesmas terdiri dari 9 Bab, 42 standar, 168

kriteria dan 776 elemen penilaian. Setiap bab terdiri dari beberapa standar, setiap standar terdiri dari beberapa kriteria, dan setiap kriteria disertai beberapa pokok pikiran, serta untuk memenuhi pokok pikiran diperlukan beberapa elemen penilaian (Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan, 2017), dibawah ini Tabel 2.2 struktur standar akreditasi puskesmas:

Tabel 2. 2 Struktur Standar Akreditasi Puskesmas

Kelompok Pelayanan	Bab	Judul	Jumlah Standar	Jumlah Kriteria	Jumlah Elemen Penilaian (EP)
Admen	I	Penyelenggaraan Pelayanan Puskesmas (PPP)	3	13	59
	II	Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas (KMP)	6	29	121
	III	Peningkatan Mutu dan Manajemen Risiko (PMMR)	1	7	32
UKM	IV	Upaya Kesehatan Masyarakat yang Berorientasi Sasaran (UKMBS)	3	10	53
	V	Kepemimpinan dan Manajemen Upaya Kesehatan Masyarakat (KMUKM)	7	22	101
	VI	Sasaran Kinerja UKM (SKUKM)	1	6	29
UKP	VII	Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP)	10	33	151
	VIII	Manajemen Penunjang Layanan Klinis (MPLK)	7	36	172
	IX	Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien (PMKP)	4	12	58
TOTAL			42	168	776

Sumber: Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan, 2017

2.1.2.4 Penyelenggaraan Akreditasi Puskesmas

Berdasarkan Permenkes RI nomor 46 tahun 2015, puskesmas, klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi wajib terakreditasi. Akreditasi puskesmas dilakukan setiap 3 tahun. Pemerintah daerah berkewajiban untuk mendukung, memotivasi, mendorong, dan

memperlancar proses pelaksanaan akreditasi puskesmas (Kementerian Kesehatan RI, 2015a).

Penyelenggaraan akreditasi puskesmas dilakukan melalui tahapan survei akreditasi dan penetapan akreditasi.

2.1.2.4.1 *Survei Akreditasi*

Untuk akreditasi FKTP, Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota melakukan kajian/ penilaian pra survei terhadap FKTP yang telah membangun sistem mutu dan sistem pelayanan serta siap untuk dilakukan survei oleh lembaga penyelenggara akreditasi FKTP. Berdasarkan hasil kajian FKTP, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota mengajukan permintaan survei akreditasi kepada lembaga penyelenggara akreditasi FKTP melalui Dinas Kesehatan Provinsi (Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan, 2017).

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 46 Tahun 2015, survei akreditasi merupakan kegiatan penilaian untuk mengukur tingkat kesesuaian terhadap standar akreditasi (Kementerian Kesehatan RI, 2015a). Proses penilaian pemenuhan standar akreditasi merupakan proses penilaian eksternal yang dilaksanakan oleh *peer* (kelompok sebaya) yang disebut sebagai tim survei. Tim survei ditetapkan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi FKTP yang diberi kewenangan oleh Kementerian Kesehatan sebagai penyelenggara akreditasi FKTP. Dalam hal ini yang dimaksud FKTP adalah puskesmas, klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi. Survei akreditasi puskesmas terdiri dari survei bidang administrasi dan manajemen, bidang upaya kesehatan masyarakat, dan bidang upaya kesehatan

perseorangan (Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan, 2017; Kementerian Kesehatan RI, 2015a).

Lembaga independen penyelenggara akreditasi FKTP dalam melakukan survei menggunakan standar akreditasi FKTP yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan (Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan, 2017). Lembaga independen penyelenggara akreditasi belum ditetapkan oleh Menteri, survei dan penetapan status akreditasi puskesmas, klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi dilaksanakan oleh Komisi Akreditasi FKTP yang dibentuk oleh Menteri. Perlu diketahui bahwa selain melaksanakan survei dan penetapan status akreditasi, komisi akreditasi FKTP juga bertugas memberikan kajian dan rekomendasi kepada Menteri dalam rangka penetapan lembaga independen penyelenggara akreditasi (Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, 2014a; Kementerian Kesehatan RI, 2015a).

2.1.2.4.2 Penetapan Akreditasi

Berdasarkan Pasal 8 ayat 1 Permenkes RI Nomor 46 Tahun 2015, penetapan akreditasi merupakan hasil akhir survei akreditasi oleh surveior dan keputusan rapat lembaga independen penyelenggara akreditasi. Penetapan Akreditasi dijabarkan pada Tabel 2.3. Lembaga penyelenggara akreditasi FKTP menetapkan status akreditasi setiap FKTP yang telah disurvei. Bagi FKTP yang lulus akreditasi diterbitkan surat penetapan dan sertifikat akreditasi FKTP dari lembaga penyelenggara akreditasi FKTP. Bagi FKTP yang belum mencapai nilai minimal kelulusan pada 1 atau lebih bab di standar instrumen akreditasi, diberi kesempatan untuk memperbaiki dalam waktu 3 bulan sampai dengan 12 bulan

terhitung dari tanggal penetapan status akreditasi untuk dapat disurvei kembali pada bab yang belum memenuhi standar (Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan, 2017).

Tabel 2.3 Penetapan Keputusan Akreditasi Puskesmas

KEPUTUSAN AKREDITASI	PENCAPAIAN NILAI								
	Administrasi dan Manajemen			Upaya Kesehatan Masyarakat			Upaya Kesehatan Perseorangan		
	Bab I	Bab II	Bab III	Bab IV	Bab V	Bab VI	Bab VII	Bab VIII	Bab IX
Tidak Terakreditasi	< 75%	< 75%	< 20%	< 60%	< 60%	< 20%	< 60%	< 20%	< 20%
Terakreditasi Dasar	≥ 75%	≥ 75%	≥ 20%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 20%	≥ 60%	≥ 20%	≥ 20%
Terakreditasi Madya	≥ 75%	≥ 75%	≥ 40%	≥ 75%	≥ 75%	≥ 40%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 40%
Terakreditasi Utama	≥ 80%	≥ 80%	≥ 60%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 60%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 60%
Terakreditasi Paripurna	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%

Sumber: Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan, 2017

2.1.2.4.3 Pendampingan Akreditasi

Untuk mempersiapkan FKTP dalam pelaksanaan akreditasi FKTP maka perlu difasilitasi melalui proses pendampingan oleh tim pendamping akreditasi Kabupaten/ Kota yang terlatih. Tim pendamping adalah tim yang ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota untuk melakukan pendampingan dan penilaian pra akreditasi serta pendampingan pascaakreditasi dengan anggota yang berasal dari jajaran fungsional atau struktural Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota dan/ atau pihak ketiga atau lembaga lain/ pihak ketiga yang ditetapkan dengan SK Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota, dan telah mengikuti pelatihan pendampingan akreditasi FKTP dan dinyatakan lulus sebagai pendamping akreditasi FKTP (Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, 2014a).

