

**HUBUNGAN ANTARA KUALITAS PELAYANAN HOME CARE
DENGAN TINGKAT KEPUASAN PASIEN**

SKRIPSI

Oleh :

**Ratnaningrum Mei Astuti
NIM 30902200288**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2023

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang kepada saya.

Semarang, 27 November 2023

Mengetahui
Wakil Dekan I

Peneliti



Ns. Hj. Sri Wahyuni, M.Kep., Sp.Kep.Mat.
NIDN. 06-0906-7504

Ratnaningrum Mei Astuti
NIM. 30902200288



**HUBUNGAN ANTARA KUALITAS PELAYANAN HOME CARE
DENGAN TINGKAT KEPUASAN PASIEN**

Untuk Memenuhi Persyaratan Mencapai Sarjana Keperawatan

Oleh:

**Ratnaningrum Mei Astuti
NIM 30902200288**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2023

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi berjudul:

HUBUNGAN ANTARA KUALITAS PELAYANAN HOME CARE DENGAN TINGKAT KEPUASAN PASIEN

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Ratnaningrum mei Astuti

NIM: 30902200288

Telah disahkan dan disetujui oleh Pembimbing pada :

Pembimbing I

Pembimbing II

Tanggal: 27 November 2023

Tanggal: 27 November 2023



Ns. Retno S. M.Kep.,Sp.Kep.MB
NIDN. 06-1306-7403

Dr. Ns. Erna Melastuti, M.Kep
NIDN. 06-2005-7604

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul:

HUBUNGAN ANTARA KUALITAS PELAYANAN HOME CARE DENGAN TINGKATKEPUASAN PASIEN

Disusun oleh:

Nama : Ratnaningrum Mei Astuti
NIM : 30902200288

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji pada tanggal 27 November 2023
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk di terima

Penguji I

Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep., Sp.Kep.MB.
NIDN. 99-3900-0099



Penguji II

Ns. Retno Setyawati, M.Kep., Sp.Kep.MB.
NIDN. 06-1306-7403



Penguji III

Dr. Ns. Erna Melastuti, M.Kep.
NIDN. 06-2005-7604



Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Dr. Iwan Ardian, S.K.M., M.Kep.
NIDN. 06-2208-7403

PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
Skripsi, November 2023

ABSTRAK

Ratnaningrum Mei Astuti

**HUBUNGAN ANTARA KUALITAS PELAYANAN HOME CARE DENGAN
TINGKAT KEPUASAN PASIEN**

Home care merupakan program pelayanan menyeluruh dan tanpa henti yang diberikan kepada orang dan keluarga di rumah mereka, dengan tujuan untuk membatasi efek penyakit, dan memperluas kebebasan pasien dan keluarga dalam mempertimbangkan serta merawat kerabat yang memiliki masalah medis. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan kualitas pelayanan kesehatan dengan tingkat kepuasan pasien rawat jalan di wilayah kerja Rumah Sakit Islam (RSI) Banjarnegara. Populasi penelitian ini adalah jumlah pasien rawat jalan yang berobat pada bulan November 2023. Sampel sebanyak 35 orang dengan teknik pengambilan sampel *Accidental Sampling*. Metode penelitian yang digunakan adalah kuantitatif dengan pendekatan *Cross Sectional* dengan analisis univariat dan bivariat dengan uji *Gamma*. Hasil penelitian ini didapatkan kualitas pelayanan *home care* baik dengan kepuasan pasien baik sebanyak 16 responden (45,7%), nilai *p value* = 0,020 ($p < 0,05$) dengan nilai korelasi koefisien 0,981. Dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara kualitas pelayanan *home care* dengan tingkat kepuasan pasien.

Kata Kunci: Kualitas pelayanan home care, tingkat kepuasan pasien

UNDERGRADUATE NURSING STUDY PROGRAM
FACULTY OF NURSING SCIENCES
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY SEMARANG
Thesis, November 2023

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE QUALITY OF HOME CARE SERVICES AND THE LEVEL OF PATIENT SATISFACTION

ABSTRACT

Home care is a comprehensive and non-stop service program provided to people and families in their homes, with the aim of limiting the effects of disease, and expanding the freedom of patients and families in considering and caring for relatives who have medical problems. This study aims to determine the relationship between the quality of health services and the level of satisfaction of outpatients in the work area of the Banjarnegara Islamic Hospital (RSI). The population of this study was the number of outpatients who sought treatment in November 2023. The sample was 35 people using the Accidental Sampling technique. The research method used is quantitative with a cross sectional approach with univariate and bivariate analysis with the Gamma test. The results of this research showed that the quality of home care services was good with good patient satisfaction for 16 respondents (45.7%), p value = 0.020 ($p < 0.05$) with a correlation coefficient value of 0,981. It can be concluded that there is a relationship between the quality of home care services and the level of patient satisfaction.

Keywords: Quality of home care services, level of patient satisfaction

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah robbil'alamin. Puji syukur kehadiran Allah SWT, atas Rahmat, Taufik dan Hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini untuk memenuhi salah satu syarat dari universitas untuk mencapai tujuan menjadi Sarjana Keperawatan. Dengan segala kerendahan hati, penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini tidak akan terselesaikan dengan baik tanpa adanya bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Untuk itu penulis ucapkan terimakasih yang sedalam-dalamnya kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. Gunarto, S.H., M.Hum., selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Iwan Ardian S.K.M., M.Kep., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyanngsih, M.Kep., Sp.KMB., selaku Kaprodi S1 Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Retno Setyawati, M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Dosen Pembimbing 1 yang telah sabar meluangkan pikiran, waktu, serta tenaga dalam memberikan bimbingan, ilmu, serta nasehat yang bermanfaat dalam menyusun skripsi ini.
5. Dr. Ns. Erna Melastuti, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing 2 yang telah sabar meluangkan pikiran, waktu, serta tenaga dalam memberikan bimbingan, ilmu, serta nasehat yang bermanfaat dalam menyusun skripsi ini.

6. Seluruh Dosen Pengajar dan Staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan serta bantuan kepada penulis selama menempuh studi.
7. Seluruh Keluarga anak-anak, suami yang senantiasa memberikan dukungn dan doa kepada saya dalam menyelesaikan skripsi ini.
8. Seluruh teman-teman Prodi S1 Ilmu keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah mendukung penulis selama menempuh studi.

Akhir kata, penulis berharap semoga Allah SWT membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pembaca. Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kata sempurna, maka dari itu penulis sangat membutuhkan saran dan kritik sebagai evaluasi bagi penulis.

Semarang, 27 November 2023

Peneliti



Ratnaningrum Mei Astuti

NIM. 30902200288

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISM	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Peneliitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Tinjauan Teori	7
B. Kerangka Teori	27
BAB III METODE PENELITIAN	29
A. Kerangka Konsep	29
B. Variabel Penelitian	29
C. Desain Penelitian	30
D. Populasi Dan Sampel Penelitian	30
E. Tempat Dan Waktu Penelitian	32
F. Definisi Operasional	32
G. Instrumen / Alat Pengumpul Data	34
H. Validitas Dan Realibilitas	36
I. Metode Pengumpulan Data	37
J. Rencana Analisa Data	38
K. Etika Penelitian	40
BAB IV HASIL PENELITIAN	41
A. Deskripsi Lokasi Penelitian	41
B. Karakteristik Responden Penelitian	41
C. Analisis Univariat	43
D. Analisis Bivariat	44
BAB V PEMBAHASAN	47
A. Karakteristik Responden	47
B. Analisis Univariat	49
C. Analisis Bivariat	52
D. Keterbatasan Penelitian	52
E. Implikasi Untuk Keperawatan	53
BAB V PENUTUP	54
A. Kesimpulan	54
B. Saran	54

**DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN**



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	33
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan jenis kelamin.....	42
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan usia.....	42
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan pendidikan	43
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi variabel kualitas pelayanan <i>home care</i>	43
Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi variabel kepuasan pasien	44
Tabel 4.6 Hubungan kualitas pelayanan <i>home care</i> dengan kepuasan pasien	45



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori	27
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	29



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Izin Penelitian

Lampiran 2. Surat Jawaban Izin Penelitian

Lampiran 3. Surat Persetujuan Dokter Ahli

Lampiran 4. Uji Etik (*Ethical Clearance*)

