ISBN : 978-602-8557-31-3

FMI 9 SEMARANG

PROSIDING

SEMINAR NASIONAL & KONFERENSI

FORUM MANAJEMEN INDONESIA (FMI) KE - 9

Penguatan Daya Saing Melalui Inovasi, Manajemen Pengetahuan, dan Jejaring

SEMARANG & KARIMUNJAWA , 8 - 10 NOVEMBER 2017

FORUM MANAJEMEN INDONESIA
KORWIL JAWA TENGAH

SEKRETARIAT :

- Departemen Manajemen Fakultas Ekonomika dan Bisnis
  Universitas Diponegoro Gedung A Kampus FEB UNDIP
  Tembalang Semarang
- Fakultas Ekonomika dan Bisnis
  Universitas Stikubank (UNISBANK)
  Jl. Kendeng V Bendan Ngisor Semarang

ISBN : 978-602-8557-31-3

Forum Manajemen Indonesia (FMI 9), November 2017
ISBN: 978-602-8557-31-3

PELAYANAN KESEHATAN BERKEADILAN BAGI MASYARAKAT MISKIN PADA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT RUJUKAN

Nugroho Mardi Wibowo, Yuyun Widiastuti
nugrohomardi@uwp.ac.id
Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Wijaya Putra

ABSTRAK

Tujuan dari penelitian ini menganalisis secara deskriptif pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin berbasis berkeadilan. Pelayanan kesehatan berkeadilan ada 4 (empat) variabel yaitu keadilan distibutif, keadilan prosedural, keadilan interaksional dan keadilan informasional. Penelitian ini juga bertujuan mengidentifikasi indikator terpenting penting pada pelayanan kesehatan berkeadilan. Lokasi penelitian di RSUD Syarifah Ambami Rau Ebu Kabupaten Bangkalan. Pengambilan sampel dengan teknik *purposive sampling* yaitu pasien dari keluarga miskin Penerima Bantuan Iuran (PBI) program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang menjalani rawat inap minimal 3 (tiga) hari. Teknik analisis data menggunakan analisis deskriptif dan analisis faktor dengan menggunakan program WarpPLS versi 5.0. Berdasarkan analisis faktor menyimpulkan bahwa indikator pelayanan kesehatan yang wajar merupakan indikator penting dalam membentuk konstruksi pelayanan kesehatan keadilan distributif. Adapun indikator pelayanan kesehatan yang layak, kesungguhan perawat dalam melayani masyarakat miskin, dan pemberian informasi tentang penyakit pasien oleh RSUD masing-masing adalah indikator terpenting pada variabel pelayanan kesehatan keadilan prosedural, keadilan interaksional dan keadilan informasional. Berdasarkan analisis deskriptif menyimpulkan bahwa secara umum pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin pada RSUD Syarifah Ambami Ratu Ebu Kabupaten Bangkalan masih belum maksimal terutama keadilan prosedural dan informasional.

Kata kunci: Masyarakat Miskin, Pelayanan Kesehatan, Keadilan Prosedural, dan Keadilan Informasional

ABSTRACT

The purpose of this research to to analyze descriptively health care for the poor based on justice. There are 4 (four) variables of fair health care that are distributed justice, procedural justice, interactional justice and informational justice. This study also aims to identify the most important indicators for health care in justice. Location of research in RSUD Syarifah Ambami Rau Ebu Bangkalan Regency. Sampling by purposive sampling technique is patient from poor family of Beneficiary of Contribution (PBI) of National Health Insurance program (JKN) who undergo hospitalization minimum 3 (three) days. Data analysis techniques used descriptive analysis and factor analysis using WarpPLS program version 5.0. Based on the factor analysis concluded that indicator of reasonable of health care is the most important indicator in shaping the construction of health care of distributive justice. The indicator of adequate health services, the nurse's sincerity in serving the poor, and the provision of information about the patient's illness by RSUD respectively are the most important indicator on the variables of procedural justice, interactional justice and informational justice. Based on the descriptive analysis, it is concluded generally that the health service for the poor in RSUD of Syarifah Ambami Ratu Ebu Bangkalan Regency is still not maximal, especially procedural and informational justice.

keyword: *the poor, health care, procedural justice and informational justice*

PENDAHULUAN

Kemiskinan adalah permasalahan kompleks yang dapat mempengaruhi secara luas pada berbagai aspek kehidupan termasuk aspek kesehatan. Menurut Nurhasim (2009), penduduk miskin cenderung mempunyai status kesehatan yang rendah dan lebih rentan terhadap penyakit, khususnya penyakit menular. Hal ini disebabkan masyarakat miskin cenderung kurang mendapatkan makanan bernutrisi baik, hidup dalam lingkungan kumuh, serta sulit mengakses layanan kesehatan. Dengan kondisi kesehatan yang buruk, masyarakat miskin akan kehilangan kapasitasnya untuk bekerja, dan sulit bagi keluarganya untuk mengatasi persoalan tersebut tanpa dibantu oleh pihak lain. Jika keadaan ini tidak teratasi, maka pencapaian *Millineum*

Development Goals (MDGs) kemungkinan besar tidak akan tercapai (Juliastutik, 2011).

