

PROSIDING

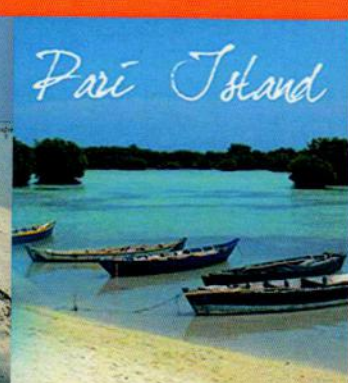
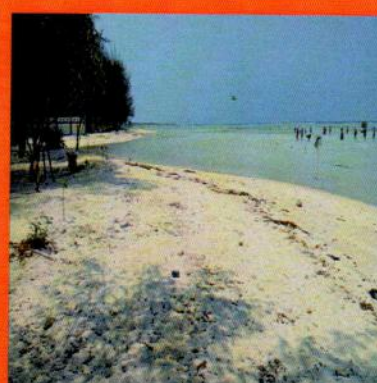
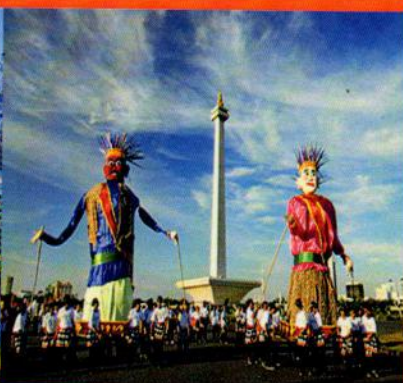
Seminar Nasional & Call for Paper

FORUM MANAJEMEN INDONESIA KE 7

"Dinamika dan Peran Ilmu Manajemen untuk Menghadapi AEC"



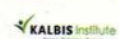
FORUM MANAJEMEN INDONESIA



10 - 12 November 2015
Hotel Discovery Ancol & Kep. Seribu
Jakarta

ISBN: 978-602-73177-0-3

Host by:





Sertifikat



diberikan kepada :

Dr. Nugroho Mardi Wibowo, SE., M.Si

Sebagai :

Pemakalah

Dalam Seminar Nasional, Call for Paper & Sosialisasi Learning Outcome
FORUM MANAJEMEN INDONESIA 7
dengan tema :

" Dinamika dan Peran Ilmu Manajemen untuk Menghadapi AEC "
10 November 2015 – Discovery Hotel and Convention Ancol

Ketua Panitia
Forum Manajemen Indonesia 7

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Naha'.

Dr. Yasintha Soelasih, S.E., M.Si.

Ketua Umum
Forum Manajemen Indonesia

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Sri Gunawan'.

Sri Gunawan, DBA.

PELAYANAN KESEHATAN BERKEADILAN DAN KEPUASAN PASIEN MASYARAKAT MISKIN

Nugroho Mardi Wibowo

Universitas Wijaya Putra
nugrohomardi@uwp.ac.id

Yuyun Widiastuti

Universitas Wijaya Putra
yuyunwidiastuti@uwp.ac.id

Dwi Lesno Panglipursari

Universitas Wijaya Putra
dwilesno@uwp.ac.id

Abstract

The Government is committed to providing health coverage to the poor. However, reality shows that health care to poor people is often not in line with expectations. The purpose of this study was to develop a model of health care for the poor based on justice and analyze the influence of health care based on justice, on patient satisfaction. This research sample totaled 234 patients of poor families in the Regional General Hospital (RGH) in Sampang, Bangkalan, Pamekasan, Bondowoso and Situbondo. Results of testing the hypothesis by using Partial Least Square (PLS) found that interactional and informational justice effect on patient satisfaction significantly. The RGH already provide health services based on distributive and procedural justice fine to patients poor families. However, because of communication and knowledge patient of poor families, RGH are not good service impressed so had no impact on patient satisfaction. The RGH need to create a standard operational procedure (SOP) of the work culture related to the interaction between doctors, nurses and non-medical personnel with all patients, especially for patients with poor families.

Keywords: Justice Health Care, Patient Satisfaction, Regional General Hospital

PENDAHULUAN

Sampai saat ini kemiskinan masih menjadi permasalahan utama di Indonesia yang harus diselesaikan. Pemerintah dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019 menetapkan arah pembangunan melalui beberapa bidang prioritas, salah satunya adalah pengentasan kemiskinan. Dalam RPJMN tersebut Pemerintah menargetkan angka kemiskinan sebesar 6,5% - 8%. Pemerintah akan memberikan perhatian dengan porsi yang lebih besar untuk pengentasan kemiskinan melalui pembangunan berkeadilan (Investor Daily, 11 Nopember 2013). Sementara itu menurut Badan Pusat Statistik (BPS), sampai dengan September 2013 angka kemiskinan Indonesia masih 11,47% atau 28.553.930 penduduk.

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).

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).

Guna menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, sejak tahun 1998 Pemerintah melaksanakan berbagai upaya pemeliharaan kesehatan penduduk miskin. Dimulai dengan pengembangan Program Jaring Pengaman Sosial (JPS-BK) tahun 1998 – 2001, Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi (PDPSE) tahun 2001 dan Program Kompensasi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) Tahun 2002-2004. Kementerian Kesehatan sejak tahun 2005 telah melaksanakan program jaminan kesehatan sosial, yang telah mengalami perubahan seiring dengan waktu. Awalnya program tersebut dikenal dengan nama program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPKMM), atau lebih populer dengan nama program Askeskin (Asuransi Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin). Kemudian sejak tahun 2008 sampai dengan 2013 berubah nama menjadi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). JPKMM/Askeskin maupun Jamkesmas, kesemuanya memiliki tujuan yang sama, yaitu melaksanakan penjaminan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin dan tidak mampu, dengan menggunakan prinsip asuransi kesehatan sosial. Mulai 1 Januari 2014 Pemerintah memperbarui sistem jaminan sosial dengan nama Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebagai penyelenggaranya. Premi JKN untuk masyarakat miskin dan tidak mampu dibayar oleh pemerintah.