Dalam hal keterbatasan sumber daya manusia pada Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota setempat, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota dapat merekrut tenaga pendamping yang berasal dari fasilitas pelayanan kesehatan, institusi pendidikan, organisasi profesi, dan/atau masyarakat. Tim pendamping pada puskesmas beranggotakan paling sedikit 3 orang yang masing-masing membidangi administrasi dan manajemen, upaya kesehatan masyarakat, dan upaya kesehatan perseorangan (Kementerian Kesehatan RI, 2015a).

Pendampingan praakreditasi merupakan rangkaian kegiatan penyiapan puskesmas yang berfungsi untuk memenuhi standar akreditasi (Kementerian Kesehatan RI, 2015a). Penilaian praakreditasi dilakukan oleh tim pendamping setelah selesai dilakukan pendampingan praakreditasi, guna untuk mengetahui kesiapan FKTP dalam melaksanakan survei akreditasi (Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, 2014a).

Pendampingan pascaakreditasi merupakan kegiatan untuk memelihara serta meningkatkan pencapaian standar akreditasi secara berkesinambungan sampai dilakukan penilaian akreditasi berikutnya. Kegiatan pendampingan pascaakreditasi dilakukan setiap 1 tahun. Pendampingan pascaakreditasi dilakukan bagi puskesmas yang telah dinyatakan terakreditasi (Kementerian Kesehatan RI, 2015a).

2.1.3 Hubungan Status Akreditasi dengan Kepuasan Pasien

Implementasi Kebijakan Akreditasi Puskesmas di UPT Puskesmas dibentuk berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, yang merupakan landasan hukum dalam

penyelenggaraan Puskesmas. Dalam penyelenggaraannya, UPT Puskesmas harus dapat memberikan pelayanan kesehatan berstandar sesuai dengan aturan Pemerintah pusat yang diukur dengan suatu penilaian dari pihak eksternal melalui suatu program yang dikenal dengan istilah akreditasi. Dengan adanya regulasi yang mengatur implementasi kebijakan akreditasi puskesmas, pemerintah mengharapkan manajemen puskesmas menjadi terstandarisasi, disamping kualitas produktivitas tenaga kesehatan pun menjadi terstandar dan optimal. Hal ini secara langsung akan memberikan efek kepuasan kepada pasien secara khusus dan masyarakat secara umum sebagai sasaran dari kebijakan publik (Ensha, 2018).

Menurut hasil penelitian Junaidi (2008) di puskesmas kabupaten Bantul, ada hubungan yang signifikan antara status akreditasi dengan tingkat kepuasan pasien. Hal ini menunjukkan bahwa akreditasi mampu meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di puskesmas. Dibuktikan dengan rata-rata tingkat kepuasan pasien yang lebih tinggi pada puskesmas terakreditasi dibandingkan dengan tingkat kepuasan pasien di puskesmas tidak terakreditasi. Hasil penelitian ini relevan dengan penelitian Utami et al. (2017), yang menunjukkan bahwa terdapat pengaruh status akreditasi dengan tingkat penilaian kualitas pelayanan rawat jalan. Dalam hal ini tempat penyedia pelayanan kesehatan dengan status terakreditasi, akan memberikan kualitas pelayanan yang lebih baik kepada pasien dibandingkan dengan tempat penyedia pelayanan kesehatan yang belum terakreditasi.

HCAC (*Health Care Accreditation Council*) atau badan akreditasi pelayanan kesehatan merupakan sebuah organisasi independen di Yordania. Dalam hal ini standar akreditasi pelayanan kesehatan primer, melaksanakan misi

HCAC untuk mempromosikan keunggulan dan mendorong peningkatan kualitas berkelanjutan pada pelayanan kesehatan melalui akreditasi, dengan menetapkan, merevisi, mengklasifikasikan, dan menyebarluaskan standar pelayanan kesehatan nasional untuk fasilitas dan program pelayanan kesehatan yang memenuhi persyaratan internasional. Sebuah penelitian yang dilakukan Diab (2015), menunjukkan bahwa ada pengaruh standar HCAC terhadap kualitas layanan perawatan kesehatan primer. Selain itu, penelitian El-Jardali et al. (2014) yang dilakukan di 25 pusat pelayanan kesehatan primer di Libanon, menunjukkan bahwa akreditasi juga dikaitkan dengan peningkatan kepercayaan dan kepuasan pasien dengan prosedur dan kualitas layanan, serta penurunan jumlah kekhawatiran dan keluhan.

2.1.4 Puskesmas

2.1.4.1 Pengertian Puskesmas

Alamsyah (2012), menyatakan bahwa puskesmas merupakan unit teknis pelayanan dinas kesehatan kabupaten/ kota yang bertanggung jawab untuk menyelenggarakan pembangunan kesehatan pada satu atau sebagian wilayah kecamatan yang mempunyai fungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat, pusat pemberdayaan masyarakat, dan pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama dalam rangka pencapaian keberhasilan fungsi puskesmas sebagai ujung tombak pembangunan di bidang kesehatan.

Berdasarkan Permenkes RI No 75 tahun 2014, mendefinisikan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan suatu upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan

perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

2.1.4.2 Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas

Berdasarkan Permenkes RI No 75 tahun 2014 tentang Puskesmas, prinsip penyelenggaraan puskesmas meliputi:

- a) Paradigma sehat, dalam hal ini puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
- b) Pertanggungjawaban wilayah, dalam hal ini puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.
- c) Kemandirian masyarakat, dalam hal ini puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi setiap individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.
- d) Pemerataan, dimana puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau bagi seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan.
- e) Teknologi tepat guna, dalam hal ini puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang

sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan, dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan.

- f) Keterpaduan dan kesinambungan, dalam hal ini Puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor, serta melaksanakan sistem rujukan yang didukung dengan manajemen puskesmas (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

2.1.4.3 Tujuan, Tugas, dan Fungsi Puskesmas

Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional, yakni meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah puskesmas guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal dalam rangka mewujudkan Indonesia sehat (Darmawan & Sjaaf, 2016).

