

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang Masalah

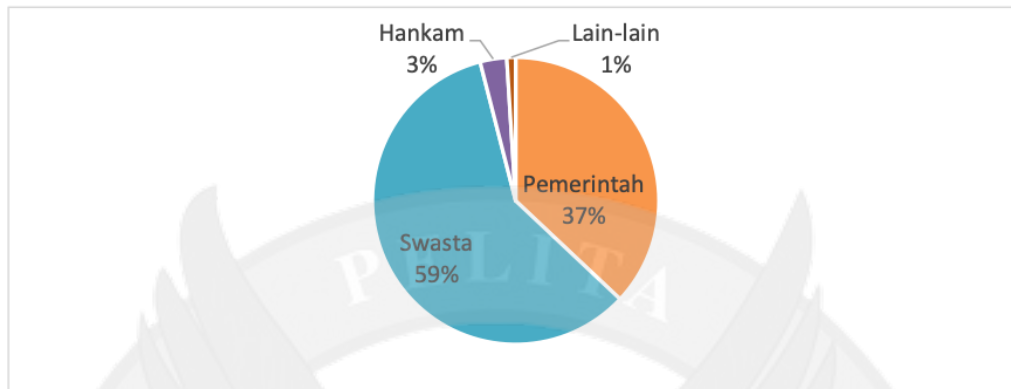
Menurut data dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan tahun 2014 sampai dengan tahun 2016, Penyakit Ginjal Kronis (PGK) berada posisi ke-2, setelah penyakit jantung dengan biaya 1,6 triliun dana BPJS di tahun 2014. Pada tahun 2013 biaya tindakan Hemodialisis (HD) di Rumah Sakit (RS) tipe A adalah Rp 815.000 per prosedur. Jika satu pasien membutuhkan tindakan 2 kali per minggu, maka biaya yang dikeluarkan untuk tindakan HD adalah Rp 78.240.000/tahun/pasien, belum termasuk biaya obat-obatan rutin maupun tindakan penunjang lainnya (Kemenkes, 2017). PGK termasuk penyakit katastropik yang menjadi beban biaya kesehatan di Indonesia. Penyakit ginjal kronis dan cuci darah bukan hanya masalah medis, tetapi juga ekonomi. Terapi Pengganti Ginjal (TPG) menghabiskan banyak sumber daya karena peralatan dan bahannya cukup mahal (Peeters, Rublee, Paul, & Joseph, 2000). Prodjosudjadi (2006) menganalisis biaya *End Stage Renal Disease* (ESRD) di Indonesia, biaya tahunan pengobatan dialisis untuk HD dua kali seminggu, lima jam per sesi sebesar tujuh ribu seratus dua belas dollar amerika. Biaya untuk pemasangan kateter CAPD sendiri sebesar seribu seratus lima puluh dollar amerika, sedangkan biaya tahunan untuk tiga sampai empat pertukaran cairan CAPD sebesar enam ribu sembilan ratus delapan puluh tujuh dollar amerika. Dari biaya tinggi yang dikeluarkan, tidak heran jika BPJS menggunakan struktur bisnis mendorong biaya yang fokus pada meminimalkan biaya, namun demikian dari segi keuntungan, unit HD dapat memaksimalkannya dari *re-use dialiser* yang digunakan, dan juga volume pasien yang banyak, berkorelasi dengan jumlah pasien yang semakin tinggi beberapa tahun belakangan ini.

PGK merupakan penyakit yang terjadi akibat adanya kerusakan ginjal secara struktural maupun fungsional yang berlangsung lebih dari tiga bulan dengan laju filtrasi glomerulus (LFG) atau *Glomerular Filtration Rate* (GFR) kurang dari 60mL/min/1,73m<sup>2</sup> (*Kidney Disease Outcomes Quality Initiative*,

2013). Penyakit Gagal Ginjal Kronis (GGK) ini sendiri dapat ditangani dengan TPG yaitu hemodialisis, *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD) dan transplantasi ginjal. Indonesian Renal Registry (IRR) menunjukkan data kenaikan jumlah pasien HD setiap tahun. Sejak tahun 2007, pasien HD terus meningkat (sebanyak empat ribu sembilan ratus tujuh puluh tujuh pasien) hingga tahun 2013 (sebanyak lima belas ribu dua ratus delapan belas pasien) (Kemenkes, 2017). Prevalensi PGK di Indonesia menurut Riskesdas (2018) sebesar 3,8%. Menurut laporan ke sembilan *Indonesian Renal Registry* (IRR)(2016) sebab terbanyak adalah Nefropati Diabetik sebesar 52% dan yang terbesar kedua disebabkan hipertensi yaitu 24%. Sedangkan untuk faktor risiko utama PGK di Indonesia menurut Riskesdas, 2018 posisi tertinggi adalah hipertensi sebesar 34,1 %. Pada tahun 2008, terdapat sekitar 1,75 juta pasien di seluruh dunia yang secara rutin dialisis, dimana sekitar 1,55 (89%) juta menjalani hemodialisis (HD) dan sekitar 197.000 (11%) pasien menjalani dialisis peritoneal (Karopadi, 2013).