Lampiran 5. Persetujuan Menjadi Responden (*Informed Consent*)

Lampiran 6. Kuesioner

Lampiran 7. Hasil Olah Data

Lampiran 8. Hasil Uji Turnitin



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pelayanan kesehatan di rumah (*home care*) merupakan suatu bentuk pelayanan kesehatan kepada masyarakat tanpa henti yang diberikan kepada orang dan keluarga di rumah mereka, dengan tujuan untuk membatasi efek penyakit, dan memperluas kebebasan pasien dan keluarga dalam mempertimbangkan serta merawat kerabat yang memiliki masalah medis. Pelayanan ini bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan dan memaksimalkan tingkat kemandirian serta meminimalkan komplikasi akibat dari penyakit serta memenuhi kebutuhan dasar pasien dan keluarga di rumah. Perawatan di rumah menjadikan lebih nyaman bagi sebagian pasien dibandingkan dengan perawatan di Rumah Sakit. Hal ini berpengaruh pada proses penyembuhan pasien yang cenderung akan lebih cepat masa penyembuhannya jika mereka merasa nyaman dan Bahagia. Selain alasan di atas *Home Care* juga membantu masyarakat yang mengalami keterbatasan dalam pembiayaan pelayanan kesehatan khusus pada kasus-kasus penyakit *degenerative* yang memerlukan perawatan yang relative lama (Fahrepi et al., 2019).

Home Care di Indonesia, layanan sebenarnya bukan merupakan hal yang baru, karena merawat pasien di Rumah baik yang dilakukan oleh anggota keluarga yang dilatih dan atau oleh tenaga keperawatan melalui kunjungan rumah secara perorangan. Layanan Home Care masih dominan

dilakukan oleh individu tenaga kesehatan, khususnya perawat yang belum terorganisasi secara baik (Yasni Aldini et al., 2023).

Konsep home care merupakan solusi paling tepat untuk mengantisipasi jumlah pasien yang tidak tertampung di rumah sakit. Konsep home care sudah seharusnya menjadi first option dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Dengan konsep home care maka pasien yang sakit dengan kriteria tertentu (terutama yang tidak memerlukan peralatan rumah sakit) tidak lagi harus ke rumah sakit, tetapi tenaga kesehatan yang mendatangi rumah pasien dengan fokus utama pada kemandirian pasien dan keluarganya (Perceka et al., 2022).

Berkembangnya home care dikalangan masyarakat menjadi lebih baik jika diimbangi dengan kualitas pelayanannya. Komite Joint Commission International (Abdurrohim & Setyaningsih, 2022) mengeluarkan standar akreditasi khusus home care. Standar penilaian akreditasi ini merupakan standar penilaian penerapan home care berfokus pada pasien. Penilaian tersebut meliputi keselamatan pasien, akses dan asesmen pasien, hak dan tanggung jawab pasien, perawatan psien, dan kontinuitas pelayanan, manajemen obat pasien.

Penelitian yang dilakukan oleh Aziz tentang Pengaruh Kualitas Layanan Home Care Terhadap Kepuasan dan Kepercayaan Pasien di Kecamatan Panakkukang Kota Makassar, setelah dilakukan uji statistik didapatkan bahwa Kualitas Layanan Home Care berpengaruh terhadap Kepuasan Pasien (signifikansi $0,008 < 0,05$), Kualitas Layanan Home Care berpengaruh terhadap Kepercayaan Pasien (signifikansi $0,001 < 0,05$),

Kepuasan Pasien berpengaruh terhadap Kepercayaan Pasien (signifikansi $0,000 < 0,05$).

Terlepas dari berbagai kendala di dalam pelaksanaannya, keberadaan home care sangat penting bagi masyarakat saat ini. Karena masalah mendasar yang sering dialami adalah banyaknya rujukan ke klinik dari daerah setempat yang membutuhkan perawatan klinis, Sebelum adanya home care, individu yang memiliki keluhan kesehatan perlu bertatap muka di Rumah Sakit, poliklinik, dan unit administrasi kesejahteraan lainnya. Setelah home care didirikan, individu yang ingin memulai layanan medis cukup menelepon hotline yang telah diberikan sehingga lebih berguna bagi daerah setempat untuk mendapatkan akses kesehatan. Dipercaya bahwa home care akan menjadi tahap awal pendataan secara administrasi sebelum mendapatkan rujukan ke Rumah Sakit dan klinik.

Rumah Sakit Islam (RSI) Banjarnegara merupakan rumah sakit umum milik Swasta dan merupakan salah satu rumah sakit tipe C yang terletak di wilayah Banjarnegara, Jawa Tengah. Rumah sakit ini memberikan pelayanan dibidang kesehatan yang didukung oleh layanan dokter spesialis serta ditunjang dengan fasilitas medis lainnya. RSI Banjarnegara juga menyediakan pelayanan home care bagi pasien bedah yang membutuhkan perawatan lanjutan di rumah selepas pulang rawat inap.

Pelayanan home care diberlakukan di Rumah Sakit Islam Banjarnegara untuk meningkatkan kesejahteraan bagi masyarakat Banjarnegara agar terciptanya masyarakat sehat secara menyeluruh. Sesuai dengan Undang-

Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, kesejahteraan adalah kebebasan bersama dan salah satu bantuan pemerintah yang harus diakui untuk menjaga serta meningkatkan status kesejahteraan umum bergantung pada standar yang tidak biasa.

Pelayanan home care dirasakan sangat bermanfaat bagi masyarakat di Wilayah Kerja Rumah Sakit Islam Banjarnegara khususnya bagi pasien-pasien pasca operasi yang membutuhkan perawatan luka, sehingga dapat mengatasi permasalahan dan hambatan yang muncul.. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan penulis di Poli klinik bedah Rumah Sakit Islam Banjarnegara pada tanggal 1 – 8 November 2023 terkait adanya layanan home care bagi pasien rawat jalan pasca operasi secara acak (*accidental sampling*) diperoleh data informasi dari pasien yang datang untuk control adalah 35 pasien, dan hasil penelusuran awal responden beberapa pasien menyatakan puas dan terbantu dengan adanya layanan home care namun ada juga yang tidak puas dengan layanan home care.

Berdasarkan latar belakang di atas, terkait layanan home care pasien pasca operasi, maka peneliti merasa tertarik untuk melakukan suatu penelitian tentang “Hubungan Antara Kualitas Pelayanan *Home Care* Dengan Tingkat Kepuasan Pasien”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan pada latar belakang tersebut, maka peneliti dapat menemukan masalah “Bagaimana hubungan antara kualitas pelayanan home care dengan tingkat kepuasan pasien ? ”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui Hubungan Antara Kualitas Pelayanan Home Care Dengan Tingkat Kepuasan Pasien.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi kualitas pelayanan *home care*
- b. Mengidentifikasi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan *home care*.
- c. Menganalisis keeratan hubungan kualitas pelayanan *home care* dengan tingkat kepuasan pasien

D. Manfaat Penelitian

1. Secara Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bukti untuk mendukung pengambilan keputusan dipelayanan kesehatan (*evidence based practice*) dalam praktik keperawatan *home care* tentang Hubungan Kualitas Pelayanan Home Care dengan Tingkat Kepuasan Pasien.

2. Secara Praktis

a. Bagi Perawat

Dapat dijadikan penelitian lebih lanjut sebagai peningkatan mutu asuhan keperawatan dan sebagai masukan untuk melakukan penelitian lebih lanjut dalam rangka mengembangkan profesi keperawatan.

b. Bagi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi perkembangan teknologi untuk dijadikan sebagai pertimbangan dan pengembangan ilmu keperawatan yang terkait dengan masalah-masalah *home care*.

c. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menambah wawasan keilmuan dan pengalaman serta ketrampilan dalam melakukan penelitian dan memperoleh pengetahuan tentang Hubungan Kualitas pelayanan *Home Care* Dengan Tingkat Kepuasan Pasien.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. *Home Care*

a. Kualitas Pelayanan *Home Care*.