Berdasarkan Permenkes RI No 75 tahun 2014, Puskesmas bertugas untuk melaksanakan kebijakan kesehatan guna mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Adapun dalam melaksanakan tugas tersebut, puskesmas menyelenggarakan fungsi:

1. Penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya

Upaya kesehatan masyarakat merupakan pelayanan yang bersifat publik (*public goods*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan, serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan

penyakit dan pemulihan penyakit. Dalam hal ini pelayanan kesehatan masyarakat yang dimaksud adalah promosi kesehatan, pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa masyarakat, dan berbagai program kesehatan masyarakat lainnya (Darmawan & Sjaaf, 2016). Menurut Permenkes RI No 75 tahun 2014 tentang Puskesmas, menjelaskan bahwa dalam menyelenggarakan fungsi tersebut di atas, puskesmas berwenang untuk:

- a) melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan;
- b) melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan;
- c) melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan;
- d) menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait;
- e) melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat;
- f) melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia puskesmas;
- g) memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan;
- h) melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan pelayanan kesehatan; dan

- i) memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

2. Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya

Upaya kesehatan perorangan merupakan pelayanan yang bersifat pribadi (*private goods*) dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Bentuk pelayanan kesehatan perorangan yang dimaksud yaitu pelayanan rawat jalan dan untuk puskesmas tertentu ditambah dengan pelayanan rawat inap (Darmawan & Sjaaf, 2016). Menurut Permenkes RI No 75 tahun 2014 tentang Puskesmas, menjelaskan bahwa dalam menyelenggarakan fungsi tersebut di atas, puskesmas berwenang untuk:

- a) menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu;
- b) menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif;
- c) menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat;
- d) menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung;
- e) menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi;

- f) melaksanakan rekam medis;
- g) melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses pelayanan kesehatan;
- h) melaksanakan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan;
- i) mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan
- j) melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

2.1.4.4 Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat

Penyelenggaraan upaya kesehatan oleh puskesmas didukung oleh organisasi yang disusun oleh pihak Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota berdasarkan kategori, upaya kesehatan, dan beban kerja Puskesmas. Susunan organisasi puskesmas paling sedikit terdiri atas:

1. kepala puskesmas
2. kepala subbagian tata usaha
3. penanggungjawab UKM dan keperawatan kesehatan masyarakat
4. penanggungjawab UKP, kefarmasian, dan laboratorium
5. penanggungjawab jaringan pelayanan puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan.

UKM dan UKP tingkat pertama yang diselenggarakan oleh puskesmas dilaksanakan secara terintegrasi dan berkesinambungan. Dalam hal ini UKM tingkat pertama terdiri atas UKM esensial dan UKM pengembangan. UKM esensial berarti harus (wajib) diselenggarakan oleh setiap puskesmas guna

mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) kabupaten/ kota bidang kesehatan. Berikut ini merupakan bentuk dari UKM esensial:

1. Pelayanan promosi kesehatan
2. Pelayanan kesehatan lingkungan
3. Pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana
4. Pelayanan gizi
5. Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit

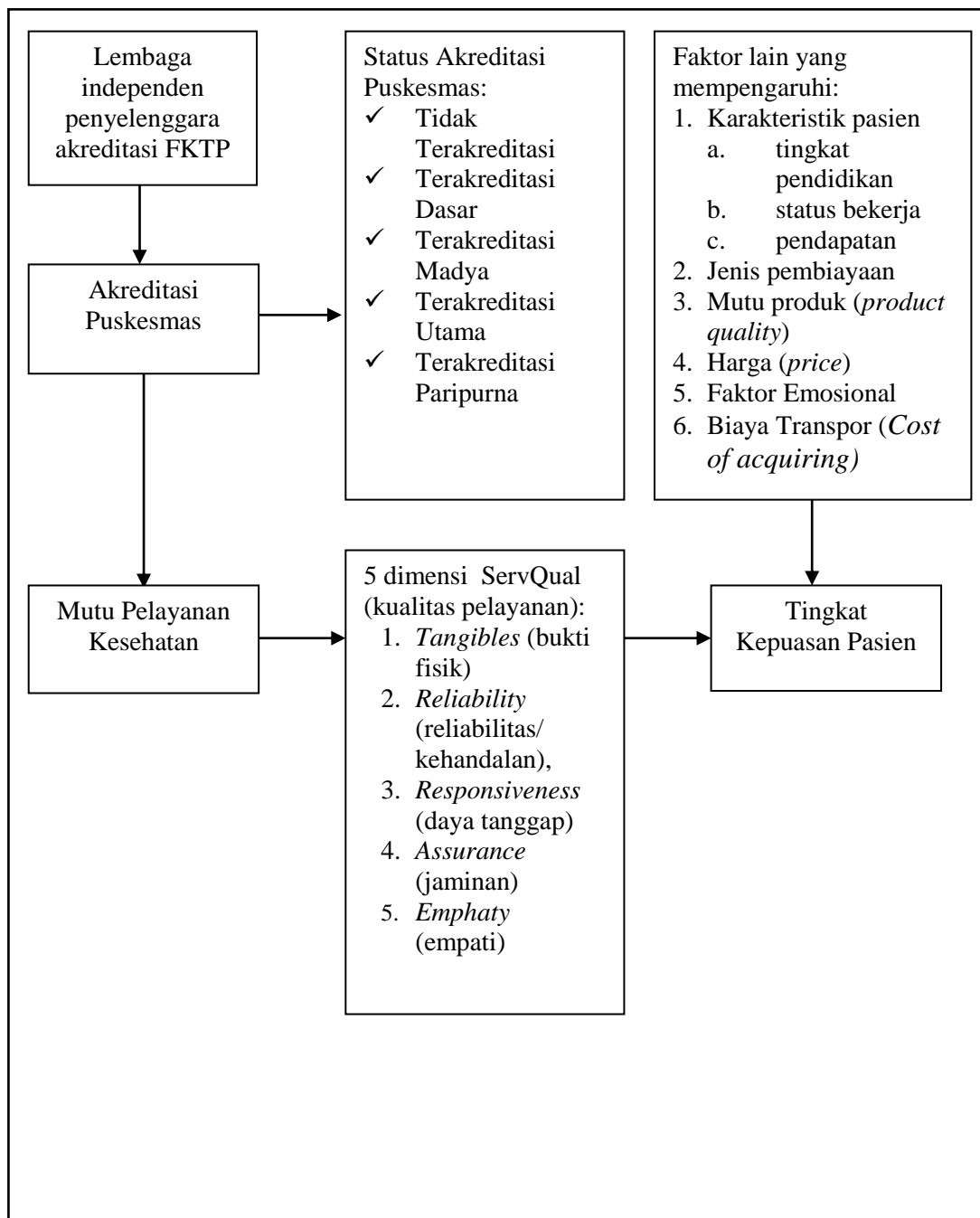
Sedangkan UKM pengembangan merupakan UKM dengan kegiatan yang memerlukan upaya yang bersifat inovatif dan/ atau ekstesifikasi dan intensifikasi pelayanan. Hal ini disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, kekhususan wilayah kerja, dan potensi sumber daya yang tersedia di masing- masing puskesmas.