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. Perbedaan itu dapat dilihat dari

bagaimana birokrasi melayaninya. Termasuk, dalam hak untuk mendapatkan informasi saja kadang sering terjadi perbedaan 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 Budiartoet *al.* (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 provider layanan kesehatan kepada masyarakat 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 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 Parasuramanet *al.*(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 (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 mengelaborasi dimensi keadilan. Oleh karena itu dalam penelitian ini, model yang dikembangkan adalah pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin tidak hanya perkotaan tetapi juga termasuk pedesaan dengan mendasarkan pada prinsip-prinsip keadilan. Model pelayanan kesehatan masyarakat miskin berbasis berkeadilan ini bersifat lebih komprehensif dengan tidak hanya memperhatikan aspek input tetapi juga proses, *output* dan *outcome* dengan mendasarkan pada dimensi *distributive justice*, *interactional justice*, *procedural justice*, dan *informational justice* (Holloway *et al.*, 2009; del Rio-Lanza *et al.*, 2009; Mattila, 2006; Ambrose *et al.*, 2007; Nikbin *et al.* (2012). Hasil penelitian Aryee *et al.* (2002) menunjukkan bahwa keadilan distributif dan prosedural mampu berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan. Sementara itu penelitian Kwun dan Alshare (2007) membuktikan bahwa keadilan interaksional mempunyai pengaruh lebih baik dari pada keadilan distributif dan prosedural terhadap kepuasan pelanggan. Penelitian ini dilakukan dengan maksud guna mengembangkan model pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin berbasis berkeadilan dan menganalisis pengaruh pelayanan kesehatan berbasis berkeadilan terhadap kepuasan pasien.

KAJIAN PUSTAKA DAN PENGEMBANGAN HIPOTESIS

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 *ServQualnya* dan kemudian dikembangkan oleh peneliti-peneliti lain, tetapi juga dinilai dari aspek keadilan organisasi dalam menyampaikan pelayanan tersebut kepada semua konsumennya.

Menurut Adam (1963) dalam Ting dan Yu (2010), teori keadilan yang berasal literatur psikologi sosial adalah didasarkan persepsi individu tentang kewajiban sebuah situasi atau keputusan. Palmer *et al.* (2000) mengembangkan kerangka konsep berdasarkan teori keadilan untuk menganalisis dampaknya terhadap kegagalan dan perbaikan pelayanan kepada pelanggan restoran. Hasil penelitian

mereka menunjukkan bahwa pelayanan berkeadilan memiliki pengaruh signifikan terhadap intensitas kunjungan berulang. Dengan kata lain konsumen menginginkan pelayanan yang berkeadilan.

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 (Scofer 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).

Sparks dan McColl-Kennedy (2001) mengembangkan pelayanan berkeadilan menjadi 3 (tiga) yaitu *distributive justice*, *procedural justice*, dan *interactional justice*. Selanjutnya Nikbin *et al.* (2012) mengembangkan pelayanan berkeadilan menjadi 4 (empat) dimensi yaitu *distributive justice*, *interpersonal justice*, *procedural justice* dan *informational justice*. *Distributive justice* berkaitan dengan keadilan yang dirasakan dari hasil pertemuan dan umumnya melibatkan pengembalian uang, pertukaran, dan diskon. Hal ini juga melibatkan reaksi kognitif, afektif, dan perilaku untuk distribusi hasil dari sumber tertentu (Sparks dan McCool-Kennedy, 2001). Jadi, ketika hasil tertentu atau keseluruhan hasil pelayanan yang dianggap tidak adil, itu dapat mempengaruhi emosi dan pengetahuan serta akhirnya mempengaruhi perilaku seseorang terhadap provider yang memberikan pelayanan. Keadilan distributif mengacu pada kewajaran yang dirasakan masing-masing pihak yang terlibat dalam pertukaran untuk menerima hasil yang sebanding dengan kontribusinya pada pertukaran 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).

Lind dan Tyler (1988) mendefinisikan bahwa *procedural justice* (keadilan prosedural) merupakan keadilan dalam kebijakan dan proses berkontribusi untuk mewujudkan prinsip normatif yang diterima. Keadilan prosedural

berkaitan dengan apakah prosedur atau kriteria yang digunakan dalam membuat keputusan yang dianggap adil (Lind dan Tyler). Lebih spesifik, keadilan prosedural berkaitan dengan perbaikan pelayanan dari pelayanan yang dianggap gagal, serta berfokus kepada keadilan kebijakan dan prosedur (Sparks dan McColl-Kennedy, 2001). Keadilan procedural merupakan persepsi kewajaran dari kebijakan, cara dan ukuran yang digunakan oleh pembuat keputusan untuk melakukan negosiasi 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).

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. Keadilan interaksional terkait cara pelanggan diperlakukan selama pertemuan dengan provider dan dapat melibatkan kebenaran, penjelasan yang masuk akal, kesopanan, empaty, dan permintaan maaf. Dimensi dari keadilan interpersonal meliputi keakraban dalam berkomunikasi, peka dengan situasi, empatik, membeikan jaminan, jujur, baik, sopan, dan sopan (Wang, 2008). Pernyataan yang sama disampaikan oleh del Rio-Lanza *et al.* (2009) menyatakan bahwa dimensi dari keadilan interpersonal terdiri dari sopan-santun, kejujuran, empati, usaha keras, dan mengajukan permohonan maaf. Sementara itu menurut Bies dan Moag (1986) bahwa keadilan interaksional menekankan pada proses komunikasi. Namun demikian Bies dan Moag juga menaruh perhatian yang penting terhadap kesopanan, kejujuran, dan menghargai evaluasi dari pelanggan.