Menurut Yasni Aldini et al., (2023) untuk mengetahui kualitas pelayanan yang dirasakan secara nyata oleh konsumen, ada indikator kualitas pelayanan yang terletak pada 5 dimensi kualitas pelayanan, yaitu :

1. *Tangible* (berwujud),

yaitu kemampuan suatu perusahaan/organisasi dalam menunjukkan eksistensiya kepada pihak eksternal. Penampilan dan kemampuan sarana dan prasarana fisik perusahaan/ organisasi dan keadaan lingkungan sekitarnya adalah bukti nyata dari pelayanan yang diberikan oleh pemberi jasa yaitu fasilitas fisik, peralatan, pegawai dan fasilitas-fasilitas komunikasi yang dimiliki oleh penyedia layanan.

2. *Reliability* (kehandalan),

yaitu kemampuan perusahaan/organisasi untuk memberikan pelayanan sesuai yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya. Kinerja harus sesuai dengan harapan pelanggan yang berarti ketepatan waktu, pelayanan yang sama untuk semua pelanggan, tanpa kesalahan, sikap simpatik, dan dengan akurasi yang tinggi.

3. *Responsiviness (ketanggapan)*,

yaitu suatu kemampuan untuk membantu dan memberi pelayanan yang cepat (*responsive*) dan tepat kepada pelanggan, dengan menyampaikan informasi yang jelas. Tanpa membiarkan konsumen menunggu lama tanpa adanya suatu alasan yang jelas sehingga menyebabkan persepsi yang negative dalam pelayanan.

4. *Assurance (jaminan)*,

yaitu pengetahuan, kesopan-santunan, dan kemampuan para pegawai perusahaan/organisasi untuk menumbuhkan rasa percaya para pelanggan kepada perusahaan/organisasi. *Assurance* terdiri dari beberapa komponen antara lain komunikasi, kredibilitas, keamanan, kompetensi, dan sopan santun.

5. *Emphaty (empati)*,

yaitu memberikan perhatian yang tulus dan bersifat individual Tu pribadi yang diberikan kepada para pelanggan dengan berupaya memahami keinginan konsumen. Dimana suatu perusahaan/organisasi diharapkan memiliki pengertian dan pengetahuan tentang pelanggan, memahami kebutuhan pelanggan secara spesifik, serta memiliki waktu pengoperasian yang nyaman bagi pelanggan.

b. Defenisi Home Care

Home care adalah komponen dari pelayan kesehatan yang disediakan untuk individu dan keluarga ditempat tinggal mereka dengan tujuan mempromosikan, mempertahankan, atau memaksimalkan level kemandirian serta meminimalkan efek ketidakmampuan dan kesakitan

termasuk didalamnya penyakitnya terminal. Defenisi ini menggabungkan komponen dari *home care* yang meliputi pasien, keluarga, pemberian pelayanan yang professional (multidisiplin) dan tujuannya, yaitu untuk membantu pasien kembali pada level kesehatan optimum dan kemandirian (Irayani et al., 2022).

Home care adalah sistem dimana pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial diberikan di rumah kepada orang-orang cacat atau orang-orang yang bagus harus tinggal di rumah karena kondisi kesehatannya. Menurut *Amerika Medicine Associatin*, *home care* merupakan penyediaan peralatan dan jasa pelayanan keperawatan kepada pasien di rumah yang bertujuan untuk memulihkan dan mempertahankan secara maksimal tingkat kenyamanan dan kesehatan. Dalam kasus apapun efektifitas perawatan berbasis rumah membutuhkan upaya kolaboratif pasien, keluarga, dan professional. *Home care* adalah pelayanan kesehatan yang berkesinabungan dan komperhensif yang diberikan kepada individu dan keluarga ditempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit. *Home care* merupakan penyediaan pelayanan dan peralatan profesional perawat bagi klien dan keluarganya dirumah untuk menjaga kesehatan, edukasi, pencegahan penyakit, diagnosis dan penanganan penyakit, terapi paliatif, dan rehabilitatif (Padang et al., 2024).

Menurut Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Departemen Kesehatan RI dalam makalahnya pada seminar nasional 2013 tentang “Home Care”, *home care* dapat didefinisikan sebagai berikut:

- 1) Perawatan di rumah merupakan lanjutan asuhan keperawatan dari rumah sakit yang sudah termasuk rencana pemulangan dan dapat dilaksanakan oleh perawat rumah sakit semula oleh perawat komunitas dimana pasien berada atau tim keperawatan khusus yang menangani perawatan di rumah.
- 2) Perawatan di rumah merupakan bagian dari asuhan keperawatan keluarga sebagai tindak lanjut dari tindakan unit rawat jalan.
- 3) Pelayanan kesehatan berbasis di rumah merupakan suatu komponen rentang keperawatan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka.
- 4) Pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan pasien individu dan keluarga, direncanakan, dikoordinasikan, dan disediakan oleh pemberipelayanan yang diorganisir untuk memberi pelayanan di rumah melalui staf atau pengaturan berdasarkan perjanjian kerja atau kontrak.

c. Landasan hukum home care

Dasar hukum pelayanan *Home Care* adalah Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 29 Tahun 2014 tentang klinik pada pasal 32 ayat (2) yang berbunyi “pelayanan kesehatan yang bersifat promotive,

preventif, kuratif dan rehabilitative sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dalam bentuk rawat jalan, rawat inap, pelayanan satu hari (*one day care*) dan atau *home care*. Selanjutnya pada ayat (4) definisi *Home Care* lebih diperjelas dengan bunyi “*Home Care* sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan bagian atau lanjutan dari pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif yang diberikan kepada individu dan keluarga ditempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan, atau memulihkan kesehatan, atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan dampak penyakit “. Jika *Home Care* melibatkan tenaga keperawatan tentunya akan terikat kepada Undang-Undang Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan dan Undang-Undang Nomor 38 tahun 2014 tentang keperawatan.

d. Tujuan Home Care

Menurut Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Departemen Kesehatan RI (2013) tentang *home care*: “Bukti Kemandirian Perawat” menyebutkan bahwa tujuan umum dari pelayanan kesehatan di rumah adalah untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga. Secara khusus *home care* bertujuan untuk meningkatkan upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative, mengurangi frekuensi hospitalisasi, meningkatkan efisiensi waktu, biaya, tenaga, dan pikiran.

Menurut Widyanto (2014), *home care* merupakan upaya untuk menyembuhkan, mempertahankan, memelihara dan meningkatkan

kesehatan fisik, mental atau emosi klien. Pelayanan diberikan di rumah dengan melibatkan klien dan keluarganya atau pemberi pelayanan yang lain. Adapun tujuan khusus dari *home care* antara lain:

- 1) Terpenuhinya kebutuhan dasar klien secara biopsikososial, dan spiritual.
- 2) Meningkatnya kemandirian pasien dan keluarga dalam pemeliharaan dan perawatan anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan.
- 3) Terpenuhinya pelayanan keperawatan kesehatan di rumah sesuai kebutuhan klien.

Home care merupakan salah satu jenis perawatan jangka panjang (*long time care*) yang dapat diberikan oleh tenaga profesional maupun non profesional yang telah mendapat pelatihan. *home care* merupakan lanjutan asuhan keperawatan yang dilakukan di rumah sakit yang termasuk dalam rencana pemulangan dan dapat dilaksanakan oleh perawat dari rumah sakit semula, oleh perawat komunitas dimana klien tersebut berada, atau keperawatan khusus yang menangani klien dirumah. Pelayanan yang *home care* merupakan suatu komponen rentang keperawatan yang berkesinambungan dan komprehensif diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka (Bugie Zurisdianto Pamungkas & Dety Mulyanti, 2023).

e. Manfaat Home Care.

Manfaat dari pelayanan *home care* bagi pasien antara lain:

- 1) Pelayanan akan lebih sempurna, holistik dan komprehensif.

- 2) Pelayanan lebih professional
- 3) Pelayanan keperawatan mandiri bisa diaplikasikan dengan di bawah naungan legal dan etik- keperawatan
- 4) Pelayanan Home care merupakan solusi paling tepat untuk mengantisipasi jumlah pasien yang tidak tertampung di Rumah Sakit (Irayani et al., 2022).

f. Lingkup Pelayanan Home Care

Menurut (Padang et al., 2024), menyebutkan ruang lingkup pelayanan *home care* adalah:

- 1) Pelayanan medik dan asuhan keperawatan
- 2) Pelayanan sosial dan upaya menciptakan lingkungan yang terapeutik
- 3) Pelayanan rehabilitasi dan terapi fisik
- 4) Pelayanan informasi dan rujukan
- 5) Pendidikan, pelatihan, dan penyuluhan kesehatan
- 6) *Hygiene* dan sanitasi perorangan serta lingkungan
- 7) Pelayanan perbaikan untuk kegiatan sosial

g. Prinsip – Prinsip Home Care

Menurut Muhits (2016) prinsip dalam melakukan *home care* antara lain:

- 1) Mengelola pelayanan termasuk kesehatan di rumah dilaksanakan oleh perawat atau tim yang memiliki keahlian khusus tentang bidang tersebut.
- 2) Mengaplikasi konsep sebagai dasar mengambil keputusan dalam

praktik.