Adapun bentuk UKP tingkat pertama yang dilaksanakan oleh puskesmas, yaitu:

1. rawat jalan;
2. pelayanan gawat darurat;
3. pelayanan satu hari (*one day care*);
4. *home care*; dan/ atau
5. rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan.

Untuk melaksanakan upaya- upaya kesehatan baik UKM maupun UKP, maka puskesmas harus menyelenggarakan: manajemen puskesmas; pelayanan kefarmasian; pelayanan keperawatan masyarakat; dan pelayanan laboratorium (Darmawan & Sjaaf, 2016)

2.2 KERANGKA TEORI



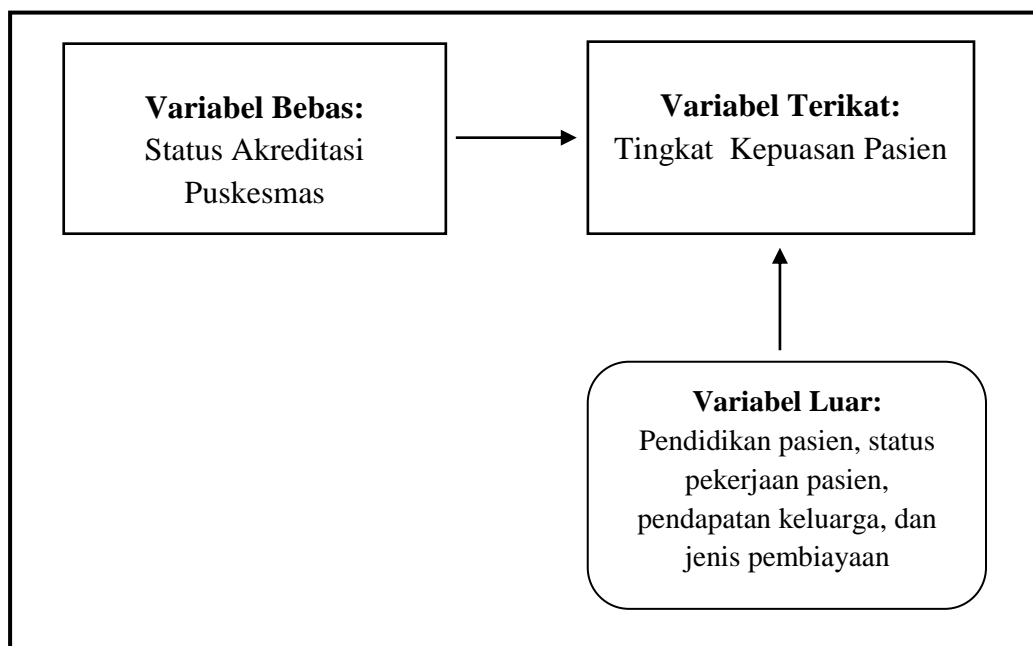
Gambar 2. 1 Kerangka Teori

Sumber: Modifikasi dari Kementerian Kesehatan RI (2015a); Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan (2017); Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan (2014a); Sondakh et al. (2014); Hardiyansyah (2011); Utami et al. (2017); Supriyanto & Ernawaty (2010); Sabarguna (2008).

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 KERANGKA KONSEP



Gambar 3. 1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini menggambarkan variabel- variabel yang akan diukur atau diamati selama penelitian.

3.2 VARIABEL PENELITIAN

3.2.1 Variabel Bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah status akreditasi puskesmas yang terdiri dari puskesmas tidak terakreditasi, puskesmas terakreditasi dasar,

puskesmas terakreditasi madya, puskesmas terakreditasi utama, dan puskesmas terakreditasi paripurna.

3.2.2 Variabel Terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah tingkat kepuasan pasien yang diinilai dari 5 dimensi *ServQual* (kualitas pelayanan):

1. Keandalan (*Reliability*)
2. Daya tanggap (*Responsiveness*)
3. Jaminan (*Assurance*)
4. Empati (*Emphaty*)
5. Bukti langsung (*Tangibles*)

3.2.3 Variabel Luar

Varibel luar dalam penelitian ini adalah pendidikan pasien, status pekerjaan pasien, pendapatan keluarga dan jenis pembiayaan.

3.3 HIPOTESIS PENELITIAN

3.3.1 Hipotesis Mayor

Ada hubungan antara status akreditasi dengan tingkat kepuasan pasien rawat jalan (studi kasus 5 puskesmas di Kota Semarang).

3.3.2 Hipotesis Minor

1. Ada hubungan antara status akreditasi puskesmas dengan tingkat kepuasan pasien rawat jalan (studi kasus 5 puskesmas di Kota Semarang) sebelum dikendalikan dengan variabel pendidikan pasien, status pekerjaan, pendapatan keluarga dan jenis pembiayaan.

2. Ada hubungan antara status akreditasi puskesmas dengan tingkat kepuasan pasien rawat jalan (studi kasus 5 puskesmas di Kota Semarang) sesudah dikendalikan dengan variabel pendidikan pasien, status pekerjaan, pendapatan keluarga dan jenis pembiayaan.

3.4 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah analitik observasional. Penelitian ini dilakukan untuk menjelaskan hubungan antara variabel bebas, yaitu status akreditasi puskesmas yang terdiri dari puskesmas tidak terakreditasi, puskesmas terakreditasi dasar, puskesmas terakreditasi madya, puskesmas terakreditasi utama, dan puskesmas terakreditasi paripurna terhadap variabel terikat, yaitu tingkat kepuasan pasien yang dinilai dari 5 dimensi *ServQual* (kualitas pelayanan). Rancangan penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* atau studi potong lintang.