Pelayanan dialisis bisa dilakukan di Rumah Sakit (RS) maupun di klinik, dengan persyaratan tertentu yang tertuang dalam Permenkes 812 tahun 2010. Pada peraturan tersebut dijelaskan bahwa fasilitas pelayanan dialisis adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan dialisis, baik di dalam maupun di luar rumah sakit. Unit pelayanan dialisis adalah fasilitas pelayanan dialisis di RS, sedangkan klinik dialisis adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan dialisis kronik di luar rumah sakit secara rawat jalan dan mempunyai kerja sama dengan rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan dialisis sebagai sarana pelayanan kesehatan rujukkannya (Kemenkes, 2010). Jumlah renal unit di Indonesia berkembang sangat pesat sejak diluncurkannya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada tahun 2014. Perkembangan ini sejalan dengan peningkatan jumlah pasien karena dengan program JKN ini semua masyarakat Indonesia mempunyai akses menjadi dialisis kronik termasuk salah satu terapi yang ditanggung oleh program ini (IRR, 2018). Dan pada laporan IRR tahun 2018 didapatkan Unit Renal dengan kepemilikan pihak rumah sakit swasta masih menjadi proporsi terbesar, dan diikuti oleh rumah sakit milik

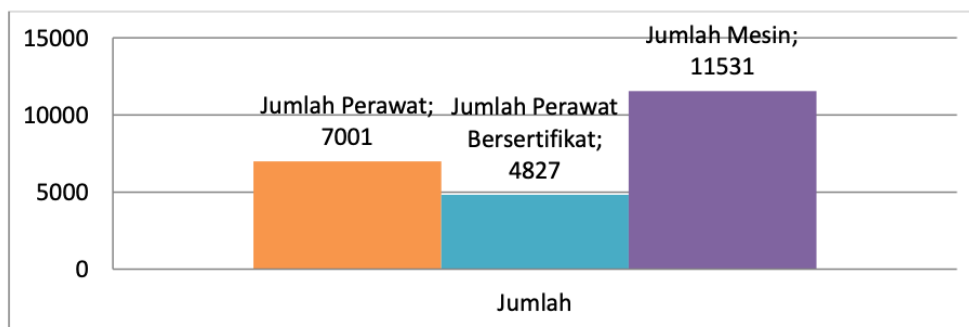
pemerintah, institusi pertahanan dan keamanan (Rumah Sakit TNI Angkatan dan kepolisian) dan terakhir yang terakhir kepemilikan lain-lain seperti klinik milik perorangan (IRR, 2018).



Gambar 1.1 Jumlah Unit Renal Menurut Bentuk Institusi di Indonesia

Sumber : IRR (2018)

Menurut laporan IRR (2018) pelayanan dialisis memiliki standar khusus dimana satu orang perawat mahir dialisis maksimal menangani 3 orang pasien HD kronik yang relatif stabil pada setiap shift kerjanya. Rasio jumlah seluruh perawat terhadap mesin masih 1:3,3 tetapi bila hanya perawat mahir saja sesuai standar maka rasio menjadi 1:4,8 yang berarti satu perawat harus menangani empat sampai dengan lima mesin yang tentunya akan mengurangi kualitas pelayanan. Salah satu persyaratan yang ditetapkan oleh PERNEFRI dan pemerintah tentang perawat yang bekerja di renal unit sudah jelas yaitu perawat mahir dialisis yaitu perawat dengan sertifikat dialisis, tetapi pada kenyataannya belum semua perawat yang bekerja di renal unit memiliki sertifikat tersebut. Akreditasi Rumah Sakit yang saat ini menjadi hal wajib mensyaratkan terpenuhinya semua standar termasuk dari segi sumber daya manusia, termasuk staf unit HD yang diwajibkan mempunyai kompetensi dan tersertifikasi, tetapi karena masalah kebutuhan dalam pelayanan maka standar ini belum dapat terpenuhi sempurna. Masalah kurangnya pusat pelatihan dialisis masih menjadi alasan karena antrian yang cukup panjang untuk mendapat kesempatan belajar (IRR, 2018). Rasio jumlah mesin dan perawat HD menurut penulis akan mempengaruhi kualitas pelayanan di unit HD.