BPS mencatat jumlah penduduk miskin di Jawa Timur secara absolut terbanyak di Indonesia pada tahun 2013, walaupun secara relatif angka kemiskinannya masih dibawah propinsi lain. Hasil survei sosial ekonomi BPS pada September 2013 menyebutkan jumlah penduduk miskin di Jawa Timur mencapai angka 4.865.820 orang (12,73%), dengan sebanyak 1.622.030 orang merupakan penduduk miskin di perkotaan dan sebanyak 3.243.790 orang penduduk miskin di pedesaan. Menurut Sistem Informasi Statistik Kementerian Pembangunan Daerah Tertinggal tahun 2012, ada 5 (lima) kabupaten di Jawa Timur yang merupakan kantong kemiskinan dan masuk kategori daerah tertinggal yaitu Kabupaten Sampang dengan angka kemiskinan sebesar 27,87%, Kabupaten Bangkalan 24,61%, Kabupaten Pamekasan 19,53%, Kabupaten Bondowoso 15,75% dan Kabupaten Situbondo 14,29%. Sementara itu kondisi kesehatan masyarakat miskin akan jauh lebih buruk daripada yang tidak miskin. Kematian bayi pada keluarga miskin 3 (tiga) kali lebih tinggi dari keluarga yang tidak miskin. Kematian balita pada keluarga miskin 5 (lima) kali lebih tinggi dari keluarga yang tidak miskin. Di sisi lain penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang baik bagi masyarakat miskin akan mencegah 8 (delapan) juta kematian setiap tahunnya. Disamping itu pertumbuhan ekonomi pada negara dengan tingkat kesehatan lebih baik adalah 37 kali lebih tinggi dibandingkan dengan negara yang tingkat kesehatannya lebih buruk.

Gambaran diatas menunjukkan bahwa sebenarnya pemerintah mempunyai komitmen untuk memberikan perlindungan kesehatan kepada masyarakat miskin sehingga mempunyai kualitas hidup yang baik dan terbebas dari mata rantai kemiskinan. Namun kenyataan di lapangan menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin kerap kali tidak sesuai dengan harapan. Kondisi tersebut didukung oleh hasil penelitian Dalinjong dan Laar (2012) menemukan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan kepada keluarga miskin seringkali terjadi deskriminasi perlakuan yang merugikan pasien keluarga miskin. Pihak rumah sakit lebih memilih melayani pasien yang membayar tunai pasca perawatan daripada melayani pasien keluarga miskin. Pembedaan itu dapat dilihat dari bagaimana birokrasi melayaninya. Termasuk, dalam hak untuk mendapatkan informasi saja kadang sering terjadi pembedaan hanya karena pasien berbaju lusuh yang dianggap indikasi dari orang kalangan bawah. Fakta lain menunjukkan adanya penelantaran pasien BPJS dari keluarga miskin di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. A. Dadi Tjokrodipo Lampung dan akhirnya pasien tersebut meninggal dunia (LensaIndonesia.com, 12 Pebruari 2014). Selain rumah sakit, puskesmas juga kerap kali memberikan pelayanan yang kurang baik kepada pasien keluarga miskin. Hasil penelitian Budiarto, Wibowo**,** Endarti, dan Panglipusari (2007) menunjukkan bahwa persepsi masyarakat miskin terhadap daya tanggap pelayanan (*responsiveness*) puskesmas di Jawa Timur masih kurang baik dengan rata-rata 2,08 (skala skor 1 kurang dan skor 5 sangat baik). Kesimpulan penelitian oleh Badan Penelitian dan Pengembangan (Balitbang) Provinsi Jawa Timur (2011) tentang pelayanan kesehatan masyarakat miskin menyatakan bahwa beberapa indikator pelayanan kesehatan yang masih banyak dikeluhkan efektivitasnya oleh masyarakat miskin diantaranya kemudahan pelayanan, biaya tambahan pelayanan, kemanjuran obat yang diberikan, kemudahan akses pelayanan dan keadilan dalam pelayanan. Kondisi ini menunjukkan potret buruk pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin yang masih diliputi ketidakadilan, dan deskriminasi perlakuan. Perlakuan pelayanan rumah sakit dan puskesmas terhadap masyarakat miskin tersebut akan semakin mempersulit mereka dalam kehidupannya sehingga kecil kemungkinan masyarakat miskin keluar dari belenggu kemiskinan (Juliastutik, 2011). Oleh karena itu rumah sakit dan puskesmas sebagai provider layanan kesehatan kepada masyarakat tentunya tidak boleh membedakan antara pasien dari keluarga miskin dengan pasien tidak miskin.