Adapun *informational justice* (keadilan informasional) mengacu pada kecukupan dan kebenaran informasi yang menjelaskan penyebab terjadinya permasalahan 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

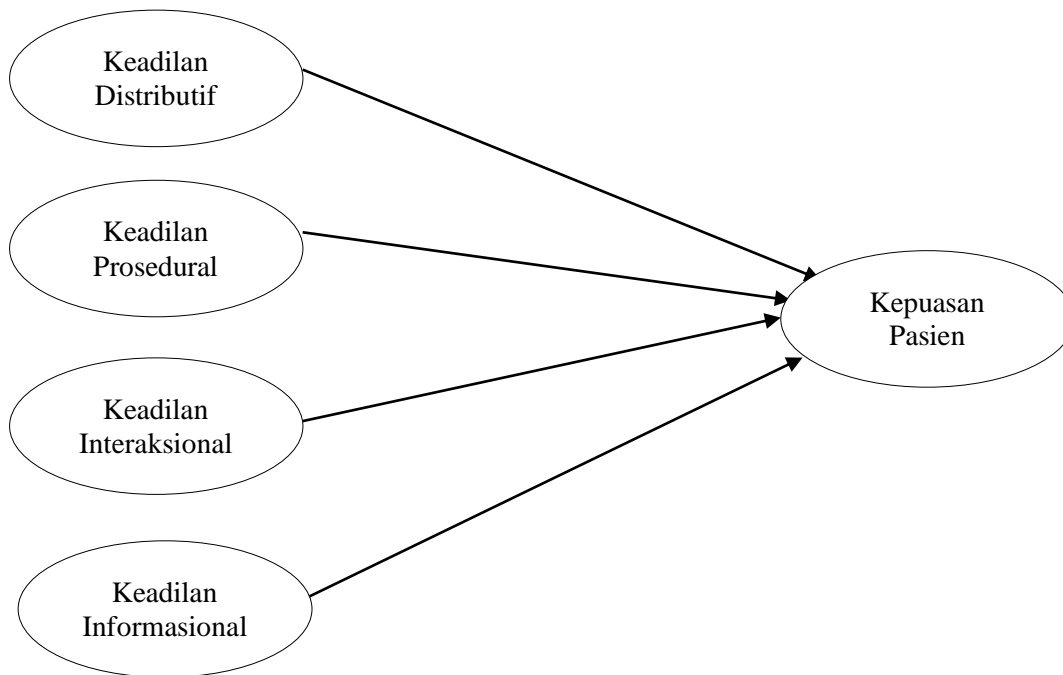
penjelasan yang diberikan organisasi kepada pelanggannya tentang prosedur yang digunakan (Colquitt, 2001). Dalam literatur pemasaran jasa konsep keadilan informasional sudah lama diabaikan, namun baru-baru ini mulai diperhatikan dan diterapkan dalam pemasaran jasa (Lee dan Park, 2010). Mattila dan Cranage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

Hasil penelitian Aryee *et al.* (2002) menunjukkan keadilan distributif dan prosedural mampu berpengaruh terhadap kepuasan konsumen. Sementara itu Kwun dan Alshare (2007) serta Tax *et al.* (1998) justru berhasil membuktikan bahwa keadilan interpersonal mempunyai pengaruh yang lebih baik daripada keadilan distributif dan prosedural. Dengan demikian keadilan mempunyai pengaruh positif terhadap kepuasan pasien, keadilan prosedural mempunyai pengaruh positif terhadap kepuasan pasien, keadilan interaksional memiliki pengaruh positif terhadap kepuasan pasien dan keadilan informasional berpengaruh positif terhadap kepuasan pasien.

Kepuasan Pasien

Menurut Chang and Tu (2005) kepuasan pelanggan sebagai evaluasi pelanggan setelah berperilaku pada tempat dan waktu tertentu. Sedangkan Tian-Cole *et al.* (2002) menilai kepuasan merupakan hasil psikologis pelanggan pada pengalaman langsung yang lalu. Kepuasan tersebut dapat diukur secara langsung Yu *et al.* (2006), misalnya melalui pernyataan perasaan menyenangkan-tidak menyenangkan atau puas-tidak puas (Tian-Cole *et al.*, 2002).

Kepuasan merupakan respon emosional pelanggan terhadap layanan atribut dan informasi layanan adalah dasar untuk mempertahankan pelanggan (Spreng *et al.*, 1996). Kepuasan dapat dipandang sebagai keadaan psikologis yang dihasilkan ketika pelanggan mendapatkan sesuai yang melebihi harapannya dan menghilangkan perasaan yang terbentuk sebelumnya negatif tentang pengalaman konsumsi (Alam dan Khalifa, 2009). Adapun kerangka konseptual penelitian sebagaimana pada Gambar 1.



Gambar 1
Kerangka Konseptual

Berdasarkan kerangka konseptual tersebut, maka dapat dirumuskan 4 (empat) hipotesis penelitian. Pertama, keadilan distributif memiliki pengaruh positif signifikan terhadap kepuasan pasien. Kedua, keadilan prosedural memiliki pengaruh positif signifikan terhadap kepuasan pasien. Ketiga, keadilan interaksional memiliki pengaruh positif signifikan terhadap kepuasan pasien. Keempat, keadilan informasional memiliki pengaruh positif signifikan terhadap kepuasan pasien.

METODE PENELITIAN

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan model pelayanan kesehatan berbasis berkeadilan bagi masyarakat miskin dihubungkan dengan kepuasan pasien, perilaku keluhan, dan *repatronage intention*. Adapun secara khusus penelitian bertujuan menguji pengaruh pelayanan berkeadilan terhadap kepuasan pasien dan *repatronage intention*. Berikutnya menguji pengaruh kepuasan pasien terhadap *repatronage intention*. Penelitian ini termasuk kategori penelitian penjelasan (*explanatory research*). Hal ini mengingat dalam penelitian ini bertujuan menjelaskan hubungan sebab akibat antar variabel melalui pengujian hipotesis. Metode utama penelitian ini adalah penelitian survei, yaitu penelitian yang dilakukan dengan mengambil sampel dari populasi dan

menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpulan data pokok.

Lokasi dalam penelitian ini adalah kabupaten/kota di Jawa Timur yang merupakan wilayah kantong kemiskinan. Pengambilan kabupaten/kota yang menjadi sampel penelitian dilakukan dengan cara *judgmentsampling* yaitu diambil 5 (lima) kabupaten/kota di Jawa Timur paling tertinggal menurut kriteria Kementerian Pembangunan Daerah Tertinggal dan proporsi penduduk miskin tertinggi di Jawa Timur. Adapun 5 (lima) kabupaten di Jawa Timur yang merupakan wilayah tertinggal dan termiskin adalah Kabupaten Sampang, Bangkalan, Pamekasan, Bondowoso, dan Situbondo.

