

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. BPJS Kesehatan

1. Definisi

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan institusi hukum publik yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan program jaminan sosial nasional. Lembaga ini terbagi menjadi dua, yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Khusus BPJS Kesehatan, badan ini mulai beroperasi secara resmi pada tanggal 1 Januari 2014, sesuai dengan ketentuan (Permenkes No.71, 2013).

Menurut Peraturan Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 05 Tahun (2018) BPJS Kesehatan adalah institusi hukum yang ditunjuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan, termasuk layanan rehabilitasi medik seperti fisioterapi yang bertujuan mengembalikan fungsi tubuh akibat cedera atau penyakit dengan intervensi fisik, keterampilan medik, dan pendekatan rehabilitatif guna memaksimalkan kemampuan fungsional pasien.

2. Peserta BPJS Kesehatan

Menurut Suryono et al., (2019) peserta BPJS Kesehatan dibagi dalam dua kategori besar berdasarkan UU No. 24 Tahun 2011 Pasal 6, yakni:

- a. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI): terdiri atas masyarakat miskin dan tidak mampu yang iurannya ditanggung oleh pemerintah,

- b. Peserta non-PBI: mencakup PNS, anggota TNI/Polri, pegawai swasta, pekerja mandiri, veteran, pensiunan, serta masyarakat umum lainnya.

3. Iuran BPJS Kesehatan

Sebagaimana diketahui, pada tahun 2024 terjadi penyesuaian terhadap besaran iuran BPJS Kesehatan yang dibayarkan peserta setiap bulan, sesuai dengan ketetapan pemerintah yang berlaku direktur utama badan penyalang 18 sosial kesehatan, (30 September 2024) bahwa :

Peserta BPJS Kesehatan Kelas 1 dikenakan iuran sebesar Rp150.000 per orang setiap bulan.

- a. Untuk peserta Kelas 2, iuran yang dibayarkan adalah sebesar Rp100.000 per orang per bulan.
- b. Peserta Kelas 3 membayar iuran sebesar Rp35.000 per orang per bulan, setelah mendapatkan subsidi pemerintah sebesar Rp7.000 dari total iuran sebesar Rp42.000.
- c. Bagi peserta yang merupakan Pekerja Penerima Upah (PPU) di lingkungan BUMN, BUMD, maupun sektor swasta, besaran iuran ditetapkan sebesar 5% dari penghasilan bulanan.
- d. Untuk anggota keluarga tambahan dari peserta PPU, iuran yang dikenakan adalah sebesar 1% dari penghasilan per orang per bulan.
- e. Veteran, perintis kemerdekaan, beserta janda/dudanya atau anak yatim piatu dari mereka, dikenakan iuran sebesar 5% dari 45% gaji pokok Pegawai Negeri Sipil (PNS) golongan III/a dengan masa kerja 14 tahun per bulan. Peluncuran Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS)

Sebagai bagian dari Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), keberadaan BPJS Kesehatan telah memberikan dampak yang signifikan terhadap pelayanan kesehatan masyarakat, khususnya dalam meningkatkan akses penduduk terhadap perlindungan jaminan kesehatan. Landasan hukum penyelenggaraan JKN tercantum dalam beberapa regulasi utama, di antaranya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Partisipasi aktif masyarakat dalam program JKN-KIS sangat diperlukan, karena individu yang sehat dapat berkontribusi dalam menekan biaya pelayanan kesehatan secara keseluruhan melalui prinsip gotong royong. Kesadaran peserta yang berada dalam kondisi sehat serta peran generasi muda dalam mendukung kelompok lansia menjadi faktor penting dalam menjaga keberlangsungan sistem kesehatan nasional dan meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat Indonesia secara umum. (Salsabila et al., 2023).