Komitmen Pemerintah terhadap perlindungan kesehatan bagi masyarakat miskin sudah lama dilakukan, yang terakhir pada 1 Januari 2014 mulai mumberlakukan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dimana biaya premi masyarakat miskin dibayar oleh Pemerintah melalui kepesertaan Penerima Bantuan Iuran (PBI). Kenyataan di lapangan menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin kerap kali tidak sesuai dengan harapan. Kondisi tersebut didukung oleh hasil penelitian Dalinjong dan Laar (2012) menemukan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan kepada keluarga miskin seringkali terjadi deskriminasi perlakuan yang merugikan pasien keluarga miskin. Pihak rumah sakit lebih memilih melayani pasien yang membayar tunai pasca perawatan daripada melayani pasien keluarga miskin. Pembedaan itu dapat dilihat dari bagaimana birokrasi melayaninya. Termasuk, dalam hak untuk mendapatkan informasi saja kadang sering terjadi pembedaan hanya karena pasien berbaju lusuh yang dianggap indikasi dari orang kalangan bawah. Selain rumah sakit, puskesmas juga kerap kali memberikan pelayanan yang kurang baik kepada pasien keluarga miskin. Hasil penelitian Budiarto, **Wibowo,** Endarti, dan Panglipusari (2007) menunjukkan bahwa persepsi masyarakat miskin terhadap daya tanggap pelayanan (*responsiveness*) puskesmas di Jawa Timur masih kurang baik dengan rata-rata 2,08 (skala skor 1 kurang dan skor 5 sangat baik). Kesimpulan penelitian oleh Badan Penelitian dan Pengembangan (Balitbang) Provinsi Jawa Timur (2011) tentang pelayanan kesehatan masyarakat miskin menyatakan bahwa beberapa indikator pelayanan kesehatan yang masih banyak dikeluhkan efektivitasnya oleh masyarakat miskin diantaranya kemudahan pelayanan, biaya tambahan pelayanan, kemanjuran obat yang diberikan, kemudahan akses pelayanan dan keadilan dalam pelayanan. Kondisi ini menunjukkan potret buruk pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin yang masih diliputi ketidakadilan, dan deskriminasi perlakuan. Perlakuan pelayanan rumah sakit dan puskesmas terhadap masyarakat miskin tersebut akan semakin mempersulit mereka dalam kehidupannya sehingga kecil kemungkinan masyarakat miskin keluar dari belenggu kemiskinan (Juliastutik, 2011). Oleh karena itu rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan rujuan tentunya tidak boleh membedakan antara pasien dari keluarga miskin dengan pasien tidak miskin.

Rumah sakit dalam memberikan pelayanan khususnya kepada masyarakat miskin seharusnya mengacu pada pelayanan dengan mendasarkan pada prinsip-prinsip keadilan. Sementara itu model-model pelayanan kesehatan yang sudah banyak dikembangkan dan diterapkan pada institusi pemerintah termasuk rumah sakit dan puskemas adalah model pelayanan prima berdasarkan Keputusan Menpan No.63 Tahun 2003 tentang prinsip-prinsip pelayanan prima. Model pelayanan prima tersebut mengadopsi model *ServQual* yang dikembangkan oleh Parasuraman, Zeithaml dan Berry (1988). Model pelayanan prima tersebut masih bersifat umum dan belum banyak mengidentifikasi secara terperinci dimensi keadilan apalagi untuk pelayanan bagi masyarakat miskin. Begitu juga model pelayanan kesehatan berbasis *service delivery system* yang dikembangkan oleh Wibowo *et al.* (2013) belum juga menyentuh pada masyarakat miskin secara khusus dan belum mengacu pada aspek keadilan. Model pelayanan kesehatan yang lain, dikembangkan oleh Juliastutik (2011) yaitu model pelayanan kesehatan masyarakat miskin berbasis *altruis*. Model *Altruis* ini difokuskan pada pelayanan kesehatan masyarakat miskin hanya khusus wilayah perkotaan. Keterbatasan model *altruis* ini hanya berorientasi pada diri (*self*) pelaksana dengan perspektif *care* dan *responsibility* dan tidak secara terperinci mengeloborasi dimensi keadilan. Oleh karena itu dalam penelitian ini, pelayanan kesehatan mendasarkan pada aspek berkeadilan yaitu *distributive justice*, *interpersonal justice*, *procedural justice*, dan *informational justice* sebagaimana yang dikembangkan oleh Holloway *et al.* (2009), del Rio-Lanza *et al.* (2009), Mattila (2006), Ambrose *et al*. (2007) dan Nikbin *et al*. (2012). Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis

secara deskriptif pelayanan kesehatan berkeadilan yang meliputi dimensi *distributive justice, interpersonal justice, procedural justice,* dan *informational justice* bagi masyarakat miskin di RSUD Syarifah Ambami Ratu Ebu Kabupaten Bangkalan.