Masyarakat miskin yang menjadi sampel dalam penelitian ini dipilih berdasarkan *purposive sampling* yaitu masyarakat miskin yang terdaftar sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, pemegang kartu Jamkesmas, atau Surat Keterangan Miskin (SKM) yang menjadi pasien rawat inap RSUD Kabupaten Sampang, Bangkalan, Pamekasan, Bondowoso dan Situbondo yang menjalani perawatan inap minimal selama 2 (dua) hari.

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan teknik dan prosedur kuesioner dan wawancara. Teknik pengumpulan data dengan kuesioner dilaksanakan dengan cara mengajukan pertanyaan atau pernyataan tertulis berkaitan variabel penelitian kepada responden. Adapun konten kuesioner tersebut bersisi pertanyaan-pertanyaan atau

pernyataan-pernyataan yang berisi tentang keadilan distributif, keadilan prosedural, keadilan interaksional, keadilan informasional, kepuasan pasien, dan *repatronage intention*. Metode pengambilan data dengan cara wawancara dilakukan dengan tujuan untuk melengkapi data yang tidak diperoleh dari kuesioner. Sebagai informan dalam pengambilan data dengan wawancara dilakukan dalam penelitian adalah Kepala Ruang Kelas III RSUD di Kabupaten Sampang, Bangkalan, Pamekasan, Bondowoso dan Situbondo yang menjadi tempat perawatan para pasien keluarga miskin.

Uji validitas dilakukan pada validitasitem-item pertanyaan dalam kuesioner. Pengujian dilakukan dengan cara menghitung korelasi antara skor masing-masingitem pertanyaan dengan skor total. Suatu kuesioner dikatakan valid apabila pertanyaan pada kuesioner mampu mengungkap sesuatu yang akan diukur oleh kuesioner tersebut atau dikatakan valid jika probabilitasnya kurang dari 0,05 atau rhitung lebih besar dari r tabel dan bernilai positif. Uji validitas ini dilakukan dengan bantuan komputer dengan menggunakan konsep korelasi *Product Moment* dari Pearson.

Penelitian ini menggunakan teknik analisis kuantitatif. Dalam penelitian ini, analisis kuantitatif dilakukan dengan caramengkuantifikasi data-data penelitian sehingga menghasilkan informasi yang dibutuhkan untuk analisis data. Sebelum diolah, data yang sudah terkumpul harus dilakukan *Purification* dan *Refinement* dengan melakukan evaluasi terhadap validitas dan reliabilitas konstruk berdasarkan level abstraksi dengan menilai *convergent validity* dan *discriminant validity* serta *evaluasigoodness of fit model* (Ghozali, 2012). Proses tersebut dilakukan dengan bantuan *software Smart PLS2.0*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Subyek Penelitian

Berdasarkan pengumpulan data diperoleh hasil pengisian kuesioner jawaban responden yang layak untuk dianalisis berjumlah 234 orang dengan rincian responden PBI RSUD Kabupaten Sampang berjumlah 45 orang, Bangkalan 38 orang, Pamekasan 51 orang, Bondowoso 50 orang dan Situbondo 50 orang. Adapun karakteristik responden sebagaimana terlihat pada Tabel 1.

Tabel 1
Karakteristik Responden

Keterangan	Jumlah (orang)	Persentase
Jenis Kelamin		
Laki-laki	100	42,74
Perempuan	134	57,26
Usia		
11 – 20 tahun	11	4,70
21 – 30 tahun	78	33,33
31 – 40 tahun	73	31,20
41 – 50 tahun	37	15,81
51 – 60 tahun	21	8,97
61 – 70 tahun	11	4,70
71 – 80 tahun	3	1,28
Status Sipil		
Kawin	211	90,17
Belum Kawin	23	9,83
Pendidikan		
SD	141	60,26
SMP	49	20,94
SLTA	30	12,82
Diploma	0	0,00
Sarjana	2	0,85
Tidak lulus SD	12	5,13

Sumber: data primer diolah (2015)

Analisis Data

Analisis Model Pengukuran

Analisis model pengukuran digunakan untuk mengetahui tingkat validitas dan reliabilitas masing-masing indikator dan konstruk. Adapun tahap analisis model pengukuran ini yaitu:

Analisis Validitas Konvergen (*Convergent Validity*)

Validitas konvergen dapat dengan melihat nilai dari *loading factor*, reliabilitas konstruk, dan *Average Variance Extracted* (AVE). Berdasarkan Tabel 2, nilai *loading factor* yang dihasilkan oleh data tersebut sudah memenuhi syarat validitas yaitu lebih besar dari 0,5 sehingga data tersebut dapat dikatakan valid dapat dilakukan proses analisis selanjutnya dengan menguji signifikansi *loading factor* dengan *t statistic*.

Tahap berikutnya ini dilakukan dengan melakukan *bootstrapping* yang menghasilkan nilai *t statistic*. Berdasarkan hasil analisis, nilai *t statistic* masing-masing *loading factor* sebagaimana pada Tabel 2 dan menunjukkan angka lebih besar dari 1,96 sehingga semua indikator tersebut memiliki validitas yang signifikan.

Tahap berikutnya yaitu mengukur tingkat reliabilitas. Untuk menguji reliabilitas konstruk tersebut dilakukan dengan melihat *composite reliability*. Dalam penelitian ini, standar yang digunakan untuk menilai apakah data yang terkumpul reliabel atau tidak yaitu lebih besar dari 0,7. Berdasarkan output yang dihasilkan dalam Tabel 3, masing-masing konstruk telah menunjukkan angka *composite reliability* lebih besar dari 0,7 sehingga dapat dikatakan bahwa konstruk bersifat reliabel.

Berikutnya melihat nilai AVE, Hal ini dimaksudkan untuk melihat apakah konstruk telah valid atau belum, Kriteria yang digunakan untuk mengukur tingkat validitas yaitu nilai AVE lebih besari dari 0,5, Berdasarkan perhitungan AVE dalam Tabel 4 menunjukkan bahwa nilai AVE di atas 0,5 sehingga dapat dikatakan bahwa semua konstruk memenuhi persyaratan validitas konvergen.