- 3) Mengumpulkan dan mencatat data dengan sistematis, akurat dan komprehensif secara terus menerus.
- 4) Menggunakan data hasil pengkajian untuk menetapkan diagnosa keperawatan.
- 5) Mengembangkan rencana keperawatan didasarkan pada diagnosa keperawatan yang dikaitkan dengan tindakan-tindakan pencegahan, terapi dan pemulihan.
- 6) Memberikan pelayanan keperawatan dalam rangka menjaga kenyamanan, penyembuhan, peningkatan kesehatan dan pencegahan komplikasi.
- 7) Mengevaluasi secara terus menerus respon pasien dan keluarga terhadap intervensi keperawatan.
- 8) Bertanggung jawab terhadap pasien dan keluarga akan pelayanan yang bermutu melalui manajemen kasus, rencana penghentian asuhan keperawatan (*discharge planning*) dan koordinasi dengan sumber-sumber di komunitas.
- 9) Memelihara hubungan diantara anggota tim untuk menjamin agar kegiatan yang dilakukan anggota tim saling mendukung.
- 10) Mengembangkan kemampuan profesional dan berkontribusi pada pertumbuhan kemampuan profesional tenaga yang lain.
- 11) Berpartisipasi dalam aktifitas riset untuk mengembangkan pengetahuan pelayanan keperawatan kesehatan di rumah.

12) Menggunakan kode etik keperawatan dalam melaksanakan praktik keperawatan (Yuliawan et al., 2023).

h. Lingkup praktek keperawatan di rumah (home care)

Lingkup praktik keperawatan mandiri meliputi asuhan keperawatan perinatal, asuhan keperawatan neonatal, asuhan keperawatan anak, asuhan keperawatan dewasa, asuhan keperawatan maternitas, asuhan keperawatan jiwa dan asuhan keperawatan gerontik dilaksanakan sesuai dengan lingkup wewenang dan tanggung jawab.

Keperawatan yang dapat dilakukan dengan:

- 1) Melakukan keperawatan langsung (*direct care*) yang meliputi pengkajian bio, psiko, sosio, spiritual dengan pemeriksaan fisik secara langsung, melakukan observasi, dan wawancara langsung, menentukan masalah keperawatan, membuat perencanaan, dan melaksanakan tindakan keperawatan.
- 2) Mendokumentasikan setiap tindakan pelayanan yang diberikan kepada klien, dokumentasi ini diperlukan sebagai pertanggungjawaban dan tanggung gugat untuk perkara hukum dan sebagai bukti untuk jasa pelayanan yang diberikan
- 3) Melakukan koordinasi dengan tim yang lain kalau praktik dilakukan secara berkelompok
- 4) Sebagai pembela/pendukung (*advokat*) klien dalam memenuhi kebutuhan asuhan keperawatan klien di rumah dan bila diperlukan untuk tindak lanjut ke rumah sakit dan memastikan terapi yang

klien dapatkan sesuai dengan standart dan pembiayaan terhadap klien sesuai dengan pelayanan atau asuhan yang diterima oleh klien.

- 5) Menentukan frekuensi dan lamanya perawatan kesehatan di rumah dilakukan mencakup berapa sering dan berapa lama kunjungan harus dilakukan (Rensini et al., 2023).

i. Mekanisme pelayanan home care

Pasien atau klien yang memperoleh pelayanan keperawatan di rumah dapat merupakan rujukan dan klinik rawat jalan, unit rawat inap rumah sakit, maupun Rumah Sakit, namun klien dapat langsung menghubungi agens pelayanan keperawatan di rumah atau praktek keperawatan per orangan untuk memperoleh pelayanan. Mekanisme yang harus dilakukan adalah sebagai berikut:

- 1) Pasien pasca rawat inap atau rawat jalan harus terlihat terlebih dahulu oleh dokter untuk menentukan apakah secara medis layak untuk dirawat di rumah atau tidak.
- 2) Selanjutnya apabila dokter telah menetapkan bahwa klien layak dirawat dirumah, maka dilakukan pengkajian oleh koordinator kasus yang merupakan staf dari pengelola atau agensi perawatan kesehatan di rumah, kemudian bersama-sama klien dan keluarga akan menentukan masalahnya dan membuat perencanaan, membuat keputusan, membuat kesepakatan mengenai pelayanan apa yang akan diterima oleh klien, kesepakatan juga mencakup jenis pelayanan, jenis peralatan, dan jenis sistem pembayaran, serta

jangkawaktu pelayanan.

- 3) Selanjutnya klien akan menerima pelayanan dari pelaksana pelayanan keperawatan di rumah baik dari pelaksana pelayanan yang dikontrak atau pelaksana yang direkrut oleh pengelola perawatan di rumah. Pelayanan dikoordinir dan dikendalikan oleh koordinator kasus, setiap kegiatan yang dilaksanakan oleh tenaga pelaksana pelayanan harus diketahui oleh coordinator kasus.
- 4) Secara periodik koordinator kasus akan melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelayanan yang diberikan apakah sudah sesuai dengan kesepakatan (Sasarari et al., 2023).

Persyaratan klien yang menerima pelayanan perawatan di rumah adalah:

- 1) Mempunyai keluarga atau pihak lain yang bertanggung jawab atau menjadi pendamping bagi klien dalam berinteraksi dengan pengelola.
- 2) Bersedia menandatangani persetujuan setelah diberikan informasi (*informed consent*).
- 3) Bersedia melakukan perjanjian kerja dengan pengelola perawatan kesehatan di rumah untuk memenuhi kewajiban, tanggung jawab dan haknya dalam menerima pelayanan (Juwita & Octaviana, 2022).

j. Pemberi pelayanan Home Care

Menurut Perceka et al., (2022) petugas kesehatan yang dapat memberikan pelayanan *home care* antara lain:

1) Dokter

Pemberian *home care* harus berada di bawah perawatan dokter. Dokter harus sudah menyetujui rencana perawatan sebelum perawat diberikan kepada pasien. Rencana perawatan meliputi: diagnosa, status mental, tipe pelayanan dan peralatan yang dibutuhkan, frekuensi kunjungan, prognosis, kemungkinan untuk rehabilitasi, pembatasan fungsional, aktivitas yang diperbolehkan, kebutuhan nutrisi, pengobatan, dan perawatan.

2) Perawat

Bidang keperawatan dalam *home care*, mencakup fungsi langsung dan tidak langsung. *Direct care* yaitu aspek fisik actual dari perawatan, semua yang membutuhkan kontak fisik dan interaksi *face to face*. Aktivitas yang termasuk dalam *direct care* mencakup pemeriksaan fisik, perawatan luka, injeksi, pemasangan dan penggantian kateter, dan terapi intravena. *Direct care* juga mencakup tindakan mengajarkan pada pasien dan keluarga bagaimana menjalankan suatu prosedur dengan benar. *Indirect care* terjadi ketika pasien tidak perlu mengadakan kontak personal dengan perawat. Tipe perawatan ini terlihat saat perawat *home care* berperan sebagai konsultan untuk personil kesehatan yang lain atau bahkan pada penyedia perawatan di rumah sakit.

3) Physical therapist

Menyediakan perawatan pemeliharaan, pencegahan, dan

penyembuhan pada pasien di rumah. Perawatan yang diberikan meliputi perawatan langsung dan tidak langsung. Perawatan langsung meliputi: penguatan otot, pemulihan mobilitas, mengontrol spastisitas, latihan berjalan, dan mengajarkan latihan gerak pasif dan aktif. Perawatan tidak langsung meliputi konsultasi dengan petugas *home care* lain dan berkontribusi dalam konferensi perawatan pasien.