Kehadiran BPJS Kesehatan turut mendorong perbaikan kualitas layanan kesehatan, terutama dengan meningkatkan kemudahan akses dan tersedianya fasilitas kesehatan yang lebih merata bagi masyarakat (Triayu Nur Afifah et al., 2022). Program JKN menunjukkan hasil yang positif bagi masyarakat miskin dan tidak mampu, baik dari segi pemanfaatan layanan kesehatan maupun peningkatan proteksi finansial. Ditemukan bahwa kepesertaan JKN pada masyarakat miskin dan tidak mampu dapat

meningkatkan probabilitas pemanfaatan layanan rawat inap dan rawat jalan di faskes. Probabilitas pemanfaatan layanan rawat jalan bahkan sangat besar bagi masyarakat miskin peserta JKN di kawasan timur Indonesia, dibandingkan dengan masyarakat miskin yang belum terpapar program ini (Saputri et al., 2023).

4. Alur Pelayanan BPJS Kesehatan RSUD Undata

Menurut SIPPN Menpan (2024) Untuk dapat menerima pelayanan BPJS Kesehatan di RSUD Undata, pasien terlebih dahulu harus melengkapi persyaratan yang telah ditentukan:

- a. Surat rujukan yang berasal dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), dokter keluarga, atau dokter spesialis lainnya.
- b. Kartu BPJS Kesehatan atau jenis kartu jaminan kesehatan lainnya yang masih berlaku.
- c. Kartu identitas diri, seperti KTP atau identitas resmi lainnya.
- d. Surat Eligibilitas Peserta (SEP) atau dokumen jaminan pelayanan sebagai bukti kepesertaan aktif BPJS Kesehatan.

Usai melengkapi persyaratan, pasien diperkenankan melakukan pendaftaran sesuai dengan alur, ketentuan, dan prosedur pelayanan yang berlaku (SIPPN Menpan, 2024):

- a. Pasien yang berasal dari Instalasi Rawat Jalan RSUD Undata, hasil konsultasi dari dokter praktik swasta, rujukan dari rumah sakit lain, puskesmas, atau fasilitas kesehatan lainnya, serta pasien yang datang langsung dan memerlukan layanan Rehabilitasi Medik, diwajibkan melakukan pendaftaran dan melengkapi administrasi di loket

pendaftaran rumah sakit. Setelah itu, pasien diarahkan ke bagian administrasi Instalasi Rehabilitasi Medik dengan membawa surat rujukan dari dokter yang menangani.

- b. Pasien umum yang membutuhkan layanan rehabilitasi medik melakukan pendaftaran di loket utama RS, dan kemudian akan diarahkan ke Instalasi Rehabilitasi Medik untuk proses selanjutnya.
- c. Rujukan kepada Dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi (SpKFR) dapat berupa rujukan medis yang mencakup upaya kuratif dan rehabilitatif, serta rujukan terkait tindakan promotif dan preventif.
- d. Dokter SpKFR akan melakukan pemeriksaan, penilaian, dan asesmen terhadap pasien guna menetapkan diagnosis medis dan fungsional, menentukan prognosis, serta merancang dan mengevaluasi program terapi yang sesuai.
- e. Hasil dari pemeriksaan dan asesmen tersebut, termasuk program terapi yang dirancang, akan dicatat pada lembar status pasien. Informasi ini mencakup jenis terapi, intensitas, durasi, serta lama terapi, dan ditandatangani oleh dokter SpKFR yang melakukan pemeriksaan.
- f. Terapi yang diberikan dapat berupa tindakan medis langsung oleh Dokter SpKFR atau tindakan yang didelegasikan kepada tenaga profesional seperti fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, atau ortotis-prostetis, sesuai dengan kebutuhan pasien. Dokter juga dapat

meresepkan pengobatan (medikamentosa) berdasarkan indikasi medis yang ada.