Analisis Validitas Diskriminan (*Discriminant Validity*)

Analisis validitas diskriminan dilakukan dengan membandingkan korelasi antar konstruk dengan akar kuadrat AVE. Berdasarkan Tabel 5 dan 6 didapat hasil bahwa korelasi maksimal keadilan distributif (X1) yaitu 0,705; sedangkan akar AVE sebesar 0,864. Konstruk keadilan prosedural (X2) memiliki korelasi maksimal 0,705 sedangkan akar AVE sebesar 0,751. Konstruk keadilan interaksional (X3) memiliki korelasi maksimal 0,703; sedangkan akar AVE sebesar 0,761. Secara keseluruhan, setiap konstruk memiliki nilai akar AVE lebih besar dari korelasi maksimal antar konstruk. Dengan demikian semua indikator telah memiliki *discriminant validity* yang baik dalam menyusun variabel-variabelnya sebagaimana dalam Tabel 5 dan 6.

Tabel 2
Outer Loading Indikator

	original sample estimate	mean of subsamples	Standard deviation	T-Statistic
X1,1	0,878	0,861	0,056	15,593
X1,2	0,877	0,867	0,064	13,810
X1,3	0,859	0,835	0,098	8,741
X1,4	0,842	0,846	0,055	15,344
X2,1	0,667	0,688	0,110	6,078
X2,2	0,762	0,777	0,045	17,101
X2,3	0,779	0,774	0,066	11,840
X2,4	0,807	0,779	0,086	9,395
X2,5	0,833	0,811	0,068	12,279
X2,6	0,798	0,775	0,073	10,921
X2,7	0,581	0,528	0,132	4,403
X4,1	0,899	0,890	0,033	27,481
X4,2	0,902	0,880	0,077	11,725
X4,3	0,889	0,884	0,057	15,631
X4,4	0,860	0,855	0,057	15,160
X3,1	0,713	0,669	0,094	7,626
X3,10	0,822	0,822	0,043	19,071
X3,11	0,716	0,715	0,113	6,343
X3,2	0,775	0,743	0,083	9,362
X3,3	0,782	0,753	0,088	8,901
X3,4	0,716	0,671	0,093	7,738
X3,5	0,745	0,721	0,094	7,953
X3,6	0,710	0,699	0,120	5,939
X3,7	0,765	0,746	0,065	11,686
X3,8	0,807	0,822	0,042	19,425
X3,9	0,809	0,813	0,048	16,700
Y1,1	0,838	0,846	0,059	14,183
Y1,2	0,887	0,882	0,066	13,532
Y1,3	0,878	0,868	0,038	23,143
Y1,4	0,876	0,869	0,043	20,364
Y1,5	0,840	0,843	0,039	21,575
Y1,6	0,786	0,816	0,081	9,736

Sumber: Data Primer diolah (2015)

Tabel 3
Composite Reliability

	Composite Reliability
Keadilan Distributif (X1)	0,922
Keadilan Prosedural (X2)	0,900
Keadilan Interaksional (X3)	0,938
Keadilan Informasional (X4)	0,937
Kepuasan Pasien (Y1)	0,940

Sumber: Data Primer Diolah (2015)

Tabel 4
AVE

	AVE
Keadilan Distributif (X1)	0,746
Keadilan Prosedural (X2)	0,564
Keadilan Interaksional (X3)	0,579
Keadilan Informasional (X4)	0,788
Kepuasan Pasien (Y1)	0,725

Sumber: Data Primer Diolah (2015)

Tabel 5
Latent Variable Correlations

	X1	X2	X3	X4	Y1
X1	1,000				
X2	0,705	1,000			
X3	0,627	0,663	1,000		
X4	0,474	0,559	0,668	1,000	
Y1	0,536	0,630	0,703	0,711	1,000

Sumber: Data Primer Diolah (2015)

Tabel 6
Akar AVE

	AVE	Akar AVE
Keadilan Distributif (X1)	0,746	0,864
Keadilan Prosedural (X2)	0,564	0,751
Keadilan Interaksional (X3)	0,579	0,761
Keadilan Informasional (X4)	0,788	0,888
Kepuasan Pasien (Y1)	0,725	0,851

Sumber: Data Primer Diolah (2015)

Analisis Model Struktural

Model struktural dalam PLS diukur dengan menggunakan Q^2 untuk dependen dan koefisien *path* yang ditunjukkan dengan *t statistic* untuk menguji signifikansi hipotesis dan nilai Q^2 , Skor koefisien *path* yang ditunjukkan dengan *t statistic* memiliki standar 1,96.

Nilai koefisiensi determinasi *goodness of fit* yang dihasilkan pada model PLS dapat diketahui dari nilai *Q-square predictive relevance*. Semakin tinggi nilai *Q-square* maka dapat dikatakan bahwa model semakin fit dengan data. Hasil perhitungan menunjukkan nilai R_1^2 variabel endogen kepuasan pasien sebesar 0,624. Dengan rumus $Q^2 = 1 - (1 - R_1^2)$ didapat nilai Q^2 sebesar 62,40%. Ini artinya model dapat menjelaskan fenomenakepuasan pasien dikaitkan dengan pelayanan kesehatan berkeadilan sebesar 62,40%. Oleh karena itu model dapat dikatakan baik, atau model memiliki nilai prediktif yang baik. Dengan demikian model dapat digunakan untuk pengujian hipotesis.

Hasil pengujian hipotesis dapat diperoleh dengan cara membandingkan nilai *t statistic* dengan nilai *t* tabel yang ditetapkan yaitu 1,96. Jika *t statistic* lebih besar dari 1,96 maka hipotesis diterima atau sebaliknya. Hasil pengujian hipotesis dengan menggunakan PLS menunjukkan bahwa bahwa ada 2 (dua) hipotesis yang dapat diterima yaitu hipotesis ketigadan keempat, sedangkan 2 (dua) hipotesis yang lain tidak diterima.