LANDASAN TEORI

Pelayanan Berkeadilan

Paradigma penilaian pelayanan suatu organisasi kepada konsumennya saat ini mengalami pergeseran. Kecenderungan penilaian pelayanan yang diberikan oleh suatu organisasi kepada konsumennya tidak lagi hanya bertolak dari penilaian kualitas pelayanan seperti yang pernah dikembangkan oleh Parasuraman, Zeithaml dan Berry (1988) dengan model *ServQual*nya dan kemudian dikembangkan oleh peneliti-peneliti lain, tetapi juga dinilai dari aspek keadilan organisasi dalam menyampaikan pelayanan tersebut kepada semua konsumennya.

Konsep keadilan diterapkan dalam manajemen pemasaran karena adanya kelalaian pemberian jasa dan keluhan pelanggan (Tax *et al*., 1998). Menurut Whiteman dan Mamen (2002), keadilan merupakan pemberian hak kepada masyarakat dalam semua aspek kehidupan tanpa kompromi dan alasan. Keadilan juga diartikan sebagai evaluasi pendapat tentang kelayakan perlakuan seseorang terhadap orang lain (Huang dan Lin, 2005). Pemahaman tentang konsep keadilan bermanfaat untuk menjelaskan reaksi masyarakat pada situasi konflik (Tax *et al*., 1998). Hal ini karena adanya perbedaan tingkat keadilan selama pelayanan akan berpengaruh terhadap keadaan emosi seseorang (Scoefer dan Ennew, 2005). Konflik mulai terjadi ketika suatu pihak merasakan bahwa tujuan, nilai, sikap, perilaku dan kepercayaannya tidak sesuai dengan yang dipunyai orang lain, karena itu penerapan keadilan dalam kehidupan bisa mengurangi potensi untuk konflik (Whiteman dan Mamen, 2002).

Menurut Nikbin *et al*. (2012) pelayanan berkeadilan dibedakan menjadi 4 (empat) dimensi yaitu *distributive justice*, *interpersonal justice*, *procedural justice* dan *informational justice*. *Destributive justice* (keadilan distributif) mengaju pada kewajaran yang dirasakan masing-masing pihak yang terlibat dalam pertukaran untuk menerima hasil yang sebanding dengan kontribusinya pada pertukuran itu. Ciri-ciri dari keadilan distributif adanya kewajaran hasil, persamaan semua pihak dan kecukupan kebutuhan pribadi seseorang (Kwun dan Alshare, 2007), serta alokasi sumberdaya atau kompensasi (Huang dan Lin, 2005). Keadilan distributif muncul karena kegagalan pelayanan yang dirasakan oleh konsumen (Holloway *et al*., 2009).

Sparks dan McColl-Kennedy (2001) menyatakan bahwa keadilan interpersonal dapat didefinisikan sebagai proses evaluasi terhadap tingkat keadilan yang diterima seseorang dari interaksinya dengan pegawai penyedia jasa selama berlangsung proses pelayanan. Dimensi dari keadilan interpersonal meliputi keakraban dalam berkomunikasi, peka dengan situasi, empatik, memberikan jaminan, jujur, baik, sopan, dan sopan (Wang, 2008). Sementara itu menurut del Rio-Lanza *et al.* (2009) menyatakan bahwa dimensi dari keadilan interpersonal terdiri dari sopan-santun, kejujuran, empati, usaha keras, dan mengajukan permohonan maaf.

Procedural justice (keadilan procedural) merupakan persepsi kewajaran dari kebijakan, cara dan ukuran yang digunakan oleh pembuat keputusan untuk melakukan negoisasi atau penyelesaian perselisihan, kewajaran dari prosedur formal untuk mencapai hasil kerja (Kwun dan Alshare, 2007). Keadilan procedural memuat sifat-sifat: kenyamanan penerapan, efisiensi proses dan mempunyai kecepatan waktu penyelesaian (Wang, 2008).

Adapun *informational justice* (keadilan informasional) mengacu pada kecukupan dan kebenaran informasi yang menjelaskan penyebab terjadinya permsalahan atau komplin (Colquitt, 2001). Menurut Ambrose *et al*. (2007), keadilan informasional berkaitan dengan penjelasan atau argumentasi yang disampaikan organisasi kepada konsumennya tentang keputusan dan alasan terhadap dukungan keputusan tersebut. Ketidakadilan informasional

muncul karena kurangnya penjelasan yang diberikan organisasi kepada pelanggannya tentang prosedur yang digunakan (Colquitt, 2001). Dalam literatur pemasaran jasa konsep keadilan informasional sudah lama diabaikan, namun baru-baru ini mulai diperhatikan dan diterapkan dalam pemasaran jasa (Lee dan Park, 2010). Mattila dan Cranage (2005) menemukan bahwa konsumen yang mendapatkan berbagai informasi tentang sistem pelayanannya akan berdampak terhadap persepsi peningkatan keadilan informasional di mata konsumen.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini termasuk kategori penelitian deskripsi dengan bertujuan untuk menganalisis secara deskriptif 4 (empat) dimensi pelayanan kesehatan berkeadilan bagi masyarakat miskin. Adapun 4 (empat) dimensi pelayanan kesehatan berkeadilan meliputi *distributive justice*, *interpersonal justice*, *procedural justice*, dan *informational justice*.