- g. Pelaksanaan terapi oleh fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, dan ortotis-prostetis dilakukan sesuai dengan program terapi yang telah ditetapkan oleh Dokter SpKFR.
- h. Dokter SpKFR akan memberikan penjelasan kepada pasien mengenai jenis terapi yang akan dijalani, durasi pelaksanaan, serta kondisi atau reaksi yang mungkin terjadi selama dan setelah terapi dilakukan.
- i. Sebelum menjalani tindakan intervensi, pasien diminta untuk menandatangani informed consent dan Surat Persetujuan Tindakan, setelah menerima penjelasan menyeluruh dari Dokter SpKFR.
- j. Evaluasi atau asesmen ulang terhadap kondisi pasien maupun program terapi akan dilakukan oleh Dokter SpKFR setelah lima kali sesi terapi. Khusus untuk pasien terapi tumbuh kembang anak, evaluasi dilakukan setiap sepuluh kali sesi terapi.
- k. Jika hasil asesmen menunjukkan perlunya pemeriksaan penunjang seperti laboratorium atau radiologi, Dokter SpKFR akan mengisi formulir permintaan pemeriksaan tersebut dan melampirkan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) sebagai syarat administrasi.
- l. Dokter SpKFR yang bertanggung jawab atas pasien dapat merujuk kembali atau melakukan konsultasi dengan dokter spesialis lain jika dibutuhkan, berdasarkan hasil pemeriksaan atau asesmen. Rujukan

atau konsultasi tersebut dituangkan dalam formulir rujukan atau lembar konsultasi resmi.

Durasi pemeriksaan dan pelayanan ditetapkan sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) yang berlaku di fasilitas kesehatan, serta mempertimbangkan jenis tindakan medis dan kebutuhan individual pasien menurut SIPPN Menpan, (2024) yaitu:

- a. Pemeriksaan oleh Dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi berlangsung selama kurang lebih 10 hingga 15 menit per pasien.
- b. Pemeriksaan diagnostik dan tindakan medis oleh Dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi memerlukan waktu sekitar 15 hingga 30 menit, tergantung pada kondisi dan kebutuhan pasien.
- c. Pelayanan fisioterapi dilaksanakan dengan durasi antara 15 hingga 25 menit untuk setiap sesi terapi.
- d. Pelayanan okupasi terapi diberikan selama 15 hingga 25 menit per sesi, menyesuaikan dengan jenis intervensi yang dibutuhkan pasien.
- e. Pelayanan terapi wicara memiliki estimasi waktu pelayanan antara 15 hingga 25 menit per sesi.
- f. Pelayanan ortotik-prostetik untuk saat ini belum dapat dilakukan karena keterbatasan prasarana yang tersedia.

5. Manfaat BPJS Kesehatan

Menurut Dian Pusparini (2022) ahli asuransi kesehatan, manfaat kepesertaan dalam BPJS Kesehatan diatur dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Dalam regulasi

tersebut, tercantum setidaknya 12 manfaat utama yang dapat diperoleh oleh setiap peserta BPJS Kesehatan, antara lain:

- a. Menanggung hampir seluruh jenis penyakit, termasuk penyakit ringan hingga berat, tanpa adanya batasan jenis penyakit tertentu.
- b. Premi yang terjangkau, memungkinkan masyarakat dari berbagai lapisan ekonomi untuk berpartisipasi dalam program ini.
- c. Kemudahan dalam sistem pembayaran iuran, baik secara manual maupun digital, yang dapat diakses melalui berbagai platform.
- d. Tanpa keharusan melakukan medical check-up, peserta dapat langsung terdaftar tanpa pemeriksaan kesehatan terlebih dahulu, sehingga siapapun dapat menjadi peserta tanpa memandang usia atau kondisi kesehatan saat mendaftar.
- e. Memberikan jaminan perlindungan kesehatan seumur hidup, selama peserta tetap aktif membayar iuran.
- f. Tidak memberlakukan ketentuan pre-existing condition, artinya peserta tetap mendapatkan jaminan atas penyakit yang telah diderita sebelum menjadi peserta, tanpa masa tunggu atau pengecualian.
- g. Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- h. Menjamin pelayanan rawat jalan, baik di FKTP maupun fasilitas rujukan tingkat lanjutan.
- i. Menyediakan layanan rawat inap, dengan pembiayaan yang disesuaikan dengan kelas yang dipilih peserta.