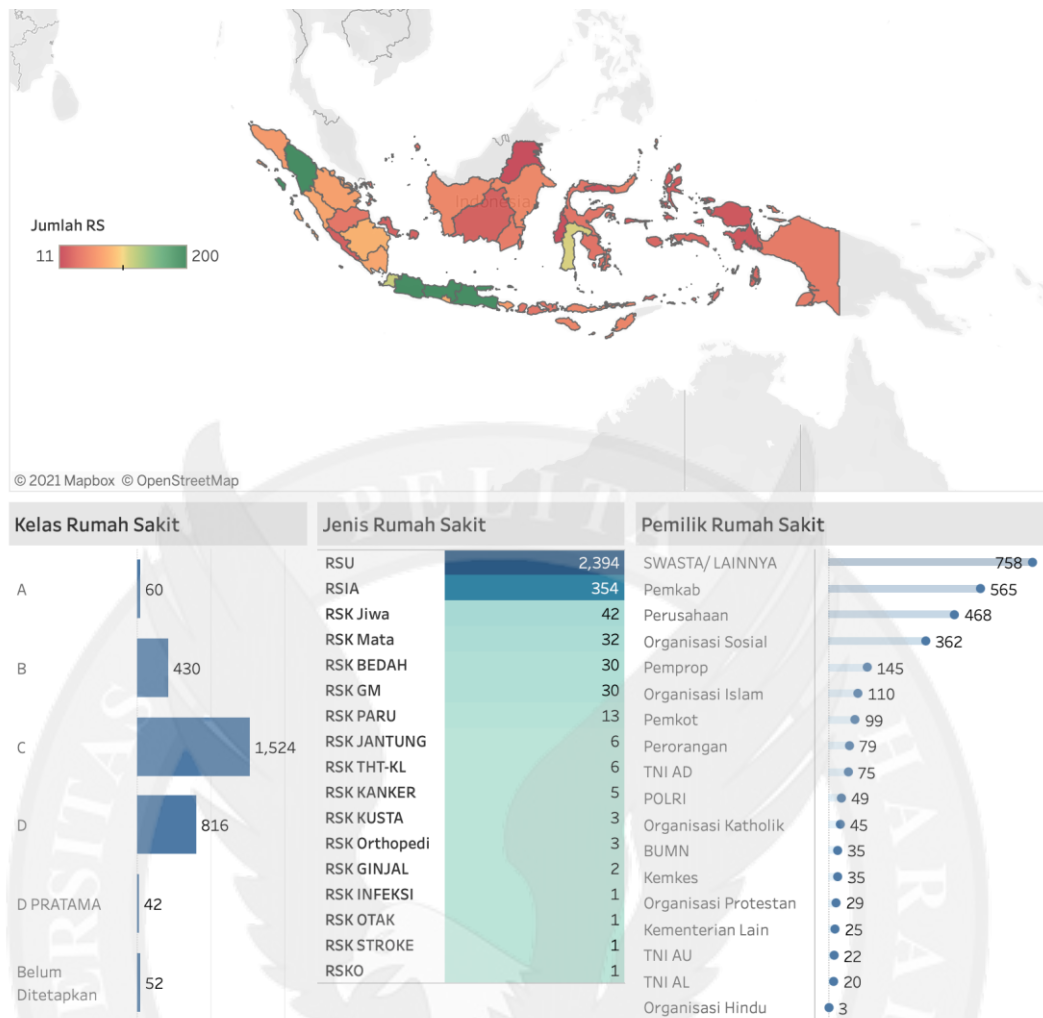


Gambar 1.2 Gambaran perbandingan jumlah perawat, perawat bersertifikat, dan jumlah mesin HD di Indonesia tahun 2017

Sumber : IRR (2018)

RS merupakan unit pelayanan kesehatan dari sistem kesehatan dan merupakan unsur strategis dilihat dari jumlah biaya yang dikeluarkan, yang sebagian besar dana kesehatannya terserap dalam sektor perumah-sakitan, di negara maju maupun di negara berkembang (Heni, 1992). Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 30 tahun 2019 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit, rumah sakit dapat didirikan oleh Pemerintah, Pemerintah daerah, maupun swasta. RS yang didirikan oleh swasta harus berbadan hukum yang kegiatan usahanya hanya bergerak di di bidang perumah-sakitan, kecuali rumah sakit publik yang kelola oleh badan hukum yang bersibat nirlaba. Rumah sakit umum dapat memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit, sedangkan rumah sakit khusus salah satunya adalah rumah sakit yang menangani penyakit ginjal (Kemenkes, 2019).

Dari data yang didapatkan di PERSI (Persatuan Rumah Sakit Indonesia), terdapat sejumlah 2.294 RS di tahun 2020, yang terbanyak dimiliki oleh pihak swasta sebanyak 758 RS, terdapat 1.524 RS tipe C, dan 816 RS tipe D. Dari data statistik PERSI juga didapatkan bahwa di Indonesia sendiri masih di dominasi oleh tipe Rumah Sakit Umum, dan hanya terdapat 2 RS khusus ginjal.



Gambar 1.3 Persebaran jumlah, kelas, dan kepemilikan RS di Indonesia

Sumber : PERSI (2021)

Rumah Sakit di Indonesia terdiri dari rumah sakit publik dan rumah sakit umum dengan jumlah total dua ribu tujuh ratus tujuh puluh tiga rumah sakit. Pertumbuhan RS umum pada enam tahun terakhir tidak sepesat pertumbuhan RS swasta. Rata-rata pertumbuhan RS umum sebesar 0,4%, karena adanya penurunan jumlah RS swasta non profit, sedangkan RS umum sebesar 15,3%. Jumlah RS swasta dibandingkan RS pemerintah lebih banyak, dengan rata-rata pertumbuhan sebesar 7%. Sedangkan pertumbuhan RS milik pemerintah hanya sebesar 3%. Berdasarkan kepemilikan, pertumbuhan RS swasta profit lebih agresif dibandingkan jenis RS lainnya. Rata-rata pertumbuhan sebesar 17,3%. RS publik milik Pemerintah provinsi hanya sebesar 7,7%, dan RS lain pertumbuhannya tidak terlalu signifikan. Hal yang perlu diperhatikan adalah

penurunan jumlah RS wasta non profit yang cukup signifikan di akhir tahun 2017 (Persi, 2018).