Lokasi dalam penelitian ini adalah RSUD Syarifah Ambami Ratu Ebu Kabupaten Bangkalan. Kabupaten Bangkalan merupakan salah satu kantong kemiskinan di Jawa Timur dengan jumlah penduduk miskin terbanyak setelah Kabupaten Sampang. Adapun populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien rawat inap dari keluarga masyarakat miskin peserta program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Penerima Bantuan Iuran (PBI). Penarikan sampel dilakukan dengan *purposive sampling* dengan kriteria pasien PBI yang menjalani rawat inap minimal 3 (tiga) hari. Waktu penelitian dilakukan mulai Mei sampai dengan Juli 2017 maka dapat diperoleh 38 sampel dan responden.

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan teknik dan prosedur kuesioner. Teknik pengumpulan data dengan kuesioner dilaksanakan dengan cara mengajukan pertanyaan atau pernyataan tertulis berkaitan 4 (empat) variabel pelayanan kesehatan berkeadilan yaitu keadilan distributif, keadilan prosedural, keadilan interaksional dan keadilan informasional. Jawaban responden diukur dengan skala Likert 1-5.

Teknik analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis deskriptif dengan menganalisis *loading factor* dan nilai rata-rata indikator dari setiap variabel pelayanan kesehatan berkeadilan. *Factor loading* dianalisis menggunakan analisis faktor dengan menggunakan bantuan program WarpPLS versi 5.0.

HASIL ANALISIS DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan pengumpulan data diperoleh hasil pengisian kuesioner jawaban responden yang layak untuk dianalisis berjumlah 38 orang. Adapun karakteristik responden sebagaimana terlihat pada Tabel 1. Tabel 1 menunjukkan bahwa pasien masyarakat miskin RSUD Syarifah Ambami Ratu Ebu Kabupaten Bangkalan didominasi masyarakat dengan tingkat pendidikannya sangat rendah. Sebanyak enampuluh persen lebih pasien miskinnya adalah lulusan SD. Kondisi ini mempertegas bahwa masyarakat miskin memang sebagian besar memiliki tingkat pendidikan sangat rendah.

Tabel 1
Karakteristik Pasien sebagai Sampel Penelitian

Keterangan	Jumlah (orang)	Persentase
Jenis Kelamin		
Laki-laki	9	23,68
Perempuan	29	76,32
Usia		
11 – 20 tahun	2	5,26
21 – 30 tahun	14	36,84
31 – 40 tahun	14	36,84
41 – 50 tahun	6	15,79
51 – 60 tahun	1	2,63
61 – 70 tahun	1	2,63
Status Sipil		
Kawin	38	100,00
Belum Kawin	0	0,00
Pendidikan		
SD	23	60,53
SMP	8	21,05
SLTA	5	13,16
Diploma	0	0,00
Sarjana	0	0,00
Tidak lulus SD	2	5,26

Sumber: data primer diolah (2017)

Analisis Faktor dan Deskritif

Penelitian ini menggunakan analisis faktor untuk memperoleh nilai muatan faktor (*loading factor*). *Loading faktor* semakin besar mengindikasikan bahwa indikator sangat mencerminkan variabel. Dengan kata lain suatu indikator memiliki *loading factor* paling tinggi, dapat diartikan bahwa indikator tersebut relatif lebih penting daripada yang lain. Adapun data nilai deskriptif berupa rata-rata dari indikator menunjukkan kondisi empiris. Semkin besar nilai rata-ratanya semakin baik kondisi empirisnya.

Tabel 2. Profil Variabel Keadilan Distributif (X1)

No	Indikator	*Loading Factor*	P *value*	Rata-rata
1	Mendapatkan pelayanan yang wajar (X1.1)	0,871	<0,001	3,95
2	Mendapat hasil pelayanan sesuai dengan yang saya inginkan (X1.2)	0,708	<0,001	3,89
3	Mendapat pelayanan tanpa membedakan dengan orang (X1.3)	0,853	<0,001	3,82
4	Mendapat pelayanan yang tepat pada saat diperlukan (X1.4)	0,563	<0,001	3,71
	Grand Rata-rata			3,84

Sumber: Data Primer Diolah, 2017

Tabel 3. Profil Variabel Keadilan Prosedural (X2)