4) Speech pathologist

Tujuan dari *speech therapy* adalah untuk membantu pasien mengembangkan dan memelihara kemampuan berbicara dan berbahasa. *Speech pathologist* juga bertugas memberi konsultasi kepada keluarga agar dapat berkomunikasi dengan pasien, serta mengatasi masalah gangguan menelan dan makan yang dialami pasien.

5) Social worker (pekerja sosial)

Pekerja sosial membantu pasien dan keluarga untuk menyesuaikan diri dengan faktor sosial, emosional, dan lingkungan yang berpengaruh pada kesehatan mereka.

6) Homemaker/home health aide

Tugas dari *home health aide* adalah untuk membantu pasien mencapai level kemandirian dengan cara sementara waktu memberikan *personal hygiene*. Tugas tambahan meliputi pencahayaan rumah dan keterampilan rumah tangga lain (Juwita &

Octaviyana, 2022).

Berdasarkan teori yang telah dikemukakan oleh para ahli diatas, maka dapat disimpulkan bahwa kualitas pelayanan adalah suatu persepsi masyarakat atas pelayanan yang mereka dapatkan yang sangat mempengaruhi kualitas organisasi atau perusahaan.

Berdasarkan uraian teori diatas, maka penulis memilih salah satu teori yaitu teori Hardiansyah,2018 yang akan digunakan dalam penelitian ini sesuai dengan langkah-langkah yang sudah ditetapkan. Perhitungan tingkat kepatuhan bisa dikontrol bila suatu pelaksanaan program telah sesuai dengan standart (Notoadmodjo, 2018).

2. Teori kepuasan

Model, kebutuhan, keinginan, utilisasi, factor provider adalah terkait dengan karakteristik provider (pengetahuan dan kemampuan, motivasi, etos kerja) dalam menyediakan layanan kesehatan. Selain itu faktor variabel pekerjaan (desain pekerjaan, bahan kerja), dan faktor organisasi (kepemimpinan, supervise, imbalan pekerjaan) juga ikut mempengaruhi sikap dan perilaku provider. Kebutuhan adalah suatu keadaan sebagian dari kepuasan dasar yang dirasakan dan disadari. Kebutuhan adalah penyimpangan biopsikososial, terkait dengan kondisi sehat dan sakit seseorang.

Kepuasan pelanggan menurut model kebutuhan ialah suatu keadaan dimana kebutuhan, keinginan dan harapan pasien dapat

dipenuhi melalui produkatas jasa yang dikonsumsi. Oleh karena itu kepuasan pasien adalah rasio kulaitas yang di rasakan oleh pasien di bagi dengan kebutuhan, keinginan dan harapan pasien. Model kebutuhan adalah model yang menjelaskan factor dominan pengaruh dari perspektif pasien (masyarakat). Pada utilisasi ada dua kemungkinan bahwa permintaan dan harapan masyarakat dapat dipenuhi. Kondisi ini disebut *satisfied demand*, sedangkan bila masyarakat tidak mendapatkan seperti yang di minta dan diharapkan, maka disebut *unsatisfied demand* adalah mereka yang berharap berobat ke Rumah Sakit, tetapi karena adanya *barrier* (kendala) ekonomi atau jarak, akhirnya berobat tradisional. *Statisfied demand* adalah mereka yang menginginkan berobat ke Rumah Sakit dan dapat terpenuhi keinginannya (Nursalam, 2014).

a. Dimensi Kepuasan

Menurut Mutmainnah et al., (2021) menyatakan bahwa ada lima dimensi kepuasan pasien, meliputi:

1) Sarana fisik (*tangible*)

Pelanggan akan menggunakan indra penglihatan untuk menilai kualitas pelayanan, seperti menilai gedung, peralatan, seragam, yaitu hal-hal yang menimbulkan kenikmatan bila dilihat.

2) Keandalan (*reliability*)

Dimensi yang mengukur keandalan perusahaan

dalam memberikan pelayanan kepada pelanggannya. Pertama, kemampuan perusahaan untuk memberikan pelayanan seperti yang dijanjikan. Kedua, seberapajauh suatu perusahaan mampu memberikan pelayanan yang akurat atau tidak ada kesalahan.

3) Ketanggapan (*Responsiveness*)

Dimensi ketanggapan merupakan dimensi yang paling dinamis. Harapan pelanggan akan kecepatan pelayanan hampir dapat dipastikanakan berubah dengan kecenderungan naik dari waktu ke waktu.

4) Jaminan / keyakinan (*assurance*)

Dimensi jaminan/keyakinan merupakan dimensi yang berhubungan dengan kemampuan perusahaan dan perilaku *front line staff* dalam menanamkan rasa percaya dan keyakinan kepada para pelanggannya. Keramahan adalah salah satu aspek kualitas yang paling mudah diukur. Keramahan atau kenikmatan (*amenities*) berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang tidak berhubungan langsung dengan efektivitas klinik, tetapi dapat mempengaruhi kepuasan pasien dan ketersediaannya untuk kembali ke fasilitas kesehatan untuk memperoleh pelayanan berikutnya.

5) Kepedulian (*emphaty*)

Perlakuan yang bersifat pribadi pada tiap pelanggan seperti kemudahan dalam menghubungi perusahaan,

kemampuan karyawan untuk berkomunikasi dengan pelanggan, dan usaha perusahaan untuk memahami keinginan dan kebutuhan pelanggannya.

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien.

Menurut Nursalam (2014), faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan, yaitu:

1) Karakteristik produk

Produk ini merupakan kepemilikan rumah sakit yang bersifat fisik antara lain gedung dan dekorasi. Karakteristik produk rumah sakit meliputi penampilan bangunan rumah sakit, kebersihan dan tipe kelas kamar yang disediakan beserta kelengkapannya.

2) Harga

Harga yang termasuk didalamnya adalah harga produk atau jasa. Harga merupakan aspek penting, namun yang terpenting dalam penentuan kualitas guna mencapai kepuasan pasien. Meskipun demikian elemen ini mempengaruhi pasien dari segi biaya yang dikeluarkan, biasanya semakin mahal harga perawatan maka pasien mempunyai harapan yang lebih besar.

3) Pelayanan

Pelayanan keramahan petugas rumah sakit, kecepatandalam pelayanan. Rumah sakit dianggap baik apabila dalam memberikan pelayanan lebih memperhatikan kebutuhan pasien maupun orang lain yang berkunjung di rumah sakit. Kepuasan munculdari kesan pertama masuk pasien terhadap pelayanan keperawatan yang

diberikan. Misalnya: pelayanan yang cepat, tanggap dan keramahan dalam memberikan pelayanan keperawatan.

4) Lokasi

Letak rumah sakit, letak kamar dan lingkungannya. Merupakan salah satu aspek yang menentukan pertimbangan dalam memilih rumah sakit. Umumnya semakin dekat rumah sakit dengan pusat perkotaan atau yang mudah dijangkau, mudahnya transportasi dan lingkungan yang baik akan semakin menjadi pilihan bagi pasien yang membutuhkan rumah sakit tersebut.

5) Fasilitas

Kelengkapan fasilitas rumah sakit turut menentukan penilaian kepuasan pasien, misalnya fasilitas kesehatan baik sarana dan prasarana, tempat parkir, ruang tunggu yang nyaman dan ruang kamar rawat inap. Walaupun hal ini tidak vital menentukan penilaian kepuasan pasien, namun rumah sakit perlu memberikan perhatian pada fasilitas rumah sakit dalam penyusunan strategi untuk menarik konsumen.

6) *Image*

Citra, reputasi dan kepedulian rumah sakit terhadap lingkungan. Image juga memegang peranan penting terhadap kepuasan pasien dimana pasien memandang rumah sakit mana yang akan dibutuhkan untuk proses penyembuhan. Pasien dalam menginterpretasikan rumah sakit berawal dari cara pandang melalui panca indera dari informasi-informasi yang didapatkan dan

pengalaman baik dari orang lain maupun diri sendiri sehingga menghasilkan anggapan yang positif terhadap rumah sakit tersebut, meskipun dengan harga yang tinggi. Pasien akan tetap setia menggunakan jasa rumah sakit tersebut dengan harapan-harapan yang diinginkan pasien.

7) Desain visual

Dekorasi ruangan, bangunan dan desain jalan yang tidak rumit. Tata ruang dan dekorasi rumah sakit ikut menentukan kenyamanan suatu rumah sakit, oleh karena itu desain dan visual harus diikutsertakan dalam penyusunan strategi terhadap kepuasan pasien atau konsumen.