- j. Menerapkan sistem rujukan berjenjang, untuk memastikan peserta mendapatkan pelayanan medis sesuai dengan tingkat kebutuhan klinisnya.
- k. Menjamin pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan, setelah peserta mendapatkan rujukan dari FKTP.
- l. Menyediakan layanan rawat jalan lanjutan, sebagai bagian dari tindak lanjut perawatan atau pengobatan lanjutan terhadap penyakit tertentu. Kekurangan dari BPJS Kesehatan

Meskipun BPJS Kesehatan menawarkan berbagai manfaat yang signifikan bagi pesertanya, tidak dapat dipungkiri bahwa program ini juga memiliki sejumlah kekurangan yang perlu menjadi perhatian. Adapun beberapa kekurangan dari BPJS Kesehatan menurut Dian Pusparini (2022) ajun ahli asuransi kesehatan antara lain sebagai berikut:

- a. Sistem rujukan medis berjenjang.

Salah satu kekurangan BPJS Kesehatan adalah penerapan sistem rujukan berjenjang yang cukup kompleks. Peserta tidak dapat langsung mengakses layanan di rumah sakit rujukan tingkat lanjutan.

Sebagai langkah awal, peserta harus terlebih dahulu memperoleh rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama (seperti Puskesmas atau klinik), kemudian dilanjutkan dengan rujukan dari rumah sakit tingkat kelurahan atau kecamatan, sebelum akhirnya bisa mendapatkan pelayanan di rumah sakit daerah (RSUD) atau rumah sakit tipe A. Proses ini sering kali memakan waktu dan dinilai kurang

praktis, terutama dalam kondisi yang memerlukan penanganan cepat.

b. Manfaat BPJS Kesehatan terbatas hanya di dalam negeri.

Cakupan layanan BPJS Kesehatan hanya berlaku di wilayah Indonesia. Artinya, peserta tidak dapat menggunakan manfaat kepesertaan ini untuk mendapatkan layanan kesehatan di luar negeri, meskipun dalam kondisi darurat atau saat sedang bepergian ke luar negeri.

c. Antrean pelayanan yang Panjang

Selain sistem rujukan yang berjenjang, salah satu kendala lain yang sering dikeluhkan peserta adalah panjangnya antrean saat ingin mendapatkan pelayanan kesehatan. Baik di tingkat Puskesmas maupun rumah sakit, peserta BPJS Kesehatan kerap kali harus datang lebih awal untuk mendapatkan nomor antrean yang lebih depan, terutama saat melakukan klaim atau pemeriksaan lanjutan. Hal ini dapat menimbulkan ketidaknyamanan, terutama bagi pasien dengan kondisi khusus.

d. Terdapat Pengecualian Dalam Manfaat Layanan

Meskipun BPJS Kesehatan memberikan cakupan manfaat yang cukup luas, tidak semua layanan kesehatan dijamin oleh program ini. Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, terdapat beberapa jenis layanan dan kondisi medis yang tidak ditanggung, salah satunya disebabkan oleh keterbatasan anggaran atau defisit yang dialami lembaga

penyelenggara. Pengecualian ini mencakup jenis-jenis pelayanan tertentu yang akan dijelaskan lebih lanjut. Adapun beberapa jenis pelayanan kesehatan yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan, sebagaimana tercantum dalam Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, antara lain:

- 1) Layanan kesehatan yang bertujuan untuk estetika, seperti perawatan kecantikan atau tindakan meratakan gigi (ortodonti), tidak termasuk dalam cakupan manfaat BPJS.
- 2) Layanan yang berkaitan dengan masalah infertilitas atau kemandulan, termasuk program kehamilan buatan, tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan.
- 3) Pelayanan kesehatan untuk mengatasi ketergantungan terhadap zat adiktif, seperti narkoba, psikotropika, dan alkohol, tidak termasuk dalam pembiayaan program.
- 4) Gangguan kesehatan akibat tindakan yang membahayakan diri sendiri, seperti percobaan bunuh diri atau perilaku ekstrem yang disengaja, tidak ditanggung oleh BPJS.
- 5) Pengobatan alternatif atau tradisional, yang belum terbukti secara ilmiah dan tidak memiliki dasar medis yang sah, tidak dijamin dalam program BPJS Kesehatan.
- 6) Tindakan medis atau pengobatan yang masih bersifat eksperimental, atau belum memperoleh persetujuan resmi dari otoritas kesehatan, tidak dibiayai oleh BPJS.