DKI Jakarta merupakan ibukota Indonesia yang memiliki tingkat kepadatan penduduk yang tinggi, dengan populasi sebanyak sebelas juta jiwa per tahun 2019 (Kemenkes, 2020). Dengan jumlah penduduk yang besar tersebut diperlukan jumlah rumah sakit yang memadai untuk mendukung pelayanan kesehatan penduduk di DKI Jakarta. Dari data yang tersedia diketahui terdapat seratus tiga puluh tiga rumah sakit swasta di propinsi DKI Jakarta. Dari total rumah sakit itu, terdapat tiga puluh lima ribu tempat tidur untuk sebelas juta jiwa penduduknya, dimana jumlah tersebut telah memenuhi standar yaitu tersedianya satu tempat tidur dibanding seribu orang dalam satu daerah (Kemenkes, 2020). Hal tersebut menunjukkan bahwa jumlah rumah sakit di DKI Jakarta telah cukup banyak, dan persaingan RS swasta di DKI Jakarta menjadi menjadi lebih kompetitif. Oleh sebab itu rumah sakit di Jakarta dan sekitarnya dapat menjadi bahan analisis yang menarik dalam penelitian tentang manajemen rumah sakit.

Sebagai regulator di bidang kesehatan, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan kebijakan untuk menjamin kualitas pelayanan kesehatan. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan disebutkan bahwa setiap rumah sakit di Indonesia wajib terakreditasi (Kemenkes, 2020). Terakreditasi berarti diakui mutu pelayanannya melalui proses audit yang ketat. Bagi rumah sakit terdapat pedoman yang berisi tingkat pencapaian yang harus dipenuhi dalam meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Pedoman ini tertuang dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS, 2019). Pada pedoman tersebut salah satu fokus adalah pada program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) di rumah sakit. Di instrumen PMKP ini dijabarkan adanya indikator mutu sebagai alat ukur bagi evaluasi pelayanan di rumah sakit. Pada indikator tersebut sudah terdapat elemen pengukuran yang terkait dengan standar kepuasan pasien atau konsumen rumah sakit. Oleh karenanya dalam menghadapi persaingan bisnis antar rumah sakit saat ini, kepuasan pasien telah menjadi fokus bagi manajemen rumah sakit.

Pengelolaan rumah sakit yang efisien dan efektif adalah syarat mutlak agar rumah sakit dapat memberi pelayanan yang optimal (Heni, 1992). Sesuai yang diungkapkan oleh Sütütemiz (2006) perusahaan memiliki dua tujuan utama yaitu mempertahankan asetnya dan menghasilkan keuntungan. Untuk mencapai tujuan tersebut, mereka perlu memperhatikan masalah efisiensi, daya saing, dan kepuasan karyawan dan pelanggan. Dan menurut Raadabadi, Bahadori, Ravangard, dan Mousavi (2017) untuk mencapai kinerja operasional yang efektif, manajer pelayanan medis di sebuah Rumah Sakit perlu mengetahui teknik peningkatan kualitas layanan dan memahami hubungan sebab-akibat antara indikator kualitas layanan, struktur kualitas, kepuasan pelanggan dan pengukuran kualitas layanan yang berkelanjutan. Walaupun pelayanan hemodialisis sebagian besar dibiayai oleh BPJS namun tetap memberikan profit bagi rumah sakit, dan bisa mengutamakan kualitas pelayanan seperti pada penelitian Andrew Riady, Anas Nasrul, Agus Widodo, Erlang Sigit Prabowo, Susi Anggraini (2017) dijelaskan berbagai jenis strategi yang dapat digunakan, dalam hal strategi bisnis hemodialisis Treacy dan Wiersema. Dalam disiplin Market Leader Treacy Wiersema disebutkan tiga nilai inti penting dari disiplin atau model bisnis yang harus diambil yaitu keunggulan operasional, kepemimpinan produk dan keintiman pelanggan. Keunggulan operasional yang diterapkan adalah memberikan pelayanan operasional yang prima dan berkualitas, kualitas pelayanan yang sesuai dengan rumah sakit tarif standar BPJS, juga kemudahan pendaftaran dengan sistem booking tanpa antri dan pembayaran biaya murah untuk kepesertaan BPJS.

Kepuasan dengan pelayanan kesehatan didefinisikan sebagai kualitas layanan yang ditawarkan seperti yang dirasakan oleh pasien, dan merupakan indikator kinerja dari organisasi layanan kesehatan. (Nguyen Thi, Frimat, Loos-Ayav, Kessler, & Briancon 2008). Kepuasan adalah konsep kompleks yang bergantung pada karakteristik individu pasien (misalnya, gaya hidup, pengalaman pelayanan kesehatan sebelumnya, nilai-nilai), serta karakteristik sosial, masalah penyakit tertentu, dan layanan kesehatan (tindak lanjut, kepatuhan pengobatan, stabilitas layanan kesehatan) (Carr Hill, 1992). Kepuasan pasien juga dikaitkan dengan kepatuhan terhadap terapi yaitu,