Berdasarkan hasil pengolahan data dengan PLS diketahui bahwa variabel keadilan distributif tidak memiliki pengaruh terhadap kepuasan pasien, Hal ini ditunjukkan oleh nilai koefisien jalur sebesar 0,028 dan nilai *t statistic* sebesar 0,330 lebih kecil dari 1,96, Hasil ini menunjukkan bahwa perubahan pada pelayanan kesehatan yang berbasis keadilan distributif tidak menyebabkan kepuasan pada pasien masyarakat miskin peserta PBI. Temuan ini membuktikan bahwa kepuasan pasien masyarakat miskin tidak tergantung dari pelayanan kesehatan yang baik, hasil pelayanan sesuai dengan harapan, perlakuan yang sama dengan pasien yang lain dan pelayanan yang tepat. Bagi pasien masyarakat miskin peserta PBI, pelayanan kesehatan RSUD belum menunjukkan pelayanan yang baik, tidak sesuai dengan harapannya. Beberapa kasus, tidak sedikit pasien masyarakat miskin yang ditolak oleh RSUD dengan alasan kamar sudah penuh, persediaan obat untuk pasien keluarga miskin habis dan lain-lain. Kondisi sesuai dengan apa yang disampaikan oleh Bapak H. Muhidin K., S.Kep.,Ners. Kepala Ruang Penyakit Dalam RSUD Kabupaten Sampang.

"Prinsipnya pelayanan kepada pasien keluarga miskin tidak berbeda dengan pasien lainnya. Namun beberapa persoalan kadang-kadang muncul yang menyebabkan pasien keluarga miskin menganggap bahwa pelayanan RSUD kepada pasien keluarga miskin tidak baik. Misalnya persediaan obat habis, terpaksa pasien mencari sendiri di luar. Anggapan pelayanan tidak baik lainnya adalah pelayanan lambat. Keterlambatan pelayanan kepada pasien keluarga miskin tidak semata-mata disebabkan oleh pihak RSUD namun disebabkan oleh perilaku pasien itu sendiri, misalnya identitas pasien yang tidak lengkap pada saat pendaftaran. Kondisi ini yang menyebabkan pelayanan menjadi lambat" (Wawancara, 7 Mei 2015).

Temuan ini berbeda dengan hasil penelitian Aryee *et al*, (2002), Maxham dan Netemeyer (2002) dan Nikbin *et al*, (2010) yang menyimpulkan bahwa keadilan distributif mampu berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan.

Tabel 7
Path Coefficients

	original sample estimate	mean of subsamples	Standard deviation	T-Statistic
X1 -> Y	0,028	0,057	0,084	0,330
X2 -> Y	0,196	0,193	0,117	1,670
X4 -> Y	0,392	0,430	0,151	2,587
X3 -> Y	0,294	0,240	0,128	2,309

Sumber: Data Primer Diolah (2015)

Dari hasil pengujian hipotesis diperoleh bahwa variabel keadilan prosedural tidak berpengaruh terhadap kepuasan pasien. Dengan nilai koefisien jalur sebesar 0,196 dan *t statistic* sebesar 1,670 lebih rendah dari 1,96. Temuan ini mengisyaratkan bahwa apa yang sudah dilakukan oleh RSUD tentang pelayanan kesehatan yang berkaitan keadilan prosedural tidak langsung menyebabkan pasien keluarga miskin memperoleh kepuasan. Pelayanan yang didisain oleh pihak RSUD sudah memenuhi peraturan dan prosedur yang ada. Namun perilaku pasien keluarga miskin yang tidak mendukung. Pasien keluarga miskin jarang memperhatikan prosedur pelayanan yang sudah dibuat oleh pihak RSUD. Tidak jarang pasien keluarga miskin, untuk mengurus segala sesuatunya berkaitan dengan pelayanan kesehatan mulai pendaftaran sampai dengan pemulangan, mereka tidak mengurus sendiri. Ada peran perangkat desa atau kepala desa untuk "mengawal" dan ikut membantu untuk mengurus segala sesuatunya berkaitan dengan perawatan di RSUD. Peran kepala desa tersebut sangat mungkin ada motif tertentu terutama faktor politik yang berkaitan dengan kelanggengan jabatan kepala desa. Fenomena tersebut sejalan apa yang disampaikan oleh Bapak Abd Rahem, Skep., Ners. Kepala Ruang Bedah RSUD Kabupaten Sampang.

"Prosedur pelayanan kesehatan di RSUD Kabupaten Sampang sudah kami buat dengan baik. Namun yang menjadi kendala dalam menjalankan prosedur pelayanan tersebut adalah perilaku pasien. Pasien keluarga miskin banyak tidak memperhatikan prosedur pelayanan RSUD. Mereka tidak mau susah-susah mengurus administrasi pendaftaran dan lain-lain. Hal ini yang dimanfaatkan oleh perangkat desa atau kepala desa untuk "mendekatkan" kepada warganya dalam rangka untuk kepentingan politik. Tidak jarang para perangkat desa atau kepala desa dalam mengurus persyaratan rawat di RSUD menabrak prosedur yang sudah ditetapkan oleh RSUD." (Wawancara, 7 Mei 2015).

Penyebab lain keadilan prosedural tidak berpengaruh terhadap kepuasan pasien, bisa jadi karena pasien peserta PBI beranggapan bahwa memang wajar atau seharusnya

pelayanan kesehatan harus sesuai dengan prosedur yang harus diikuti dan dipatuhi. Anggapan kewajaran tersebut menyebabkan tidak mempengaruhi terhadap kepuasan pasien. Hasil ini berbeda dengan kesimpulan penelitian Aryee *et al.*, (2002), Maxham dan Netemeyer (2002), dan Nikbin *et al.*, (2010) yang menyatakan bahwa keadilan prosedural mampu berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan.

Pengaruh keadilan interaksional terhadap kepuasan pasien, Berdasarkan hasil pengujian hipotesis diperoleh kesimpulan bahwa keadilan interaksional berpengaruh signifikan positif terhadap kepuasan pasien masyarakat miskin peserta PBI. Hal ini ditunjukkan oleh nilai koefisien jalur sebesar 0,392 dan nilai *t statistic* sebesar 2,587 lebih besar dari 1,96. Temuan ini menunjukkan bahwa keadilan dokter dan perawat dalam berinteraksi dengan pasien sangat diinginkan oleh pasien peserta PBI atau pasien miskin lainnya. Perlakuan dokter dan perawat kepada pasien PBI yang penuh dengan kesopanan, keakraban dan kesungguhan sangat membekas pada diri pasien. Pasien PBI sangat merasa diperlakukan dengan baik oleh dokter dan perawat, Kondisi ini membuktikan bahwa keberadaan dokter dan perawat sebagai tenaga medis mempunyai peranan penting dalam pelayanan kesehatan di RSUD.