8) Suasana, meliputi keamanan,

Keakraban dan tata lampu. Suasana rumah sakit yang tenang, nyaman, sejuk dan indah akan sangat mempengaruhi kepuasan pasien dalam proses penyembuhannya. Selain itu tidak hanya bagi pasien saja yang menikmati itu akan tetapi orang lain yang berkunjung ke rumah sakit akan sangat senang dan memberikan pendapat yang positif sehingga akan terkesan bagi pengunjung rumah sakit tersebut.

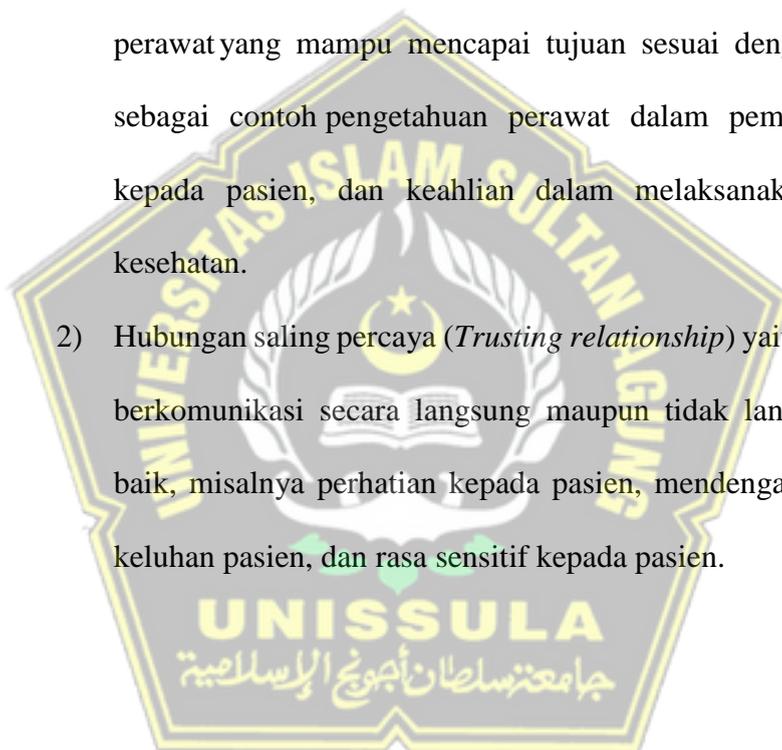
9) Komunikasi

Tata cara informasi yang diberikan pihak penyedia jasa dan keluhan-keluhan dari pasien. Bagaimana keluhan-keluhan dari pasien dengan cepat diterima oleh penyedia jasa terutama perawat dalam memberikan bantuan terhadap keluhan pasien.

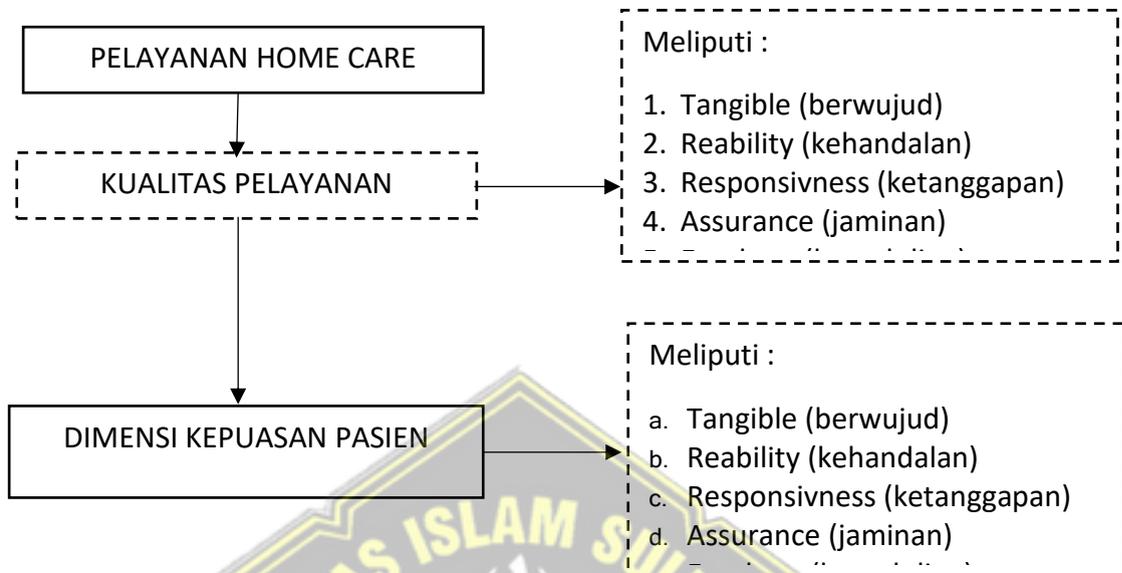
c. Dimensi perilaku perawat terhadap kepuasan pasien

Dimensi perilaku perawat terhadap kepuasan pasien adalah praktik profesional (*Technical-professional*), hubungan saling percaya (*Trusting relationship*), dan hubungan pendidikan (*Educational relationship*).

- 1) Praktik profesional (*Technical-professional*) yaitu perilaku perawat yang mampu mencapai tujuan sesuai dengan perannya, sebagai contoh pengetahuan perawat dalam pemeriksaan fisik kepada pasien, dan keahlian dalam melaksanakan pelayanan kesehatan.
- 2) Hubungan saling percaya (*Trusting relationship*) yaitu kemampuan berkomunikasi secara langsung maupun tidak langsung dengan baik, misalnya perhatian kepada pasien, mendengarkan keluhan-keluhan pasien, dan rasa sensitif kepada pasien.



B. Kerangka Teori



Keterangan :

-  : diteliti
-  : tidak diteliti
-  : ada hubungan

Gambar 2.1 Kerangka Teori (Irayani et al., 2022; Juwita & Octaviyana, 2022; Mutmainnah et al., 2021; Padang et al., 2024)

C. Hipotesa

Hipotesa adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan penelitian. Hipotesis adalah suatu pernyataan asumsi tentang hubungan antara dua atau lebih variabel yang diharapkan bisa menjawab suatu pertanyaan dalam penelitian (M.Hidayat lasti, Sudirman natsir, 2017)

Hipotesis alternative (H_a) adalah hipotesis penelitian. Hipotesis ini menyatakan adanya hubungan, pengaruh, dan perbedaan antara dua variabel atau lebih variabel. Hipotesis penelitian ini adalah :

Ha : Ada hubungan yang bermakna antara pelayanan home care dengan tingkat kepuasan pasien di Poli bedah Rumah Sakit Islam Banjarnegara.

Hipotesis nol (Ho) adalah hipotesis yang menyatakan tidak ada hubungan antara variabel Independen (X) dan variabel dependen (Y).

Ho : Tidak ada hubungan yang bermakna antara pelayanan home care dengan tingkat kepuasan pasien di Rumah Sakit Islam Banjarnegara.



1. Variabel *Independen* (Bebas)

Variabel bebas merupakan variabel yang mempengaruhi timbulnya variabel terikat (Notoadmojo, 2018). Variabel *Independen* dalam penelitian ini adalah kualitas pelayanan *home care*.

2. Variabel *Dependen* (terikat)

Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel bebas (Notoadmojo, 2018).

Variabel *Dependent* dalam penelitian ini adalah kepuasan pasien.

C. Desain Penelitian

Desain penelitian adalah model atau metode yang digunakan peneliti untuk melakukan suatu penelitian yang memberikan arah terhadap jalannya penelitian. Desain penelitian ditetapkan berdasarkan tujuan dan hipotesis penelitian (Dharma, 2011).

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan rancangan penelitian Cross Sectionl dengan menggunakan metode korelasi untuk mencari hubungan antara variable X dan variable Y.

D. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan kumpulan kasus dimana obyek atau subyek yang mempunyai karakteristik dan kualitas tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk diteliti dan kemudian ditarik kesimpulannya (Notoadmojo, 2018).