3.5 DEFINISI OPERASIONAL DAN SKALA PENGUKURAN VARIABEL

Tabel 3. 1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Kategori	Skala Data
1	Tingkat kepuasan pasien. Dinilai berdasarkan 5 dimensi <i>ServQual</i> (kualitas pelayanan): a. Kehandalan (<i>Reliability</i>) b. Daya tanggap (<i>Responsiveness</i>) c. Jaminan (<i>Assurance</i>) d. Empati (<i>Emphaty</i>) Bukti langsung (<i>Tangibles</i>)	Kesenjangan antara harapan (standar kinerja yang seharusnya) dengan kinerja nyata yang diterima oleh pasien.	Kuesioner	1. Tidak puas, Nilai CSI $\leq 80\%$ 2. Puas, Nilai CSI $> 80\%$ (Tanan et al., 2013)	Nominal

2	Status akreditasi puskesmas	Pengakuan terhadap puskesmas yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri dibuktikan dengan adanya sertifikat akreditasi	Lembar Observasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak Terakreditasi Dasar 2. Terakreditasi Dasar 3. Terakreditasi Madya 4. Terakreditasi Utama 5. Terakreditasi Paripurna (Utami et al., 2017) 	Ordinal
3	Pendidikan pasien	Tahapan pendidikan saat pasien melakukan kunjungan di puskesmas yang ditetapkan berdasarkan pencapaian kelulusan sekolah tertinggi yang telah ditempuh oleh subjek penelitian	Kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rendah (<SLTA/MA) 2. Tinggi (\geqSLTA/MA) (Utami et al., 2017) 	Nominal
4	Status pekerjaan pasien	Status seseorang dalam melakukan suatu pekerjaan dengan maksud memperoleh pendapatan atau penghasilan.	Kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak bekerja 2. Bekerja (Utami et al., 2017) 	Nominal
5	Pendapatan keluarga	Jumlah keseluruhan penghasilan keluarga yang diperoleh dari tetap ataupun sampingan dalam waktu satu bulan dan dinyatakan dalam nilai uang atau rupiah.	Kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> 1. <UMR 2. \geqUMR (Utami et al., 2017) 	Nominal
6	Jenis pembiayaan	Cara pengguna pelayanan kesehatan membayar kepada puskesmas terhadap pelayanan kesehatan yang telah diterima	Kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> 1. Umum/ Non Asuransi (<i>Out of Pocket</i>) 2. Asuransi Wajib/ Sosial (BPJS Kesehatan) 3. Asuransi Swasta (Utami et al., 2017) 	Ordinal

3.6 POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN

3.6.1 Populasi Penelitian

Populasi target dalam penelitian ini adalah semua pasien rawat jalan yang menerima pelayanan kesehatan di puskesmas, sedangkan populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah pasien rawat jalan yang menerima pelayanan kesehatan di puskesmas di Kota Semarang tahun 2018.

3.6.2 Sampel Penelitian

Sampel merupakan bagian dari populasi yang dipilih dengan menggunakan cara tertentu hingga dianggap dapat mewakili populasinya (Sastroasmoro & Ismael, 2014). Kriteria pengambilan sampel dalam penelitian ini didasarkan pada kriteria inklusi dan eksklusi. Berikut ini merupakan kriteria inklusi dalam penelitian ini, diantaranya yaitu:

1. pasien baru rawat jalan yang terdaftar pada rekam medis pada bulan januari hingga maret 2018 di 5 puskesmas yang mewakili setiap kategori status akreditasi puskesmas di Kota Semarang;
2. bersedia menjadi responden dalam penelitian.

Sedangkan, kriteria eksklusi dalam penelitian ini, diantaranya yaitu:

1. keadaan atau penyakit pasien yang menyebabkan pasien tidak mampu menjawab; dan
2. pasien yang tinggal di luar wilayah kerja puskesmas yang dikunjungi.

Teknik pengambilan sampel yang digunakan peneliti adalah *proportionate simple random sampling*. Besar sampel minimal dihitung berdasarkan rumus Lemeshow sebagai berikut:

$$n_1 = n_2 = \frac{\left\{ z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right\}^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Keterangan :

n : besar sampel

$Z_{1-\alpha/2}$: 1,96 (jika α : 5%)

$Z_{1-\beta}$: 1,64 (jika β : 5%)

P1 : Proporsi paparan pada kelompok terpapar ($a/a+b$)

P2 : Proporsi paparan pada kelompok tidak terpapar ($c/c+d$)

P : Rata – rata P1 dan P2, $P = (P_1+P_2)/ 2$

Berdasarkan rumus diatas, maka besar sampel minimal yang akan digunakan dalam penelitian ini yaitu :

Pada penelitian sebelumnya (Utami et al., 2017), diketahui nilai RP = 1,652; P1 = 0,633; P2 = 0,383; dan P $(0,633+0,383)/ 2 = 0,508$

$$\begin{aligned} n_1 = n_2 &= \frac{\left\{ 1,96 \sqrt{2 \cdot 0,508(1 - 0,508)} + 1,64 \sqrt{(0,633(1 - 0,633)) + (0,383(1 - 0,383))} \right\}^2}{(0,633 - 0,383)^2} \\ &= \frac{\left\{ 1,96 \sqrt{(0,499)} + 1,64 \sqrt{(0,232) + (0,236)} \right\}^2}{(0,25)^2} \\ &= 100,673 \\ &= 101 \end{aligned}$$

Besar sampel minimal berdasarkan perhitungan rumus diatas, yaitu 101 sampel. Berikut ini merupakan distribusi sampel di masing- masing puskesmas yang menjadi tempat penelitian.

Tabel 3. 2 Distribusi Sampel di 5 Puskesmas di Kota Semarang

No	Nama Puskesmas	Status Akreditasi	Jumlah Kunjungan Pasien Tahun 2013 - 2017	Jumlah Sampel
1.	Bugangan	Tidak Terakreditasi	180.374	13
2.	Gunungpati	Terakreditasi Dasar	338.249	24
3.	Bandarharjo	Terakreditasi Madya	370.092	26
4.	Rowosari	Terakreditasi Utama	229.039	16
5.	Gayamsari	Terakreditasi Paripurna	312.423	22
Jumlah Total			1,430,177	101

3.7 SUMBER DATA

Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini adalah sumber data primer dan sumber data sekunder. Data primer berupa karakteristik responden terpilih pada lokasi penelitian, jenis pembiayaan dan ukuran tingkat kepuasan pasien yang diperoleh dari observasi dan wawancara menggunakan kuesioner terstruktur. Sedangkan data sekunder dalam penelitian ini berupa data capaian akreditasi puskesmas di Indonesia, data puskesmas di Kota Semarang berdasarkan status akreditasi, profil kesehatan Kota Semarang, jumlah kunjungan pasien seluruh puskesmas Kota Semarang, dan jumlah kunjungan pasien baru rawat jalan bulan januari hingga maret 2018 pada 5 puskesmas di Kota Semarang.