peningkatan kepuasan mengarah pada peningkatan kepatuhan (Wasserfallen et al, 2004). Kepuasan pasien pada pasien dialisis, dan pada penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa pasien yang puas lebih cenderung mematuhi aturan medis (Rundle, Keegan, & McGee, 2004). Dari sana diketahui bahwa sangat penting bahwa pasien dialisis mematuhi aturan medis, misalnya, pembatasan diet, karena ketidakpatuhan akan menurunkan tingkat angka harapan hidup (McGee, Rushe, Sheil, & Keogh, 1998). Pasien yang merasa puas terhadap fasilitas pelayanan kesehatan akan loyal terhadap fasilitas pelayanan bahkan pasien akan merekomendasikan kepada orang lain. Pasien yang tidak merasa puas terhadap fasilitas pelayanan kesehatan akan mencari fasilitas pelayanan kesehatan yang lain sesuai dengan harapan pasien. (Linda, 2018). Namun demikian, kualitas pelayanan yang relatif baik belum tentu bisa memuaskan pasien. Sebagian besar pasien tidak dapat menilai kompetensi teknis, sehingga mereka menilai mutu layanan dari karakteristik yang bersifat nonteknis atau hubungan interpersonal dan kenyamanan pelayanan (Blank, 1982). Oleh karenanya aspek kepuasan pelanggan perlu mendapatkan perhatian serius, karena meski bersifat subyektif tetapi menentukan preferensi selanjutnya dalam memilih sarana pelayanan kesehatan (Solichah, 2017).

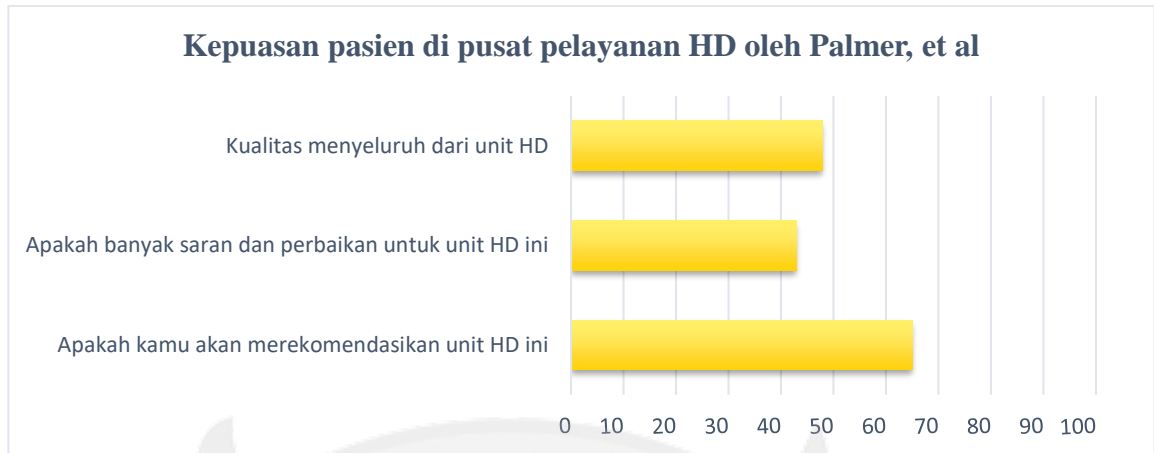
Komunitas Pasien Cuci Darah Indonesia (KPCDI) adalah sebuah perkumpulan yang berbasis dari gerakan sosial pasien gagal ginjal, bersifat mengedukasi dan mengkampanyekan kesehatan ginjal dan juga memperjuangkan hak-hak pasien, yang berdiri pada tanggal 15 Maret 2015, bertepatan memperingati hari ginjal se-dunia (*World Kidney Day*). Awalnya KPCDI ini, adalah sebuah forum komunikasi sesama pasien cuci darah di sebuah klinik hemodialisa di bilangan Jakarta Selatan, untuk saling sharing dan berdiskusi karena menjalani nasib yang sama harus melakukan tindakan cuci darah seumur hidup. Dari forum tersebut, kemudian berkembang luas ke berbagai kota di Indonesia. Awalnya KPCDI hanya melakukan kegiatan yang sifatnya internal kemudian berkembang ke persoalan publik. KPCDI mulai mengkritik dan memberi masukan kepada pemangku kebijakan publik, melalui media sosial, mengeluarkan statement ke media massa dan juga melakukan mediasi untuk menyampaikan aspirasi kepada anggota parlemen (KPCDI,



2021). Subjek dari penelitian ini sangat berhubungan dengan KPCDI terutama yang berdomisili di wilayah Jakarta dan sekitarnya.

Penelitian ini difokuskan pada pelayanan HD yang memiliki mesin HD minimal lima buah, di area Jakarta dan sekitarnya. Hal ini dilakukan dengan pertimbangan bahwa pelayanan HD di Jakarta umumnya dalam lingkungan bisnis kompetitif dan telah menggunakan pendekatan bersaing dengan kualitas pelayanan yang unggul. Fasilitas kesehatan tersebut melayani pasien HD baik secara pembayaran pribadi maupun JKN, dengan pertimbangan bahwa fasilitas kesehatan yang berkembang unit HD nya adalah RS yang bekerjasama dengan JKN. Pasien HD di area ini umumnya berada pada status sosial ekonomi menengah ke atas dengan tingkat pendidikan yang baik sehingga dapat memberikan gambaran akan harapan atau ekpektasi konsumen yang potensial. Penelitian ini juga menggunakan beberapa karakteristik responden yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan akhir, pekerjaan, jenis pembayaran dan jarak tempat tinggal.