Populasi dalam penelitian ini yaitu pasien control di Poliklinik Bedah Rumah Sakit Islam Banjarnegara pasca operasi di bulan November 2023.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi, yaitu semua unit populasi harus memiliki peluang untuk terambil sebagai unit sampel, dan sampel dipandang sebagai penduga populasinya atau sebagai populasi dalam bentuk kecil (miniatur populasi). Artinya besar sampel harus mencukupi untuk menggambarkan populasinya (Roflin & Liberty, 2021). Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Accidental Sampling*. *Accidental Sampling* teknik penentuan sampel berdasarkan kebetulan, yaitu siapa saja pasien yang secara kebetulan bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 35 responden.

Adapun kriteria inklusi dan eksklusi dalam penelitian ini yaitu :

1. Kriteria inklusi
 - a. Bersedia menjadi responden untuk diteliti
 - b. Pasien yang dapat berkomunikasi secara verbal
 - c. Pasien di Poliklinik Bedah RSI Banjarnegara yang akan menjalani kontrol pasca operasi bedah.
 - d. Pasien yang kooperatif
2. Kriteria eksklusi
 - a. Pasien kontrol pasca operasi bedah yang tidak bisa membaca dan menulis

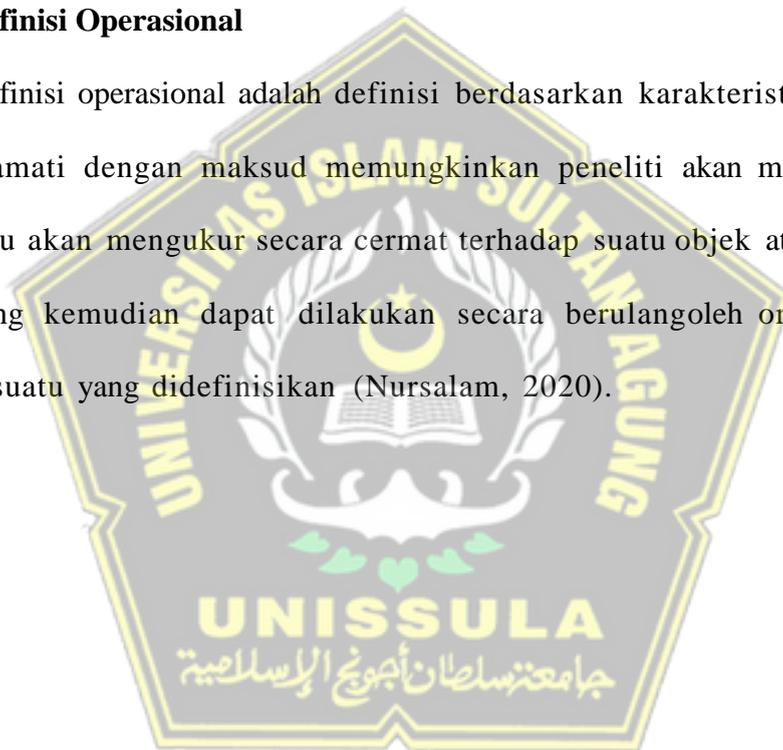
- b. Pasien kontrol pasca operasi bedah yang mengalami gangguan komunikasi.
- c. Pasien control pasca operasi bedah yang masih dalam keadaan kritis.

E. Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian dilakukan di Ruang Poliklinik Bedah Rumah Sakit Islam Banjarnegara dan dilakukan pada bulan Mei - November 2023.

F. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang akan diamati dengan maksud memungkinkan peneliti akan mengobservasi atau akan mengukur secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat dilakukan secara berulangoleh orang lain dari sesuatu yang didefinisikan (Nursalam, 2020).



Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Kualitas Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tangibles</i> Kualitas Pelayanan yang dapat terlihat dalam bentuk sarana fisik. • <i>Reliability</i> Keandalan pelayanan yang terpercayanya • <i>Responsiveness</i> Ketangapan dalam membantu pasien. • <i>Assurance</i> Keramahan dan sopan santun karyawan • <i>Empaty</i> Sikap penuh perhatian kepada pasien. 	<p>Kuisisioner terdiri dari 22 pertanyaan yang terdiri dari 4 pilihan jawaban :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sangat tidak setuju 2. tidak setuju 3. setuju 4. sangat setuju <p>Kualitas pelayanan dimensi <i>Reliability</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketelitian 2. Ketepatan waktu 3. Membantu saat permasalahan 4. Informasi jelas 5. Informasi obat <p>Kualitas pelayanan dimensi <i>Responsiveness</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanggapi keluhan 2. Ketangapan melayani 3. Menanggapi dengan baik 4. Melakukan tindakan secara cepat <p>Kualitas pelayanan dimensi <i>Assurance</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keahlian di bidangnya 2. Obat-obatan yang lengkap 3. Menghargai Pasien 4. Dokter bersikap meyakinkan <p>Kualitas pelayanan dimensi <i>Empaty</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan waktu cukup 2. Memahami kebutuhan pasien 3. Memperhatikan sungguh-sungguh 4. Memberikan pelayanan sopan 5. Mendengarkan dengan baik <p>(Parasuraman, 2009)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rendah : 22-66 2. Sedang : 67-72 3. Baik : 73-88 	Ordinal

2	Kepuasan Pasien	Kepuasan Pasien adalah tingkat perasaan pasien setelah membandingkan hasil yang dirasakan dengan harapannya.	<p>Kepuasan pelayanan dokter :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reaksi 2. Informasi 3. Visit tepat waktu 4. Penampilan Rapi <p>Kepuasan pelayanan perawat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reaksi cepat 2. Informasi yang jelas 3. Kesopanan 4. Penampilan menarik <p>Kepuasan pelayanan farmasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Resep cepat 2. Penjelasan apoteker 3. Kondisi obat 4. Ruang tunggu nyaman <p>Kepuasan pelayanan administrasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keramahan 2. Antrian cepat 3. Penampilan rapih 4. Menjelaskan rincian 	<p>Rendah : 16-32 Sedang :33-43 Baik :44-64</p>	Ordinal
---	-----------------	--	---	---	---------

G. Instrumen/Alat Pengumpul Data

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan untuk penelitian dan untuk mengukur fenomena sosial dan alam (Sugiyono, 2019). Dalam penelitian ini instrumen yang digunakan menggunakan kuesioner, antara lain :

1. Lembar demografi

Berisi tentang data diri pasien terdiri dari : nama (inisial), usia, jenis kelamin dan tingkat pendidikan terakhir.

2. Kuesioner kualitas pelayanan

Untuk mengukur kualitas pelayanan pasien control pasca operasi di poliklinik bedah RSI Banjarnegara, terdiri dari 38 pertanyaan. Untuk menguji validitas konstruk, dapat digunakan pendapat dari ahli (*judgment expert*). Uji validitas dapat dilakukan dengan mengadakan konsultasi kepada pembimbing dan para ahli (*judgment expert*) dalam hal ini kepada dokter spesialis bedah yang menangani pasien. Hal ini dilakukan untuk memeriksa dan mengevaluasi instrumen secara sistematis, sehingga instrumen ini valid dan dapat digunakan untuk menjangkau data yang dibutuhkan (Sugiyono, 2019). Hasil pengujian instrumen yang berupa kuesioner telah disetujui oleh *judgment expert* untuk pengambilan data yang dibutuhkan dalam penelitian.

3. Kuesioner Kepuasan Pasien

Kepuasan konsumen menurut Kotler (2006) yaitu tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja maupun hasil yang dia rasakan dibandingkan dengan harapan tingkat kesesuaian yang didapat dari perbandingan pengalaman dan harapan secara keseluruhan setelah dibobot melalui instrument peneliti yaitu dengan lima dimensi (1) *Rekiability* mencakup kesiapan dokter dan perawat dalam melayani pasien serta pelayanan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan yang dijanjikan, (2) *Assurance* yaitu kerahasiaan medis pasien yang terjaga, pemberian obat yang selalu tepat waktu dan semua prosedur perawatan dengan memperhatikan keselamatan pasien, (3) *Tangibility* mencakup penampilan dokter dan perawat yang rapi dan fasilitas ranap yang tertata

rapi, (4) *Responsiveness* mencakup perawat yang cepat dan tanggap atas kebutuhan pasien yang selalu berusaha memenuhi kebutuhan pasien dan kesiapan dokter dalam menangani pasien dan yang terakhir (5) *Empathy* yang mana dokter selalu berusaha menenangkan rasa cemas pasien akan keadaan yang dialami, perawat yang berusaha menenangkan pasien selama dirawat di RS dan memberikan dorongan semangat kepada pasien.