Temuan ini memperkuat hasil penelitian Toman dan Dhiman (2013) serta Wibowo (2013) yang menyatakan bahwa dokter dan perawat sebagai tenaga medis berperanan mendorong kesembuhan pasien, terutama keramahan dan perhatian khusus kepada pasien, Dalam pelayanan kesehatan, dokter memiliki hubungan yang lebih interpersonal dengan pasien sementara perawat memberikan perawatan kepada pasiennya dengan penuh keramahan dan bersahabat. Interaksi dokter dengan pasien sangat intensif untuk kegiatan diagnosis dan konsultasi yang berhubungan dengan pengobatan dan berlangsung selama perawatan. Perawat berinteraksi dengan pasien selama pasien dirawat di RSUD. Dokter dan perawat melakukan kunjungan rutin kepada pasien dan membantu pasien sesuai kebutuhan mereka. Dokter mengunjungi pasien untuk memantau penyakit pasien dan

mengajarkan makanan apa yang harus dianjurkan termasuk aturan meminum obat-obatan dan menganjurkan pola hidup sehat. Dokter juga tidak henti-hentinya untuk menyarankan makan dan minum secara teratur dan menanyakan apakah aktivitas kencing dan buang air besar sudah lancar atau belum. Karena hal ini akan berkaitan dengan boleh tidaknya pasien untuk pulang atau masih perlu 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.

Pengaruh keadilan informasional terhadap kepuasan pasien. Berdasarkan pengujian hipotesis dengan menggunakan PLS diperoleh hasil bahwa keadilan informasional berpengaruh signifikan positif terhadap kepuasan pasien masyarakat miskin peserta PBI. Hal ini ditunjukkan oleh nilai koefisien jalur sebesar 0,294 dan nilai *t statistic* sebesar 2,309 lebih besar dari 1,96, Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pemberian informasi yang diberikan RSUD kepada pasien peserta PBI sudah sesuai dengan harapan para pasien peserta PBI sehingga pasien merasa puas dengan pemberian informasi tersebut. Pihak RSUD melalui dokter sudah memberikan penjelasan yang baik kepada pasien PBI tentang penyakit yang diderita. Dokter dan perawat RSUD sudah memberikan informasi kepada pasien PBI tentang penyakit secara detail, menyeluruh dan pada waktu yang tepat. Dengan mendapatkannya informasi penyakitnya, pasien akan berhati-hati dalam menjaga kesehatannya terutama terkait dengan pola makan dan pola kehidupannya. Secara umum pihak RSUD sudah memberikan pelayanan informasi dan komunikasi yang baik dengan pasien. Hal-hal tersebut yang menyebabkan pasien PBI RSUD merasa puas, Hasil penelitian ini memperkuat temuan penelitian Nikbin *et al.* (2012) yang menemukan hubungan kuat antara keadilan informasional dan *switching intention*.

KESIMPULAN

Penelitian ini merupakan pengembangan dari penelitian Albari (2013), Ting dan Yu (2010), Nikbin *et al.* (2012), dan Wibowo (2013). Tujuan jangka panjang penelitian ini adalah mengembangkan pelayanan kesehatan berbasis berkeadilan bagi masyarakat miskin. Ada 4 (empat) dimensi pelayanan berkeadilan yang dianalisis dikaitkan dengan kepuasan pasien yaitu keadilan distributif, keadilan prosedural, keadilan interaksional dan keadilan informasional.

Pengujian hipotesis memperoleh hasil bahwa keadilan interaksional dapat meningkatkan kepuasan pasien keluarga miskin peserta BPJS PBI, Pemegang Kartu Jamkesmas dan SKM. Temuan ini menunjukkan bahwa keadilan dokter dan perawat dalam berinteraksi dengan pasien sangat diinginkan oleh pasien keluarga miskin. Perlakuan dokter dan perawat kepada pasien PBI yang penuh dengan kesopanan, keakraban dan kesungguhan sangat membekas pada diri pasien. Pasien keluarga miskin sangat merasa diperlakukan dengan baik oleh dokter dan perawat. Kondisi ini membuktikan bahwa keberadaan dokter dan perawat sebagai tenaga medis mempunyai peranan penting dalam pelayanan kesehatan di RSUD. Temuan ini memperkuat hasil penelitian Toman dan Dhiman (2013) serta Wibowo (2013) yang menyatakan bahwa dokter dan perawat sebagai tenaga medis berperanan mendorong kesembuhan pasien, terutama keramahan dan perhatian khusus kepada pasien.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa keadilan informasional berpengaruh signifikan positif terhadap kepuasan pasien keluarga miskin. Temuan ini mengindikasikan bahwa pemberian informasi yang diberikan RSUD kepada pasien keluarga miskin sudah sesuai dengan harapan para pasien keluarga miskin sehingga pasien merasa puas dengan pemberian informasi tersebut. Pihak RSUD melalui dokter sudah memberikan penjelasan yang baik kepada pasien keluarga miskin tentang penyakit yang diderita. Dokter dan perawat RSUD sudah memberikan informasi kepada pasien keluarga miskin tentang penyakit secara detail, menyeluruh dan pada waktu yang tepat. Dengan mendapatkannya informasi penyakitnya, pasien akan berhati-hati dalam menjaga kesehatannya terutama terkait dengan pola makan dan pola kehidupannya. Secara umum pihak RSUD sudah memberikan pelayanan informasi dan komunikasi yang baik dengan pasien. Hal-hal tersebut yang menyebabkan pasien PBI RSUD merasa puas, Hasil penelitian ini memperkuat temuan penelitian Nikbin *et al.* (2012) yang menemukan hubungan kuat antara keadilan informasional dan *switching intention*.