Beberapa penelitian mengenai kepuasan pasien terhadap pelayanan unit hemodialisis menunjukkan tingkat kepuasan pasien yang berbeda terhadap masing-masing tempat dilakukannya hemodialisis (Linda, 2018). Palmer, Berardis, dan Craig (2014) melakukan penelitian kepuasan pasien di pusat pelayanan hemodialisis di Internasional yang menunjukkan tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan bahwa separuh responden merasa puas dengan memberikan penilaian sebesar 46,5% terhadap beberapa dimensi mutu pelayanan, dan didapatkan pada karakteristik responden yaitu usia yang lebih tua kurang kritis untuk memberi masukan dan pasien dengan gejala depresi didapatkan kurang merasa puas. Palmer et al (2014) mensyaratkan bahwa angka 80 % dianggap *acceptable*, namun dalam penelitian ini masih didapatkan dibawah angka 65%.



Gambar 1.4 Gambaran kepuasan pasien di pusat pelayanan HD yang dilakukan

Sumber : Palmer et al (2014)

Pada penelitian tersebut, Palmer et al (2014) menggunakan data dari Diaverum, jaringan yang menyediakan perawatan ginjal termasuk perawatan hemodialisis di pusat jangka panjang untuk lebih dari dua puluh ribu pasien di Eropa dan Amerika Selatan dan mensurvei pasien setidaknya setiap tahun tentang kepuasan mereka terhadap pelayanan kesehatan, terutama hemodialisis. Data dimasukkan untuk pasien terpilih yang berusia 18 tahun atau lebih dan dirawat dengan hemodialisis antara Januari dan Juni 2008 di pusat-pusat yang berlokasi di Eropa (Hongaria, Italia, Polandia dan Portugal) dan Amerika Selatan (Argentina). Semua unit HD pada penelitian tersebut dikelola selama masa studi sesuai dengan standar perawatan yang sama. Sebagian besar responden memandang perawatan dialisis mereka secara keseluruhan sebagai sangat baik dan namun masih perlu perbaikan. Kurang dari setengah responden menilai perawatan mereka secara keseluruhan baik sekali (46,5%) dan sekitar tiga perempat menilai perawatan mereka luar biasa atau baik sekali (78,5%). Proporsi yang menilai perawatan mereka secara keseluruhan sebagai baik sekali paling rendah di Polandia (13,7%), dengan proporsi yang lebih tinggi selanjutnya yaitu di Argentina (30,3%), Italia (61,2%), Hongaria (63,5%) dan Portugal (83,8%). Penelitian tersebut menunjukkan hubungan antara karakteristik responden dan penilaian proporsi perawatan hemodialisis baik sekali. Dalam analisis yang dikelompokkan berdasarkan negara dan proporsi responden yang menganggap bahwa tidak ada perawatan yang lebih baik dari unit HD mereka, dan tanggapan sesuai dengan

karakteristik klinis, demografis, maupun berbasis pengobatan. Secara keseluruhan, sekitar sepertiga responden menganggap bahwa tidak ada perawatan yang lebih baik dari unit HD mereka (32,9%). Responden berusia 70 tahun lebih cenderung mempertimbangkan bahwa tidak ada aspek perawatan yang memerlukan perbaikan dari unit HD tersebut. Di empat negara tempat pertanyaan ini diajukan (Argentina, Hongaria, Polandia dan Portugal), dibandingkan dengan Argentina, pasien di Hongaria dan Polandia lebih cenderung mempertimbangkan adanya hal yang perlu diubah pada perawatan mereka yang perlu diubah. Di empat negara yang dilakukan survei mengenai “Apakah Anda akan merekomendasikan pusat dialisis Anda kepada teman atau kerabat yang membutuhkan dialisis”, 1022 dari 1587 responden (64,4%) akan merekomendasikan pusat dialisis mereka. Responden yang lebih tua dan mereka yang tinggal jauh dari pusat dialisis mereka lebih merekomendasikan pusat dialisis mereka kepada orang lain untuk perawatan, sedangkan mereka dengan gejala depresi cenderung tidak terlalu merekomendasikan perawatan mereka kepada orang lain (Palmer et al, 2014). Dari penelitian tersebut fenomena yang didapat bahwa pasien yang akan menyarankan unit HD mereka pada orang lain dibawah target yang diharapkan, dan juga disini terlihat mereka sendiri pun kurang paham apa yang bisa menjadi saran dan perbaikan dari unit HD mereka.

Penelitian Sinurat, Jeriko, dan Zulkarnain (2014) menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara harapan pasien dengan kinerja pelayanan di unit hemodialisis, yaitu pasien merasa tidak puas pada dimensi empati sedangkan pasien merasa puas pada dimensi keandalan, daya tanggap, kepastian dan berwujud. Disini menunjukkan fenomena bahwa masih kurangnya pelayanan di unit dialisis. Lalu pada penelitian Donia et al (2015) menunjukkan rata-rata tingkat kepuasan pasien yang merasa puas atas penilaian kinerja pelayanan hemodialisis sebesar 79,74% dan sekitar 20,26% pasien merasa kurang puas. Disini terdapat gap atau perbedaan bahwa penelitian yang dilakukan memberikan hasil berbeda antara penelitian satu dengan yang lain.

Pada penelitian *systematic review* yang dilakukan oleh Linda tahun 2018 tentang kepuasan pasien gagal ginjal terhadap pelayanan di unit hemodialisis, *systematic review* tersebut menunjukkan aspek dimensi mutu pelayanan dalam mengukur tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan unit hemodialisis. Dari *systematic review* tersebut aspek jaminan dan empati dari pelayanan staf di unit hemodialisis perlu ditingkatkan sebagai salah satu faktor aspek dalam kepuasan pasien. Dan diketahui dari *systematic review* tersebut disimpulkan bahwa aspek dimensi mutu pelayanan kesehatan dari sudut pandang pasien dan masyarakat masih dirasakan kurang puas. Aspek dimensi mutu pelayanan yang dirasakan kurang puas maka suatu pelayanan kesehatan dapat mengetahui kesenjangan antara harapan dengan kinerja dari hasil pelayanan kesehatan (Linda, 2018).