3.8 INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA

3.8.1 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yang berisi pertanyaan terstruktur untuk mengukur masing-masing variabel yang diteliti, yaitu berisikan tentang karakteristik sosio-demografis pasien (umur, jenis kelamin, pendidikan, status pekerjaan, dan pendapatan), jenis pembiayaan dan kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan yang diterima pada masing-masing puskesmas di Kota Semarang yang menjadi target penelitian berdasarkan 5 dimensi mutu, yaitu kehandalan (*reliability*), daya tanggap (*responsiveness*), jaminan (*assurance*), empati (*emphaty*), bukti langsung (*tangibles*). Selain itu juga digunakan lembar observasi untuk mengetahui status akreditasi puskesmas di Kota Semarang.

3.8.2 Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas digunakan untuk mengukur sah atay valid tidaknya suatu kuesioner. Suatu kuesioner dikatakan valid jika pertanyaan pada kuesioner mampu untuk mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuesioner tersebut. Sedangkan suatu kuesioner dapat dikatakan reliable atau handal jika jawaban seseorang terhadap pernyataan adalah konsisten atau stabil dari waktu ke waktu. Dalam hal ini peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas pada 30 responden di 5 puskesmas di Kota Semarang yang mewakili masing-masing kategori status akreditasi puskesmas selain puskesmas yang menjadi tempat penelitian, kecuali Puskesmas Gayamsari. Hasil uji validitas dan reliabilitas dalam penelitian ini

menunjukkan bahwa pertanyaan- pertanyaan yang terdapat pada kuesioner telah valid (r hasil $>$ r tabel) dan reliable (r alpha $>$ r tabel) dengan nilai *corrected item total correlation* dan *cronbach alpha* $>$ 0,3610.

3.8.3 Teknik Pengambilan Data

3.8.3.1 Observasi

Observasi dilakukan untuk mendapatkan data primer responden dan data sekunder mengenai capaian akreditasi puskesmas di Indonesia, data puskesmas di Kota Semarang berdasarkan status akreditasi, jumlah kunjungan pasien seluruh puskesmas Kota Semarang, jumlah kunjungan pasien baru rawat jalan bulan januari hingga maret 2018 pada 5 puskesmas di Kota Semarang. .

3.8.3.2 Wawancara

Wawancara dilakukan dengan responden menggunakan kuesioner terstruktur untuk mendapatkan data primer. Selain itu, teknik ini juga dilakukan untuk mendapatkan data sekunder berupa data status akreditasi puskesmas di kota Semarang.

3.8.3.3 Dokumentasi

Dokumentasi dilakukan dengan cara mengambil data dari bagian direktorat mutu dan akreditasi pelayanan kesehatan, bagian pelayanan kesehatan Dinas Kesehatan Kota Semarang, rekam medik di puskesmas, dan beberapa jurnal serta skripsi sebagai tambahan untuk bahan kajian.

3.9 PROSEDUR PENELITIAN

3.9.1 Tahap Prapenelitian

Berikut ini merupakan tahapan yang dilakukan sebelum melakukan penelitian:

1. mengajukan surat perijinan dan melakukan koordinasi mengenai tujuan dan prosedur penelitian kepada pihak-pihak yang terkait dalam penelitian;
2. mengumpulkan data yang diperlukan pada penelitian;
3. menentukan dan mengelompokkan sampel;
4. menyusun kuesioner penelitian; dan
5. menyiapkan lembar daftar nama responden dan alamat responden.

3.9.2 Tahap Penelitian

Melakukan observasi dan wawancara dengan menggunakan kuesioner oleh peneliti kepada responden. Pengisian kuesioner untuk mengetahui variabel yang berhubungan dengan tingkat kepuasan pasien.

3.9.3 Tahap Pascapenelitian

Tahap pascapenelitian, yaitu melakukan pencatatan dan pengumpulan hasil penelitian, yang selanjutnya dilakukan analisis data. Data yang sudah dianalisis ditampilkan dalam bentuk narasi, tabel dan perhitungan persentase.

3.10 TEKNIK ANALISIS DATA

3.10.1 Teknik Pengolahan Data

3.10.1.1 Editing

Melakukan editing data apabila terdapat kesalahan dalam kuesioner dan/atau wawancara.

3.10.1.2 *Coding*

Memberikan kode- kode pada setiap atribut variabel atau sampel yang akan diteliti.

3.10.1.3 *Entry*

Memasukkan data pada sistem komputer setelah sebelumnya data diberi kode. Hal ini dilakukan untuk mempermudah dalam mengolah data.

3.10.1.4 *Cleaning*

Melakukan pengecekan kembali pada data yang telah di *entry*, apakah data tersebut sudah benar atau masih terdapat kesalahan

3.10.2 Teknik Analisis Data

3.10.2.1 Analisis Univariat

Analisis ini dilakukan terhadap tiap- tiap variabel penelitian. Analisis univariat hanya akan menghasilkan distribusi dan prosentase dari tiap- tiap variabel.

3.10.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara status akreditasi puskesmas dengan tingkat kepuasan pasien. Kemudian untuk uji hipotesis yang

digunakan adalah uji *chi-square*. Analisis bivariat dilakukan dengan *chi-square* yang digunakan untuk menguji hipotesis hubungan yang signifikan. Jika nilai $p \leq 0,05$ menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Namun, jika nilai $p > 0,05$ menunjukkan tidak ada hubungan signifikan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Syarat uji *chi-square* adalah tidak terdapat sel dengan nilai *observed* nol (0) dan sel dengan nilai *expected* (E) kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Jika syarat *chi-square* tidak terpenuhi maka uji yang digunakan adalah uji alternatif yaitu uji *fisher* (bila tabel 2x2).

3.10.2.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan dengan menggunakan uji regresi logistik untuk menentukan model terbaik dalam menduga variabel terikat dalam penelitian ini.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 SIMPULAN

1. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara status akreditasi puskesmas kategori tidak terakreditasi, terakreditasi dasar, dan terakreditasi madya terhadap tingkat kepuasan pasien rawat jalan. Sedangkan untuk puskesmas dengan status terakreditasi utama tidak terdapat hubungan yang bermakna terhadap tingkat kepuasan pasien rawat jalan.
2. Setelah variabel status akreditasi puskesmas dikendalikan dengan variabel pendidikan pasien, status pekerjaan, pendapatan keluarga dan jenis pembiayaan, menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara status akreditasi puskesmas kategori tidak terakreditasi dan terakreditasi dasar terhadap tingkat kepuasan pasien rawat jalan. Sedangkan untuk status akreditasi puskesmas kategori terakreditasi madya dan terakreditasi utama tidak terdapat hubungan yang bermakna terhadap tingkat kepuasan pasien rawat jalan. Selain itu, model regresi ini termasuk paling kuat diantara 3 model lainnya dalam menduga tingkat kepuasan pasien rawat jalan. Hal ini dibuktikan dengan nilai r^2 dan nilai *Area Under the Curve* (AUC) yang lebih besar.