Sebenarnya pihak RSUD sudah memberikan pelayanan dan prosedur pelayanan yang baik kepada pasien keluarga miskin. Namun karena faktor komunikasi dan pengetahuan pasien sehingga terkesan pelayanan dan prosedur pelayanan RSUD tidak baik sehingga tidak berdampak terhadap kepuasan pasien. Sehubungan dengan hal tersebut pihak RSUD bekerjasama dengan Dinas Kesehatan serta BPJS Kesehatan secara terus-menerus mengadakan sosialisasi prosedur pelayanan kesehatan khususnya bagi masyarakat

miskin. Kegiatan sosialisasi tersebut diharapkan masyarakat keluarga miskin mempunyai pemahaman yang baik tentang prosedur pelayanan kesehatan baik di RSUD maupun di Puskesmas. Dengan demikian masyarakat miskin akan memiliki kemandirian yang tinggi untuk mengurus sendiri segala sesuatunya ketika mereka dihadapkan pada situasi *emergency* guna meminta perawatan kesehatan di RSUD tanpa meminta bantuan kepada perangkat desa atau kepala desa.

Penerima Bantuan Iuran (PBI) adalah peserta Jaminan Kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan UU Sistem Jaminan Sosial Nasional yang iurannya dibayari Pemerintah sebagai peserta program Jaminan Kesehatan. Peserta PBI adalah fakir miskin yang ditetapkan oleh Pemerintah dan diatur melalui Peraturan Pemerintah. Namun di banyak daerah terjadi keluarga yang miskin tetapi tidak terdata sebagai peserta PBI. Dalam konteks yang lebih luas, kondisi ini termasuk ketidakadilan dalam persepektif distributif. Hal ini yang seharusnya tidak terjadi, oleh karena itu perlu adanya *updating* data masyarakat miskin secara periodik dengan rentang waktu pendek yang melibatkan Badan Pusat Statistik (BPS) dan Pemerintah Daerah.

Pihak RSUD perlu membuat *standart operational procedure* (SOP) tentang budaya kerja yang berkaitan dengan interaksi antara dokter, perawat, dan tenaga non medis dengan semua pasien pada umumnya dan pasien keluarga miskin pada khususnya. Dengan SOP tersebut diharapkan pola interaksi antara dokter, perawat, dan tenaga non medis dengan pasien selalu mengedepankan kesopanan, keakraban, responsivitas, kesungguhan dan keadilan. Bagi pasien terutama pasien keluarga miskin kondisi tersebut sangat diharapkan sehingga dapat membantu ketenangan dan kecepatan kesembuhan pasien.

Penelitian ini masih memiliki keterbatasan terutama pada obyek penelitian hanya pada RSUD, sementara itu banyak Rumah Sakit Umum Swasta yang melayani pasien peserta BPJS PBI. Oleh karena itu untuk 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 memasukkan variabel komplin dalam model penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Alam, G.M. dan M.T.B. Khalifa. 2009. The Impact of Introducing A Business Marketing Approach to Education: A Study On Private HE in Bangladesh. *African Journal of Business Management* 3(9): 463-474.
- 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.
- Aryee, S., P.S. Budhwar dan Z.X. Chen. 2002. Trust as a Mediator of the Relationship Between Organizational Justice and Work Outcomes: Test of a Social Exchange Model. *Journal of Organizational Behavior* 23(3): 267-286.
- 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.
- Dayan, M., H.A.H. Al-Tamimi dan A.L. Elhadji. 2008. Perceived justice and customer loyalty in the retail banking sector in the UAE. *Journal of Financial Services Marketing* 12(4): 320-330
- 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.
- Hicks, J.M., T.J. Page Jr., B.K. Behe, J.H. Dennis, R.T. Fernandez. 2005. Delighted Consumers Buy Again. *Journal of Consumer, Satisfaction, Dissatisfaction, and Complaining Behavior* 18: 94-104.
- 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 American 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 *Altruism* 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 Department. *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.
- Lind, A. dan T. Tyler. 1988. *The Social Psychology of Procedural Justice*. Plenum Press. New York.
- 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.
- Maxham, J. G. dan R.G. Netemeyer. 2002. Modeling Customer Perceptions of Complaint Handling Over Time: The Effects of Perceived Justice on Satisfaction and Intent. *Journal of Retailing* 78(4): 239-252.
- Nikbin, D., H. Armesh, A. Heydari, dan M. Jalalkamali. 2010. The Effect of Perceived Justice in Service Recovery on Firm Reputation and Repurchase Intention in Airline Industry. *African Journal of Business Management* 5(23): 9814-9822.
- Nikbin, D., I. Ishak, M. Malliga, dan J. Mohammad. 2010. Perceived Justice in Service Recovery and Recovery Satisfaction: The Moderating Role of Corporate Image. *International Journal of Marketing Studies* 2(2): 47-56.
- 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 Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing* 64(1): 12-40.
- Palmer, A., R. Beggs dan C. Keown-McMullan. 2000. Equity and Repurchase Intention Following Service Failure. *Journal of Services Marketing* 6: 513-528.
- 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.
- Spreng, R.A., S.B. MacKenzie, dan R.W. Olshavsky. 1996. A reexamination of the determinants of consumer satisfaction. *Journal of Marketing* 60: 15-32.
- Tax, S.T., S.W. Brown dan M. Chandrashekar. 1998. Customer Evaluations of Service Complaint Experiences: Implications for Relationship Marketing. *Journal of Marketing* 62(1): 60-76.
- Ting, C. dan T. Yu. 2010. Modeling Patient Perceptions of Service Recovery: The Effects of Perceived Fairness on Health Center Repatronage. *Social Behavior and Personality* 38(3): 395-403.
- 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.
- Yang, H. dan K. Chang. 2011. A Comparison of Service Experience on Repatronage Intention Between Department Stores and Hypermarkets in Taiwan. *African Journal of Business Management* 5(19): 7818-7827.

PERNYATAAN / PENGHARGAAN

Dalam kesempatan ini, penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan setingginya kepada Direktorat Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat, Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi yang telah memberikan dana penelitian melalui Hibah Penelitian Tahun Anggaran 2015.