Hasil pengukuran tingkat kepuasan pasien melalui kuesioner yang dilakukan secara berkala dapat menjadi bahan evaluasi suatu organisasi dalam perbaikan dan peningkatan mutu pelayanannya. Tingkat kepuasan pasien merupakan sebagai indikator dalam peningkatan mutu layanan kesehatan di unit hemodialisis berdasarkan atribut-atribut dimensi pelayanan mutu (Linda, 2018).

Terlepas dari relevansi subjek, tidak banyak instrumen tervalidasi yang tersedia untuk mengevaluasi kepuasan di antara pasien penyakit ginjal yang menjalani terapi dialisis. *The Choices for Healthy Outcomes in Caring for End-Stage Renal Disease (CHOICE)* (Rubin et al, 1997) adalah instrumen yang telah digunakan untuk membandingkan kepuasan dengan jenis terapi dialisis (Rubin et al, 2004). Instrumen lain untuk mengevaluasi kepuasan pada pasien yang menjalani dialisis adalah *Satisfaction of Patients in Chronic Dialysis (SEQUS)* (Wasserfallen et al, 2006), *SDIALOR (Satisfaction des patient dialysés en Lorraine)* (Nguyen Thi et al, 2008), *Client Satisfaction Questionnaire (CSQ)* (Van der Veer et al, 2012), *Customer Quality Index (CQ-index)*, *Renal Treatment Satisfaction Questionnaire (RTSQ)* (Barendse et al, 2005) dan survei *Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems In-Center Hemodialysis (CAHPS-ICH)* (Wood et al, 2014). Berbagai faktor kualitas untuk kualitas layanan dan kepuasan pasien dianalisis untuk

menyelidiki apakah kualitas layanan dan kepuasan pasien dipengaruhi oleh faktor kualitas tersebut. Studi kepuasan pasien tentang layanan dialisis telah diselesaikan di banyak negara, mengevaluasi layanan dialisis di seluruh dunia berbagai dimensi, termasuk lingkungan fisik, aspek perawatan interpersonal, dan dukungan psikososial (Kovac, Patel, Peterson, & Kimmel, 2002). Dari beberapa kuesioner dan penelitian yang dilakukan pada kepuasan pasien dialisis, penulis mengadopsi penelitian Sanabria-Arenas, Marín, Certuche-Quintana, and Sánchez-Pedraza (2017). Sanabria-Arenas et al. (2017) menggunakan kuesioner ESUR-HD, yang pada awalnya dikembangkan oleh sekelompok ahli nefrologi, perawat, dan pasien. Mereka mencari aspek utama yang dapat mempengaruhi kepuasan pasien. Dasar evaluasinya adalah proses dan prosedur perawatan klinis dalam pelayanan dialisis. Pada penelitian tersebut didapatkan sembilan bagian yang diinterpretasikan, sebagai berikut: Bagian 1: Fasilitas dan organisasi layanan. Bagian 2: Perawatan yang diberikan oleh perawat dan / atau asisten. Bagian 3: Perhatian pada masalah psikologis dan administrasi. Bagian 4: Kontak dan personel pekerjaan sosial. Bagian 5: Perhatian dan perawatan medis. Bagian 6: Perhatian dan perawatan nutrisi. Bagian 7: Pasokan dan kualitas obat. Bagian 8: Fitur proses penerimaan. Bagian 9: Perhatian dan perawatan yang diberikan oleh kepala perawat unit HD (Sanabria-Arenas et al, 2017). Penelitian ini juga menguji hubungan antara *service quality* dengan *patient satisfaction* yang sebelumnya telah dilakukan oleh Asnawi et al., 2019, dimana diungkapkan bahwa salah satu elemen utama yang menentukan kepuasan pelanggan adalah persepsi pelanggan terhadap kualitas layanan.

Seiring banyaknya pasien dialisis dan perkembangan unit HD di Indonesia terutama di Jakarta dan sekitarnya, penulis merasa perlu untuk melakukan evaluasi kepuasan pasien dan kualitas pelayanan dari unit pelayanan dialisis di Indonesia, khususnya di Jakarta dan sekitarnya. Disebabkan belum banyak penelitian yang serupa di Indonesia, penulis mengadopsi model penelitian yang diadopsi dari Sanabria-Arenas et al (2017) yang akan diuji secara empiris pada pasien hemodialisis yang menerima pelayanan di unit hemodialisis yang ada di Jakarta dan sekitarnya. Model

penelitian ini di adopsi dengan menambahkan aspek yang ada sebelumnya yang akan berpengaruh pada kualitas layanan yang akan mempengaruhi kepuasan pelanggan, selain itu kuesioner yang ada sebelumnya akan disesuaikan dengan kondisi pelayanan di Indonesia. Dari penelitian Sanabria-Arenas et al (2017) penulis mengadopsi sembilan bagian yang diringkas menjadi delapan bagian dan menghilangkan satu bagian yaitu kontak dan personel pekerja sosial, karena di hal ini kurang relevan, dimana pekerja sosial hanya didapatkan di RS milik pemerintah di Indonesia. Hasil analisis model penelitian ini diharapkan dapat memberi kontribusi baru dalam mengkonfirmasi teori pelayanan kesehatan dan kepuasan konsumen, khususnya dalam konteks pelayanan unit hemodialisis di rumah sakit maupun klinik. Dari hasil penelitian diharapkan juga ditemukan manfaat manajerial yang dapat disarankan bagi manajer dalam upaya meningkatkan kinerja pelayanan, terutama untuk mengembangkan unit hemodialisis baik di rumah sakit maupun klinik.