6.2 SARAN

6.2.1 Bagi Puskesmas

1. Hendaknya melakukan upaya perbaikan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan baik dari aspek bukti fisik (*tangibles*), kehandalan (*reliability*), daya tanggap (*responsiveness*), jaminan (*assurance*) dan empati (*emphaty*).
2. Sebaiknya melakukan evaluasi dan monitoring secara rutin mengenai mutu pelayanan kesehatan di puskesmas menurut persepsi pasien, sehingga mutu pelayanan kesehatan akan selalu terjaga dan konsisten sesuai dengan standar pelayanan puskesmas yang telah ditetapkan.

6.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya

1. Peneliti selanjutnya sebaiknya melakukan penelitian lanjutan dengan menjelaskan secara kuantitatif capaian tingkat kepuasan pasien pada 5 dimensi mutu pelayanan yang meliputi bukti fisik (*tangibles*), kehandalan (*reliability*), daya tanggap (*responsiveness*), jaminan (*assurance*) dan empati (*emphaty*).
2. Peneliti selanjutnya hendaknya mampu melakukan penelitian yang berkaitan dengan perbedaan status akreditasi puskesmas ditinjau dari aspek lain selain kepuasan, seperti kinerja puskesmas.

DAFTAR PUSTAKA

- Adil, A., Syamsun, M., & Najib, M. (2016). Pengaruh Kualitas Pelayanan dan Biaya terhadap Kepuasan dan Loyalitas Pasien RSUD Kota Bogor. *Jurnal Aplikasi Manajemen*, 14(3), 432–441.
- Afzal, M., Rizvi, F., Azad, A. H., Rajput, A. M., Khan, A., & Tariq, N. (2014). Effect of Demographic Characteristics on Patient's Satisfaction with Health Care Facility. *Journal of Postgraduate Medical Institute*, 28(2), 154–160.
- Ajarmah, B. S., & Hashem, T. N. (2015). Patient Satisfaction Evaluation on Hospitals; Comparison Study between Accredited and Non Accredited Hospitals in Jordan. *European Scientific Journal*, 11, 298–313.
- Al-qahtani, M. F., Al-dohailan, S. K., Al-sharani, H. T., Al-Medaires, M. A., Khuridah, E. N., & Al-Dossary, N. M. (2012). The Impact of the Status of Hospital Accreditation on Patient Satisfaction with the Obstetrics and Gynecology Clinics in the Eastern Province , Saudi Arabia. *Journal of Medicine and Medical Sciences*, 3(10), 665–673.
- Alamri, A. M., Rumayar, A. A., Kolibu, F. K., Kesehatan, F., Universitas, M., & Ratulangi, S. (2015). Hubungan Antara Mutu Pelayanan Perawat dan Tingkat Pendidikan dengan Kepuasan Pasien Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam (RSI) Sitti Maryam Kota Manado. *PHARMACON Jurnal Ilmiah Farmasi Unsrat*, 4(4), 241–251.
- Alamsyah, D. (2012). *Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Andoko, Norman, H., & Novalina, D. (2018). Hubungan Mutu Pelayanan terhadap Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Way Halim Kota Bandar Lampung tahun 2018. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 12(2), 92–102.
- Andriani, A. (2017). Hubungan Mutu Pelayanan Kesehatan dengan Kepuasan Pasien di Ruang Poli Umum Puskesmas Bukittinggi. *Journal Endurance*, 2(1), 45–52.
- Arab, M., Tabatabaei, S. G., Rashidian, A., Forushani, a R., & Zarei, E. (2012). The Effect of Service Quality on Patient loyalty: a Study of Private Hospitals in Tehran, Iran. *Iranian Journal of Public Health*, 41(9), 71–77.

- Astuti, & Kustiyah, E. (2014). Analisis Kepuasan Pasien Rawat Inap Atas Pelayanan Rumah Sakit Umum Kabupaten Sragen. *Gema*, 26(48), 1356–1371. Retrieved from <https://media.neliti.com/media/publications/61844-ID-analisis-kepuasan-pasien-rawat-inap-atas.pdf>
- Barghouthi, E. D., & Imam, A. (2018). Patient Satisfaction: Comparative Study between Joint Commission International Accredited and Non-accredited Palestinian Hospitals. *Health Science Journal*, 12(1), 1–7.
- Buchbinder, S. B., & Shanks, N. H. (2014). *Buku Ajar Manajemen Pelayanan Kesehatan*. (P. Widyastuti, E. Tiar, S. Y. Riskiyah, & A. O. Tampubolon, Eds.). Jakarta: EGC.
- Budhi, I. gede kt. T. P., & Sumiari, N. K. (2017). Pengukuran Customer Satisfaction Index Terhadap Pelayanan di Century Gym Measurement of Customer Satisfaction Index of Service in Century Gym. *Jurnal Ilmiah SISFOTENIKA*, 7(1), 25–37.
- Burhanuddin, N. (2016). Hubungan Mutu Pelayanan Kesehatan dengan Kepuasan Pasien RSUD Syekh Yusuf Gowa. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 12(1), 41–46.
- Bustami. (2011). *Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan & Akseptabilitasnya*. Jakarta: Erlangga.
- Christasani, P. D., & Satibi. (2016). Kajian Faktor Demografi Terhadap Kepuasan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. *Jurnal Farmasi Sains Dan Komunitas*, 13(1), 28–34.
- Damayanti, N. A., Jati, S. P., & Fatmasari, E. Y. (2018). Analisis Perbedaan Tingkat Kepuasan Pasien terhadap Mutu Pelayanan Rawat Jalan Puskesmas Berstatus Akreditasi Utama dan Paripurna di Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat FKM Undip*, 6(5).
- Darmawan, E. S., & Sjaaf, A. C. (2016). *Administrasi Kesehatan Masyarakat (Teori dan Praktik)*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Diab, S. M. (2015). The Effect of Primary Health Accreditation Standards on the Primary Health Care Quality and Employees Satisfaction in the Jordanian Health Care Centers. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 5(4), 204–220.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. (2017). *Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2016*. Semarang: Dinas Kesehatan Kota Semarang.
- Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan. (2014a). *Pedoman Pendampingan*.

Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan. (2014b). *Standar Akreditasi Puskesmas*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan. (2017). *Petunjuk Teknis Survei Akreditasi*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

El-Jardali, F., Hemadeh, R., Jaafar, M., Sagherian, L., El-Skaff, R., Mdeihly, R., ... Ataya, N. (2014). The Impact of Accreditation of Primary Healthcare Centers: Successes, Challenges and Policy Implications as Perceived by Healthcare Providers and Directors in Lebanon. *BMC Health Services Research*, *14*(1), 1–10.

Ensha, I. S. (2018). Pengaruh Implementasi Kebijakan Akreditasi Puskesmas terhadap Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat dalam Mewujudkan Produktivitas Kerja. *Jurnal Publik*, *12*(1), 12–23.

Fenny, A. P., Enemark, U., Asante, F. A., & Hansen, K. S. (2014). Patient Satisfaction with Primary Health Care – A Comparison between the Insured and Non-Insured under the National Health Insurance Policy in Ghana. *Global Journal of Health Science*, *6*(4), 9–21.

Haj-Ali, W., Bou Karroum, L., Natafqi, N., & Kassak, K. (2014). Exploring the relationship between accreditation and patient satisfaction – the case of selected Lebanese hospitals. In *International Journal of Health Policy and Management* (Vol. 3, pp. 341–346).

Hardiyansyah. (2011). *Kualitas Pelayanan Publik Konsep, Dimensi, Indikator dan Implementasinya*. Yogyakarta: Gava Media.

Hidayati, A. N., Suryawati, C., & Sriatmi, A. (2014). Analisis Hubungan Karakteristik Pasien dengan Kepuasan Pelayanan Rawat Jalan Semarang Eye Center (SEC) Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat FKM Undip*, *2*(1), 9–14.

Ibraheem, W. A., Ibraheem, A. B., & Bekibele, C. O. (2013). Socio-demographic Predictors of Patients' Satisfaction. *African Journal of Medical and Health Sciences*, *12*(2), 87–90.

Junaidi, N. (2008). *Hubungan Status Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dengan Tingkat Kepuasan Pasien*. Skripsi. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Kelarijani, S. E. J., Jamahidi, R., Heidarian, A. R., & Mohamad Khorshidi. (2014). Evaluation of Factors Influencing Patient Satisfaction in Social

- Security Hospitals in Mazandaran Province, North of Iran. *Caspian Journal Internal Medicine*, 5(4), 232–234.
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2015a). *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2015b). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kuntoro, W., & Istiono, W. (2017). Kepuasan Pasien Terhadap Kualitas Pelayanan Di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Puskesmas Kretek Bantul Yogyakarta. *Jkesvo (Jurnal Kesehatan Vokasional)*, 2(1).
- Maharlouei, N., Akbari, M., Akbari, M., Lankarani, K. B., Akbari, M., MS, ... MD. (2017). Socioeconomic Status and Satisfaction with Public Healthcare System in Iran. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 5(1), 22–29.
- Mirshanti, F., Tamtomo, D., & Murti, B. (2017). The Associations between Accreditation Status , Patient Socio- Economic Factors, Insurance Type, Patient Perceived Quality of Service, and Satisfaction at Community Health Center. *Journal of Health Policy and Management*, 1(1), 93–103.
- Naseer, M., Zahidie, A., & Shaikh, B. T. (2012). Determinants of Patient's Satisfaction with Health Care System in Pakistan : A Critical Review. *Pakistan Journal of Public Health*, 2(2), 56–61.
- Novel, H., & Napitupulu, H. L. (2013). Penilaian Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Jasa Puskesmas Medan Johor dengan Metode Servperf (Service Performance) dan Customer Satisfaction Index. *E-Jurnal Teknik Industri FT USU*, 3(2), 18–22.
- Pambudy, A. P. (2016). Analisis Pengaruh Kualitas Pelayanan dan Lokasi Terhadap Kepuasan Pasien di Puskesmas Dukun Gresik. *Jurnal Penelitian Ilmu Manajemen*, 1(1), 11–21.
- Pohandry, A. (2013). Analisis Tingkat Kepuasan Pelanggan dengan Menggunakan Metode Customer Satisfaction Index dan Importance Performance Analysis serta Service Quality. *Jurnal REKAVASI*, 1(1), 21–29.

- Riyadi, A. (2017). *Hubungan Status Akreditasi Puskesmas dengan Tingkat Kepuasan Pasien di Puskesmas Kabupaten Bantul*. Skripsi. Yogyakarta: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jenderal Achmad Yani.
- Ruditya, A. N., & Chalidyanto, D. (2015). Hubungan Karakteristik Individu Terhadap Penilaian Kualitas Produk Apotek Rawat Jalan. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 3(2), 108–117.
- Sabarguna, B. S. (2008). *Quality Assurance Pelayanan Rumah Sakit*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Sari, A. K., & Wulandari, R. D. (2014). Penilaian Kepuasan Pasien Terhadap Mutu Pelayanan Instalasi Rawat Jalan Rs H.S. Samsorei Mertojoso Surabaya. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 2(4), 235–242.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2014). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis* (5th ed.). Jakarta: CV Sagung Seto.
- Sondakh, J. J. S., Marjati, & Pipitcahyani, T. I. (2014). *Mutu Pelayanan Kesehatan dan Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Subiyantoro, E., & Ambarwati, A. N. (2017). Analisis Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan yang Diberikan oleh Rumah Sakit dengan Metode SerQual, Importance Performance Analysis dan Customer Satisfaction Index. *Jurnal Unimus*, 77–82.
- Supriyanto, S., & Ernawaty. (2010). *Pemasaran Industri Jasa Kesehatan (I)*. Yogyakarta: CV Andi Offset.
- Tanan, L., Indar, & Darmawansyah. (2013). Analisis Tingkat Kepuasan Pasien di Puskesmas Bara Permai Kota Palopo. *Jurnal AKK*, 2(3), 15–21.
- Utami, Y. T., Tamtomo, D., & Sulaeman, E. S. (2017). Patient Characteristics, Financing Type, Accreditation Status, and Quality of Health Services at Community Health Center, Surakarta. *Journal of Health Policy and Management*, 2(1), 79–90.
- Walyani, E. S., & Purwoastuti, T. E. (2015). *Mutu Pelayanan Kesehatan dan Kebidanan (I)*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.