7) Obat-obatan dan alat kontrasepsi, baik yang digunakan untuk pengendalian kelahiran maupun lainnya, tidak termasuk dalam manfaat yang dijamin oleh BPJS Kesehatan.

6. Dampak Negatif, Stigma dan Diskriminasi Dari Pengguna Asuransi BPJS Kesehatan.

Meskipun BPJS Kesehatan memberikan kontribusi besar dalam peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat, tidak dapat diabaikan bahwa masih terdapat sejumlah dampak negatif, stigma, serta perlakuan diskriminatif yang dirasakan baik oleh peserta BPJS maupun tenaga kesehatan. Beberapa permasalahan tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Antrean panjang dan proses rujukan yang kompleks

Peserta BPJS Kesehatan kerap menghadapi antrean yang panjang di berbagai fasilitas layanan kesehatan, baik di tingkat Puskesmas, klinik, maupun rumah sakit. Kondisi ini disebabkan oleh tingginya jumlah masyarakat yang mengakses layanan melalui program BPJS, sehingga menyebabkan kepadatan antrean. Selain itu, penerapan sistem rujukan berjenjang yang mengharuskan pasien memperoleh rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama sebelum mendapatkan pelayanan di rumah sakit, dinilai memperlambat proses penanganan medis. Dalam beberapa kasus, keterlambatan akses ini bahkan menimbulkan dampak psikologis bagi pasien, termasuk insiden pingsan saat menunggu giliran pelayanan di poliklinik (Dian Pusparini, 2022). Ini menambah beban

psikologis bagi pasien yang membutuhkan perawatan segera. Tidak jarang banyak pasien yang pingsan saat menunggu antrean panjang di poliklinik rumah sakit sehingga harus di larikan ke IGD rumah sakit tersebut.

b. Pembatasan layanan dan perlakuan diskriminatif

Sejumlah peserta melaporkan adanya perbedaan perlakuan dalam pelayanan kesehatan, di mana pasien BPJS dianggap kurang mendapatkan prioritas dibandingkan pasien umum atau pengguna asuransi swasta. Keluhan ini mencakup pembatasan dalam durasi, jenis, dan kualitas layanan yang diberikan. Laporan dari Ombudsman Republik Indonesia pada tahun 2023 menyatakan bahwa peserta BPJS sering kali ditempatkan pada urutan terakhir dalam pemberian layanan medis, yang menimbulkan ketidakpuasan di kalangan peserta program (Ombudsman.RI, 2023).

c. Perbedaan Perlakuan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Kasus diskriminasi juga ditemukan dalam bentuk perbedaan perlakuan di fasilitas pelayanan kesehatan. Ombudsman RI mencatat bahwa beberapa rumah sakit atau klinik lebih memprioritaskan pasien non-BPJS yang membayar secara mandiri atau menggunakan asuransi swasta. Hal ini memunculkan persepsi ketidaksetaraan dan ketidakadilan di antara peserta BPJS, yang merasa tidak mendapatkan hak pelayanan yang setara (Ombudsman.RI, 2023).

d. Keterlambatan Pembayaran Oleh BPJS Kepada Rumah Sakit.

Kendala lain yang sering terjadi adalah keterlambatan pembayaran dari BPJS Kesehatan kepada rumah sakit. Hal ini berdampak langsung terhadap kelangsungan operasional rumah sakit, terutama dalam hal penyediaan obat-obatan, alat kesehatan, dan pembayaran jasa tenaga medis. Ketidaktepatan waktu pembayaran tersebut turut memperberat beban manajerial rumah sakit dan menyebabkan gangguan pada arus kas. Akibatnya, kualitas pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan menurun karena keterbatasan anggaran dan dukungan fasilitas (M Nur Sholikin, 2019).

e. Meningkatnya beban kerja tenaga kesehatan

Program BPJS Kesehatan juga berdampak pada meningkatnya beban kerja bagi tenaga medis. Dengan jumlah pasien yang tinggi, namun tidak diimbangi dengan kompensasi dan dukungan anggaran yang memadai, banyak tenaga kesehatan merasa kewalahan. Kondisi ini memengaruhi efektivitas pelayanan yang diberikan, karena keterbatasan waktu, tenaga, serta ketersediaan sarana medis yang diperlukan dalam menunjang pelayanan kesehatan secara optimal (M Nur Sholikin, 2019).