No	Indikator	*Loading Factor*	P *value*	Rata-rata
1	Mendapatkan informasi peraturan/prosedur pelayanan dengan baik (X2.1)	0,645	<0,001	3,58
2	Mendapatkan pelayanan yang sesuai dengan peraturan/prosedur (X2.2)	0,629	<0,001	3,55
3	Mendapatkan pelayanan yang layak (X2.3)	0,797	<0,001	3,97
4	Mendapatkan pelayanan yang nyaman (X2.4)	0,442	0,001	3,79
5	Mendapatkan pelayanan sesuai dengan waktu kerja yang ditentukan (X2.5)	0,725	<0,001	3,76
6	Mendapatkan pelayanan yang cepat (X2.6)	0,540	<0,001	3,71
7	Mendapatkan pelayanan yang sesuai dengan urutannya (X2.7)	0,319	0,015	3,71
	Grand Rata-rata			3,72

Sumber: Data Primer Diolah, 2017

Tabel 4. Profil Variabel Keadilan Interaksional (X3)

No	Indikator	*Loading Factor*	P *value*	Rata-rata
1	Dokter melayani dengan sopan (X3.1)	0,632	<0,001	4,13
2	Perawat melayani dengan sopan (X3.2)	0,652	<0,001	4.13
3	Petugas non medis melayani dengan sopan (X3.3)	0,561	<0,001	3,95
4	Dokter melayani dengan suasana yang akrab (X3.4)	0,711	<0,001	3,79
5	Perawat melayani dengan suasana yang akrab (X3.5)	0,702	<0,001	3,87
6	Petugas non medis melayani dengan suasana yang akrab (X3.6)	0,519	<0,001	3,66
7	Dokter mendengarkan setiap keluhan serta pertanyaan dan menjawab pertanyaan dengan lengkap (X3.7)	0,719	<0,001	3,84
8	Perawat mendengarkan setiap keluhan serta pertanyaan dan menjawab pertanyaan dengan lengkap (X3.8)	0,641	<0,001	3,74
9	Dokter melayani dengan penuh kesungguhan (X3.9)	0,697	<0,001	3,95
10	Perawat melayani dengan penuh kesungguhan (X3.10)	0,731	<0,001	3,84
11	Secara umum RSUD memperlakukan semua pasien dengan adil (X3.11)	-0,005	0,487	3,89
	Grand Rata-rata			3,89

Sumber: Data Primer Diolah, 2017

Tabel 4. Profil Variabel Keadilan Informasional (X4)

No	Indikator	*Loading Factor*	P *value*	Rata-rata
1	Mendapatkan penjelasan yang baik dari tenaga medis RSUD tentang penyebab penyakit yang diderita (X4.1)	0,657	<0,001	3,61
2	Dokter dan perawat selalu memberikan informasi secara detil, menyeluruh dan pada waktu yang tepat tentang permasalahan penyakit (X4.2)	0,774	<0,001	3,79
3	Pihak RSUD memberikan informasi yang benar terkait dengan penyakit (X4.3)	0,868	<0,001	3,71
4	Mendapatkan pelayanan informasi dan komunikasi yang baik dari RSUD sesuai dengan yang dibutuhkan (X4.4)	0,645	<0,001	3,76
	Grand Rata-rata			3,72

Sumber: Data Primer Diolah, 2017

Pada Tabel 2 Profil variabel keadilan distributif menunjukkan bahwa *loading factor* untuk indikator mendapatkan pelayanan yang wajar memiliki nilai paling tinggi dibandingkan dengan indikator yang lain yaitu sebesar 0,871. Ini menunjukkan bahwa indikator mendapatkan

pelayanan yang wajar merupakan indikator yang paling mencerminkan variabel keadilan distributif. Dengan kata lain indikator mendapatkan pelayan yang wajar adalah indikator terpenting dalam variabel keadilan distributif. Adapun secara empiris menunjukkan bahwa indikator mendapatkan pelayanan yang wajar dalam kondisi belum baik, memiliki nilai rata-rata 3,95. Temuan ini sesuai dengan pendapat Kwun dan Alshare (2007) yang menyatakan bahwa karakteristik dari keadilan distributif adanya kewajaran hasil, persamaan semua pihak dan kecukupan kebutuhan pribadi seseorang.

Hasil analisis faktor pada variabel keadilan prosedural memperlihatkan bahwa indikator mendapatkan pelayanan yang layak merupakan indikator yang memiliki *loading factor* yang paling tinggi yaitu 0,797. Indikator mendapakan pelayanan yang layak sangat mewarnai dalam kontruksi variabel keadilan prosedural. Mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak bagi masyarakat miskin adalah sebuah harapan yang diidam-idamkan. Masyarakat miskin cenderung hidup dalam lingkungan kotor, minimnya asupan makanan yang bergizi dan sulit mengakses layanan kesehatan sehingga masyarakat miskin rentan mengidap penyakit. Hal inilah yang menyebabkan indikator mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak bagi masyarakat miskin merupakan sesuatu yang diimpikan. Alhasil Pemerintah sejak tahun 2014 meluncurkan program Jaminan Kesehatan Nasional dimana masyarakat miskin biaya preminya dibayar oleh negara melalui kepesertaan Penerima Bantuan Iuran (PBI). Masyarakat miskin memperoleh fasilitas kesehatan kelas III jika menjalani pengobatan rawat inap dengan perlakuan yang sama dengan peserta umum yang sama-sama kelas III. Bahkan pelayanan medis oleh dokter dan perawatpun sama dengan pasien kelas I dan II, yang membedakan hanya pada fasilitas kamar saja. Namun kondisi empiris menunjukkan bahwa pelayanan keadilan prosedural indikator pelayanan yang layak pada RSUD Syarifah Ambani Ratu Ebu Kabupaten Bangkalan masih perlu ditingkatkan.