## 1.2 Pertanyaan Penelitian

Dari variable-variable penelitian diatas, maka untuk menjawab fenomena latar belakang penelitian, maka dapat dirumuskan beberapa masalah penelitian dalam bentuk pertanyaan penelitian (research question) seperti diuraikan dibawah ini:

1. Apakah *facilities and organisation of the service* memberi pengaruh positif terhadap *service quality*?
2. Apakah *care provided by attending nurses and or assistants* memberi pengaruh positif terhadap *service quality*?
3. Apakah *attention to psychological and administrative issues* memberi pengaruh positif terhadap *service quality*?
4. Apakah *medical attention and care* memberi pengaruh positif terhadap *service quality*?
5. Apakah *nutrition attention and care* memberi pengaruh positif terhadap *service quality*?
6. Apakah *medication supply and quality* memberi pengaruh positif terhadap *service quality*?

7. Apakah *features and administration process* memberi pengaruh positif terhadap *service quality*?
8. Apakah *attention and care provided by head nurse* memberi pengaruh positif terhadap *service quality*?
9. Apakah *service quality* memberi pengaruh positif terhadap *patient satisfaction*?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

Tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Mengetahui pengaruh *facilities and organisation of the service* terhadap *service quality*
2. Mengetahui pengaruh *care provided by attending nurses and or assistants* terhadap *service quality*
3. Mengetahui pengaruh *attention to psychological and administrative issues* terhadap *service quality*
4. Mengetahui pengaruh *medical attention and care* terhadap *service quality*
5. Mengetahui pengaruh *nutrition attention and care* terhadap *service quality*
6. Mengetahui pengaruh *medication supply and quality* terhadap *service quality*
7. Mengetahui pengaruh *features and administration process* terhadap *service quality*
8. Mengetahui pengaruh *attention and care provided by head nurse* terhadap *service quality*
9. Dan mengetahui pengaruh dari semua dimensi yang mempengaruhi *service quality* mempengaruhi *patient satisfaction*

### **1.4 Manfaat Penelitian**

Manfaat dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Manfaat Akademis

Rujukan bagi penelitian selanjutnya tentang implementasi *service quality* untuk meningkatkan *patient satisfaction* pada pelayanan di

unit hemodialisis. Dan menjadi rujukan bagi penelitian lain tentang *service quality* dan *patient satisfaction* pada hemodialysis.

## 2. Manfaat Praktis

Masukan bagi manager maupun pengembang unit hemodialisis memperhatikan faktor-faktor yang dapat dipertahankan dan ditingkatkan dalam meningkatkan kualitas pelayanan. Hal ini dapat menjadi *competitive advantage* bagi rumah sakit untuk bersaing dan berkembang

### 1.5 Sistematika Penelitian

Penelitian disusun dalam sistematika penelitian yang terdiri dari lima bab. Dalam setiap bab tersebut terdapat penjelasan-penjelasan sesuai dengan judul bab. Kelima bab tersebut memiliki alur dan keterkaitan antara satu bab dengan yang bab lainnya sehingga membuat penelitian ini menjadi satu kesatuan yang lengkap dan utuh sebagai naskah akademis. Penjabaran dari sistematika penulisan tesis ini disusun sebagai berikut:

#### BAB I: PENDAHULUAN

Bab ini terdiri dari latar belakang dari penelitian serta penjelasan fenomena dan masalah penelitian beserta variabel penelitian yang akan digunakan.

Selanjutnya uraian tentang pertanyaan penelitian (*research question*), tujuan penelitian, manfaat penelitian, serta sistematika penulisan.

#### BAB II: TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini berisi uraian teori-teori dasar sebagai landasan dari penelitian, penjelasan variabel, serta penelitian-penelitian yang terkait dengan topik penelitian terdahulu. Kemudian pengembangan hipotesis beserta gambar model penelitian (*conceptual framework*) akan dijelaskan lebih lanjut pada bab ini.

#### BAB III: METODE PENELITIAN

Bab ini berisi penjelasan tentang objek penelitian, unit analisis penelitian, tipe penelitian, *operasionalisasi* variabel penelitian, populasi dan sampel, penentuan jumlah sampel, metode penarikan sampel, metode pengumpulan data, serta metode analisis data.



#### **BAB IV: HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Bab ini berisi tentang analisis dari pengolahan data penelitian yang terdiri dari profil dan perilaku responden, analisis deskripsi variabel penelitian, analisis inferensial penelitian dengan PLS-SEM beserta pembahasannya.

#### **BAB V: KESIMPULAN**

Bab ini berisi kesimpulan dari penelitian, implikasi manajerial serta ketebatasan dan saran untuk penelitian selanjutnya.