B. Kepuasan Layanan

1. Definisi kepuasan

Menurut Kotler (2007) dalam Devika et al., (2024) kepuasan pasien dapat diartikan sebagai respons emosional seseorang yang timbul dari hasil

perbandingan antara persepsi terhadap pelayanan yang diterima dengan harapan yang dimiliki. Jika hasil pelayanan sesuai atau melebihi harapan, maka akan timbul rasa puas; sebaliknya, jika tidak sesuai, maka akan menimbulkan kekecewaan. Lebih lanjut, menurut Sunaringsih Ika Wardoyo & Rosadi (2023) ekspektasi atau harapan pasien dalam menerima layanan kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti kebutuhan pribadi, kondisi saat menerima layanan, pengalaman sebelumnya, testimoni dari orang lain, serta promosi yang tersebar di masyarakat. (Devika et al., 2024).

Kepuasan terhadap layanan kesehatan sangat berkaitan erat dengan hasil pelayanan medis yang diterima, termasuk kepatuhan pasien terhadap pengobatan, pemahaman mereka terhadap informasi medis, dan kelangsungan proses perawatan. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan yang mampu memenuhi harapan dan memberikan kepuasan kepada setiap penggunanya (Rikomah & Setyaenti, 2017).

Selain itu, kepuasan pasien juga merupakan bentuk evaluasi subjektif yang dilakukan pasien berdasarkan perasaan mereka terhadap pelayanan yang diterima selama berada di rumah sakit. Hal ini merupakan refleksi dari pengalaman pasien yang menggambarkan sejauh mana kualitas layanan rumah sakit dirasakan mampu memenuhi harapan mereka (Karunia Keperawatan et al., 2022).

2. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Pasien

Menurut Siswadi et al., (2018) kepuasan pasien tidak hanya dipengaruhi oleh kualitas pelayanan dari tenaga kesehatan, tetapi juga

dipengaruhi oleh berbagai faktor internal dan eksternal dari diri pasien itu sendiri. Faktor internal atau yang berasal dari dalam diri pasien meliputi:

- a. Sumber daya yang dimiliki pasien, baik secara fisik maupun finansial.
- b. Tingkat pendidikan, yang memengaruhi pemahaman pasien terhadap prosedur dan informasi medis.
- c. Pengetahuan pasien mengenai kondisi kesehatan dan sistem pelayanan yang diterima.
- d. Sikap atau persepsi pasien terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan.

Sementara itu, faktor eksternal atau faktor dari luar diri pasien meliputi:

- a. Latar belakang budaya, yang memengaruhi cara pandang pasien terhadap proses pelayanan kesehatan.
- b. Kondisi sosial ekonomi, termasuk kemampuan finansial yang berdampak pada akses dan ekspektasi pelayanan.
- c. Dukungan keluarga dan situasi yang sedang dialami, yang dapat memperkuat atau melemahkan pengalaman pasien selama menjalani perawatan.

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa kepuasan pasien dipengaruhi oleh berbagai aspek yang saling berinteraksi. Proses kepuasan dimulai sejak pasien pertama kali datang ke rumah sakit hingga saat mereka meninggalkan fasilitas kesehatan. Selain itu, implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) juga

memberikan pengaruh besar terhadap sistem pelayanan kesehatan, baik dari sisi aksesibilitas maupun kualitas layanan yang dirasakan oleh pasien (Marga et al., 2022).