Pada variabel keadilan interaksional, terlihat bahwa indikator kesungguhan perawat dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat miskin merupakan hal yang penting dalam membentukan keadilan interaksional nilai *loading factor* sebesar 0,731. Temuan ini memperkuat hasil penelitian Toman dan Dhiman (2013), Wibowo (2013) dan Wibowo *et*. *al* (2016) yang menyatakan bahwa perawat sebagai tenaga medis berperanan mendorong kesembuhan pasien, terutama kesungguhan dan perhatian khusus kepada pasien. Perawat berinteraksi dengan pasien selama pasien dirawat di RSUD. Pelayanan perawat selain melakukan tugas dan kewajibannya secara rutin, seperti pemeriksaan suhu tubuh, tensi darah, mengganti infus, menyiapkan obat yang harus diminum maupun obat injeksi ataupun obat lainnya, perawat juga harus responsif terhadap kebutuhan pasien ataupun keluarga pasien. Hasil penelitian ini juga mendukung penelitian yang dilakukan oleh Kwun dan Alshare (2007) yang menyimpulkan bahwa keadilan interaksional memiliki pengaruh terhadap kepuasan pelanggan. Sementara itu kondisi empiris menunjukkan bahwa kesungguhan perawat pada RSUD Syarifah Ambami Ratu Ebu Kabupaten Bangkalan dalam melayani pasien masyarakat miskin masih belum baik.

Hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa indikator pemberian informasi oleh RSUD tentang penyakit pasien, merupakan indikator paling penting yang mencerminkan konstruksi keadilan informasional dengan nilai *loading factor* sebesar 0,868. Pemberian informasi yang diberikan RSUD kepada pasien masyarakat miskin bertujuan agar pasien akan berhati-hati dalam menjaga kesehatannya terutama terkait dengan pola makan dan pola kehidupannya sebagaimana yang direkomendasikan oleh penelitian Wibowo *et al*. (2016). Namun kondisi empirisnya di RSUD Syarifah Ambami Ratu Ebu Bangkalan perihal pemberian informasi tentang penyakit pasien masyarakat miskin oleh RSUD masih belum maksimal. Mungkin karena alasan supaya pasien masyarakat miskin tidak stres, sehingga pihak RSUD memberikan informasi tentang penyakit

pasien masyarakat miskin tidak terlalu detil dan rinci.

PENUTUP

Simpulan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa beberapa indikator ditemukan menjadi indikator penting dalam mengontruksi pelayanan kesehatan berbasis berkeadilan. Berdasarkan analisis faktor menyimpulkan bahwa indikator pelayanan kesehatan yang wajar merupakan indikator penting dalam membentuk konstruksi pelayanan kesehatan keadilan distributif. Adapun indikator pelayanan kesehatan yang layak, kesungguhan perawat dalam melayani masyarakat miskin, dan pemberian informasi tentang penyakit pasien oleh RSUD masing-masing adalah indikator terpenting pada variabel pelayanan kesehatan keadilan prosedural, keadilan interaksional dan keadilan informasional. Berdasarkan analisis deskriptif menyimpulkan bahwa secara umum pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin pada RSUD Syarifah Ambami Ratu Ebu Kabupaten Bangkalan masih belum maksimal terutama keadilan prosedural dan informasional.

Saran

Berdasarkan hasil penelitian pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin terutama keadilan prosedural dan informasional ditemukan masih belum maksimal. Pihak RSUD seharusnya memperhatikan pelayanan kesehatan pada aspek keadilan prosedural dan informasional terutama pada indikator kelayanan pelayanan yang diberikan RSUD kepada pasien masyarakat miskin dan indikator pemberian informasi oleh RSUD terkait penyakit pasien.

Rekomendasi Penelitian Selanjutnya

Penelitian selanjutnya perlu memperluas cakupan obyek penelitian, tidak hanya RSUD tetapi juga Rumah Sakit Umum Swasta dan Rumah Sakit Umum milik Pemerintah non RSUD yang melayani pasien BPJS PBI. Fenomena pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin masih diliputi permasalahan ketidakpuasan terhadap pelayanan kesehatan sehingga untuk penelitian yang akan datang perlu dikembangkan penelitiannya, tidak hanya bersifat deskriptif tetapi juga eksplanatori dengan memasukkan variabel komplin dalam model penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

Ambrose, M., R.L. Hess, dan S.Ganesan. (2007). The Relationship Between Justice And Attitudes: An Examination Of Justice Effects On Event And System-Related Attitudes, *Organization Behavior and Human Decision Processes* 107(1): 21-36.

Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Jawa Timur. (2011). Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin. Laporan Hasil Penelitian. Surabaya.

Budiarto, W., N. M. Wibowo, E.W. Endarti, dan D. L. Panglipursari. (2007). *Penyusunan Model Pemenuhan Kebutuhan Dasar Bidang Kesehatan Keluarga Miskin Dan Prasejahtera Di Propinsi Jawa Timur*. Laporan Hasil Penelitian kerjasama Universitas Wijaya Putra dengan Badan Perencanaan Pembangunan Provinsi Jawa Timur.

Colquitt, J.A. (2001). On The Dimensionality Of Organizational Justice: A Construct Validation Of A Measure. *Journal of Applied Psychology* 86(3):386-400.

Dalinjong, P.A. dan A.S. Laar. (2012). The National Health Insurance Scheme: Perceptions And Experiences Of Health Careproviders And Clients In Two Districts Of Ghana. *Health Economic Review* 2(1): 2-13.

del Rio-Lanza, A.B., R. Vazquez-Casielles, dan A.M. Diaz-Martin. (2009). Satisfaction With Service Recovery: Perceived Justice And Emotional Responses. *Journal of Business Research* 62(8): 775-781.

Huang, J.H. dan C.Y. Lin. (2005). The Explanation Effects on Costumer Perceived Justice, Satisfaction and Loyalty Improvement: An Exploratory

Study. *The Journal of Americ*an *Academy of Business*. 7 (2): 212-218.

Holloway, B.B., S. Wang dan S.E. Beatty. (2009), Betrayal? Relationship quality implications in service recovery. *Journal of Services Marketing* 23(6): 385-96.

Juliastutik. (2011). Model Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Perkotaan Berbasis *Altruis* di Kota Malang. *Humanity* 7(1): 28-43.

Kwun, O. dan K.A. Alshare. (2007). The Impact of Fairness on User's Satisfaction with the IS Departement. *Academy of Information and Management Sciences Journal*. 10 (1):47-64.

Lee, E.J. dan J.K. Park. (2010). Service Failures In Online Double Deviation Scenarios: Justice Theory Approach. *Managing Service Quality* 20(1): 46-69.

Mattila, A.S. (2006). The Power Of Explanations In Mitigating The Ill-Effects Of Service Failures. *Journal of Services Marketing* 20(7): 422-428.

Mattila, A.S. dan D. Cranage. (2005). The Impact Of Choice On Fairness In The Context Of Service Recovery. *Journal of Services Marketing* 19(5):271-279.

Nikbin, D., I. Ismail, M. Marimuthu, dan H. Armesh. (2012). Perceived Justice in Service Recovery and Switching Intention. *Management Research Review* 35(3/4): 309-325.

Nurhasim, M. (2009). *Utilisasi, Pelayanan dan Jaminan Kesehatan Penduduk Miskin "The Unreach" di Kota Bandung*. Makalah Seminar Akhir Penelitian Program Riset Kompetitif LIPI Bidang VII Sub Program Desember 2009. "Critical and Strategic Social Issues". Jakarta.

Parasuraman, A., VA. Zeithaml dan LL. Berry. (1988). SERVQUAL: a Multiple-item Scalefor Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing* 64(1): 12-40.

Sparks, B.N. dan J.R. McColl-Kennedy. (2001). Justice Strategy Options For Increased Customer Satisfaction In A Services Recovery Setting. *Journal of Business Research* 54(3): 209-218.

Tax, S.T., S.W. Brown dan M. Chandrashekaran. (1998). Customer Evaluations of Service Complaint Experiences: Implications for Relationship Marketing. *Journal of Marketing* 62(1): 60-76.

Tomar, A. dan A. Dhiman. (2013). Exploring the Role of HRM in Service Delivery in Healthcare Organizations: A Study of an Indian Hospital. *Vikalpa* 38(2): 21-39.

Whiteman, G. dan K. Mamen. (2002). Examining Justice and Conflict Between Mining Companies and Indigenous Peoples: Cerro Colorado and the Ngabe-Bugle in Panama. *Journal of Business and Management* 8(3): 293-330.

Wang, J. (2008). The Relationships Between Perceived Justice and Consumers' Behavioral Intentions after Service Complaint Handling and the Role of Anger, *The Business Review* 10 (1): 218-222.

Wibowo, N.M. (2013). Strategi Pengembangan Pelayanan Rawat Inap Puskesmas Berbasis *Service Delivery System*. *Jurnal Ekonomi dan Keuangan* 17(3): 337-356.

Wibowo, N.M., Y. Widiastuti, dan D.L. Panglipursari. (2016). Justice-Based Health Care Service and Repatronage Intention of Poor Patient. *Pertanika Journal of Social Sciences and Humaties* 24 (June): 233-244.