3. Dampak Ketidak Puasan Pasien

Kepuasan pasien memiliki peran penting dalam keberhasilan proses terapi. Pasien yang merasa puas terhadap layanan yang diberikan cenderung menunjukkan kepatuhan terhadap prosedur terapi, semangat untuk sembuh, dan pemahaman yang lebih baik terhadap tindakan fisioterapi yang dijalani. Hal ini turut diperkuat oleh pengakuan dari fisioterapis yang menyatakan bahwa pasien yang puas menunjukkan antusiasme, rasa percaya, dan motivasi tinggi dalam mengikuti setiap sesi terapi. Hubungan yang baik antara pasien dan terapis membentuk rasa aman dan kepercayaan yang memperkuat proses penyembuhan.

Sebaliknya, ketidakpuasan terhadap layanan fisioterapi dapat berdampak negatif, seperti menghentikan pengobatan sebelum selesai, menyebarkan persepsi buruk mengenai kualitas layanan rumah sakit dan tenaga kesehatan, serta merugikan pihak-pihak terkait secara ekonomi—baik pasien, fisioterapis, maupun institusi rumah sakit. Ketidakpuasan pasien juga dapat menciptakan opini negatif di masyarakat yang pada akhirnya berpengaruh terhadap citra fasilitas layanan tersebut (Rizal & Ani Marwati, 2021).

Lebih jauh, pasien yang tidak puas juga cenderung tidak patuh dalam melaksanakan latihan mandiri di rumah yang telah direkomendasikan, sehingga proses pemulihan menjadi terhambat. Dalam penelitian Rizal &

Ani Marwati (2021) ditemukan bahwa lima dimensi kualitas pelayanan—*tangible* (bukti fisik), *reliability* (keandalan), *responsiveness* (ketanggapan), *assurance* (jaminan), dan *empathy* (empati)—memiliki hubungan erat dengan tingkat kepuasan pasien. Oleh karena itu, penting bagi fisioterapis untuk memahami dan mengevaluasi tingkat kepuasan pasien terhadap layanan yang diberikan. Salah satu instrumen yang digunakan untuk mengukur kepuasan tersebut adalah *Service Quality* (ServQual).

4. Alat Ukur Kepuasan

Menurut Kotler (2000, hlm.438) kualitas layanan (*service quality*) dapat diartikan sebagai hasil perbandingan antara kualitas layanan yang dirasakan (*perceived quality*) oleh pelanggan setelah menerima layanan, dengan kualitas yang diharapkan (*expected quality*) sebelum layanan diterima. Jika layanan yang diterima berada di bawah ekspektasi pelanggan, maka minat atau kepuasan pelanggan akan menurun. Dengan demikian, persepsi terhadap kualitas pelayanan terbentuk dari sejauh mana perbedaan antara harapan dan kenyataan layanan yang diterima. Persepsi pelanggan terhadap layanan yang kualitas terbentuk karena adanya perbedaan antara layanan yang diterima dengan layanan yang diharapkan. Menurut Baines (2011, hlm.503) dalam (Siswadi et al., 2018).

Dalam lima dimensi Servqual, keandalan (*reliability*) dianggap sebagai unsur yang paling penting oleh pelanggan, kemudian diikuti oleh ketanggapan (*responsiveness*), jaminan (*assurance*), empati (*empathy*), dan bukti fisik (*tangibles*). Kualitas layanan merupakan hasil dari persepsi dan evaluasi pelanggan terhadap kesesuaian antara layanan yang diterima

dengan layanan yang diharapkan. Dengan kata lain, kualitas pelayanan dapat diukur melalui lima dimensi utama Servqual, yakni keandalan, ketanggapan, jaminan, empati, dan bukti fisik (Siswadi et al., 2018).

Menurut buku (F. Tjipto & G. Chandra, 2016) pengukuran kepuasan pelanggan dapat dilakukan melalui metode survei dengan beberapa pendekatan beriku:

- a. Pengukuran langsung, yaitu dengan menanyakan secara eksplisit tingkat kepuasan responden terhadap pelayanan yang diberikan perusahaan. Responden diminta untuk memilih skala kepuasan, seperti: sangat tidak puas, tidak puas, cukup puas, puas, hingga sangat puas.
- b. Derived dissatisfaction, yakni dengan menilai kesenjangan antara harapan responden terhadap atribut tertentu dan persepsi mereka setelah menerima layanan. Pengukuran ini mencerminkan sejauh mana ketidakpuasan terbentuk dari perbedaan antara ekspektasi dan realita.
- c. Analisis permasalahan (problem analysis), di mana responden diminta untuk mengidentifikasi kendala atau masalah yang mereka alami terkait layanan atau produk yang ditawarkan perusahaan, serta memberikan masukan terkait perbaikan yang diharapkan.
- d. Importance/Performance Ratings, yaitu dengan meminta responden untuk memberikan peringkat terhadap berbagai elemen atau atribut dari layanan, baik dari segi tingkat

kepentingannya maupun sejauh mana perusahaan telah memenuhi harapan dalam masing-masing elemen tersebut.

Model *ServQual* merupakan salah satu pendekatan yang paling banyak digunakan dalam mengukur tingkat kepuasan pelanggan. Model ini dirancang untuk memberikan penilaian secara menyeluruh terhadap kualitas pelayanan, baik dalam sektor barang maupun jasa, dengan penekanan pada aspek pelayanan (Siswadi et al., 2018). *ServQual* berfokus pada analisis kesenjangan (*gap*) antara persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diterima dan ekspektasi mereka sebelum menerima layanan. Evaluasi ini dilakukan melalui lima dimensi utama, yaitu empati (*empathy*), bukti fisik (*tangible*), jaminan (*assurance*), ketanggapan (*responsiveness*), dan keandalan (*reliability*).

Dalam proses evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan, penyebaran kuesioner menjadi salah satu instrumen penting untuk mengukur sejauh mana pelayanan yang dirasakan sesuai dengan harapan pasien. Data yang diperoleh melalui kuesioner tersebut kemudian diolah menggunakan metode analisis tertentu guna menghasilkan informasi mengenai tingkat kepuasan pasien. Hasil analisis ini selanjutnya dapat dijadikan dasar pertimbangan bagi penyedia layanan dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan (Irawan et al., 2020).

Dalam menganalisis kualitas layanan menggunakan metode *ServQual*, terdapat beberapa tahapan yang harus dilakukan sebagaimana dijelaskan oleh Okty (2014) dalam (Irawan et al., 2020) yaitu:

a. Langkah awal adalah mengumpulkan data dari responden mengenai tingkat kenyataan (X) dan tingkat harapan (Y) pada setiap variabel yang diukur.

b. Menghitung rata-rata skor kenyataan dan harapan

Seluruh skor kenyataan dan harapan dari masing-masing responden dijumlahkan dan kemudian dihitung nilai rata-ratanya.

\bar{X} = rata-rata skor kenyataan

\bar{Y} = rata-rata skor harapan

n = jumlah responden.

c. Menghitung nilai gap (kesenjangan)

Nilai gap atau selisih antara skor kenyataan dan harapan dihitung untuk masing-masing variabel menggunakan rumus:

$$NS_i = X_i - Y_i$$

Keterangan:

NS_i = nilai gap rata-rata pada variabel ke-i

X_i = nilai rata-rata kenyataan

Y_i = nilai rata-rata harapan

d. Menghitung rata-rata nilai gap setiap variable

Nilai rata-rata gap dari setiap variabel dihitung dengan mempertimbangkan jumlah atribut yang terdapat pada setiap variabel:

$$NS_i = \Sigma \text{ gap atribut} / \text{jumlah atribut } (A_i)$$

Keterangan:

NS_i = nilai rata-rata gap per variabel ke-i

A_i = jumlah atribut pada variabel ke-i

- e. Kesimpulan hasil perhitungan skor kepuasan tiap dimensi

Tahap akhir adalah menyimpulkan hasil perhitungan untuk masing-masing dimensi. Hasil ini akan menunjukkan apakah kualitas pelayanan sudah memenuhi harapan pasien atau belum, yang nantinya menjadi dasar evaluasi dan perbaikan layanan.