H. Validitas dan Realibilitas Instrumen

1. Validitas

Uji validitas merupakan pengukuran dan pengamatan yang berarti prinsip keandalan instrumen dalam mengumpulkan data atau dengan kata lain uji untuk mengetahui ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur sebuah data (Nursalam, 2015). Untuk mengukur kualitas pelayanan home care terdiri dari 22 pertanyaan dan untuk tingkat kepuasan pasien terdiri dari 16 pertanyaan, untuk mengukur validitas konstruk dapat digunakan pendapat dokter ahli (*judge expert*) tentang butir-butir instrument yang telah dibuat untuk mendapatkan penilaian apakah maksud dari kalimat dalam instrument dapat dipahami oleh responden dan butir-butir tersebut dapat menggambarkan indikator variable yang diteliti, hal ini untuk memeriksa dan mengevaluasi instrument secara sistematis sehingga instrument ini valid (Sugiono, 2019).

2. Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah uji untuk mengukur adanya suatu kesamaan apabila pengukuran dilakukan kembali pada orang dan waktu yang berbeda (Nursalam, 2008). Uji reliabilitas dilakukan untuk mengetahui tingkat kekonsistenan suatu instrument. Instrument dinyatakan reliabel jika nilai *Cronbach alpha* $> 0,7$ (Sugiono, 2016). Adapun uji reliabilitas pada kuesioner yang digunakan penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Kuesioner kualitas pelayanan dilakukan uji reliabilitas oleh peneliti Lala Tri Astuti 2016 didapatkan nilai *Cronbach alpa* $0,8 >$ dari $0,6$ maka pernyataan peneliti reliabel.
2. Kuesioner tingkat kepuasan dilakukan uji reliabilitas oleh peneliti Lala Tri Astuti 2016 didapatkan nilai *Cronbach alpa* $0,9 >$ dari $0,6$ maka pernyataan peneliti reliabel.

I. Metode Pengumpulan Data

3. Tahap Persiapan
 - a. Peneliti melakukan studi pendahuluan tentang variabel yang akan diteliti
 - b. Peneliti menyusun dan mengkonsultasikan kepada dosen pembimbing

- c. Peneliti mengurus surat izin penelitian kepada FIK Unisula dan RSI Banjarnegara
 - d. Setelah mendapat izin, peneliti melakukan koordinasi dengan kepala Poliklinik RSI Banjarnegara
4. Tahap Pelaksanaan
- a. Membaca buku register pasien poliklinik bedah yang berada diruangan untuk data responden yang akan dilakukan penelitian
 - b. Melakukan pemilihan sample sesuai kriteria inklusi dan eksklusi
 - c. Mengambil data dengan mengisi lembar observasi yang berisi nomor responden, usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir.
 - d. Membagikan kuesioner tentang penilaian kualitas pelayanan home care dan kuesioner kepuasan pasien.
 - e. Mengecek kembali hasil isian lembar observasi dan kuesioner dari responden
5. Tahap Penyelesaian
- a. Mengumpulkan hasil pengisian lembar observasi dan kuesioner dan memasukan data tersebut
 - b. Data yang sudah dientry, diolah dan dianalisis dengan SPSS.
 - c. Hasil olah data digunakan untuk menyusun laporan hasil

J. Rencana Analisa Data

1. Pengolahan Data

Data yang telah diperoleh dilakukan pengolahan data sebagai berikut :

- a) *Editing*. Editing adalah upaya melakukan pengecekan ulang data yang sudah diperoleh (Notoatmojo, 2018). Melakukan pengecekan kelengkapan dan kebenaran data yang dicatat dalam format pengumpulan data.
- b) *Coding*. Coding adalah mengubah data menjadi angka. Peneliti menggunakan beberapa kode pada bagian-bagian tertentu dari penelitian ini untuk mempercepat waktu pentabulasian dan analisis data.
- c) *Tabulating*. Tabulating merupakan memasukkan data kedalam computer kemudian disusun dalam bentuk tabel proporsi dan tabel silang untuk dianalisis.
- d) *Cleaning*. Setelah semua data dimasukkan, diperlukan pengecekan kembali untuk mengidentifikasi kesalahan kode, ketidaklengkapan, dan kesalahan lainnya (Notoatmodjo, 2018)

2. Analisis Data

- a. Analisis Univariat. Analisis univariat ini dilakukan untuk menggambarkan sifat atau karakteristik secara rinci dari masing-masing variabel yang akan diteliti dengan menyajikan distribusi frekuensi (Notoatmodjo, 2018). Analisis univariat dalam penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, kualitas pelayanan home care dan kepuasan pasien.
- b. Analisis Bivariat. Analisis bivariat digunakan pada variabel-variabel yang diduga memiliki korelasi (Notoatmodjo, 2018).

Untuk membuktikan adanya hubungan signifikan antara variabel bebas dengan variable terikat yaitu menggunakan *Uji Gamma*, dikatakan bermakna apabila $p\text{-value} < 0,05$.

K. Etika Penelitian

Etika penelitian dalam penelitian menurut Arikunto (2016) yaitu :

1. *Autonomy*. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian kepada responden serta menyampaikan permohonan untuk menjadi responden penelitian.
2. *Nonmaleficence*. Karena instrumen yang digunakan berupa kuesioner, peneliti berjanji untuk menjaga kerahasiaan responden, penelitian tidak membahayakan responden selama proses penelitian.
3. *Confidentiality*. Peneliti menjamin kerahasiaan responden dan hak asasi untuk informasi yang didapatkan. Peneliti menggunakan kode yang hanya diketahui responden untuk merahasiakan berbagai informasi tentang privasi dan identitas responden..
4. *Beneficence*. Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian untuk mendapatkan hasil yang semaksimal mungkin dalam upaya memberikan manfaat kepada responden.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Deskripsi Lokasi Penelitian

Lokasi Penelitian dilakukan di Wilayah Kerja Rumah Sakit Islam (RSI) Banjarnegara. Rumah Sakit Islam (RSI) Banjarnegara merupakan rumah sakit umum milik Swasta dan merupakan salah satu rumah sakit tipe C yang terletak di wilayah Banjarnegara, Jawa Tengah. dengan luas wilayah sebesar 1.070 Km², jarak RSI ke Ibu Kota Kabupaten sejauh ± 10 Km, dengan akses transportasi cukup baik.

Adapun batas wilayah Kerja Rumah Sakit Islam (RSI) Banjarnegara adalah sebagai berikut :

1. Sebelah Utara berbatasan dengan Kabupaten Batang dan Pekalongan.
2. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kabupaten Kebumen
3. Sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Wonosobo
4. Sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Purbalingga dan Banyumas.

Dengan jumlah penduduk Laki-laki dan Perempuan (berdasarkan data sensus BPS tahun 2020 adalah 1.017.767 jiwa dengan rincian laki-laki 517.056 jiwa dan perempuan 500.711 jiwa yang tersebar di 20 Kecamatan.

B. Karakteristik Responden Penelitian

Gambaran tentang deskripsi responden yang diperoleh melalui data diri yang diisi langsung oleh responden didalam kuesioner yang meliputi

jenis kelamin, umur dan pekerjaan yang disajikan pada tabel berikut :

Tabel 4.1 : Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin (n=35)

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	%
1.	Laki-Laki	16	45,7
2.	Perempuan	19	54,3
	Total	35	100

Sumber : Data Primer (2023)

Berdasarkan tabel 4.1 diatas menunjukkan bahwa dari 35 responden, 16 (45,7%) responden berjenis kelamin laki-laki, dan 19 (54,3%) responden berjenis kelamin perempuan. Maka dengan demikian dinyatakan bahwa mayoritas responden berjenis kelamin perempuan.

Tabel 4.2 : Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur (n=35)

Umur	Frekuensi	%
< 30	3	8,6
30-39	8	22,9
40-49	11	31,4
> 50	13	37,1
Total	35	100

Sumber : Data Primer (2023)

Berdasarkan tabel 4.2 diatas menunjukkan bahwa dari 35 responden yang berumur < 30 tahun sebanyak 3 orang (8,6%) dari jumlah total responden, umur 30-39 tahun sebanyak 8 orang (22,9%) dari jumlah total responden, umur 40-49 tahun sebanyak 11 orang (31,4%) dari jumlah total responden, umur < 50 sebanyak 13 orang (37,1%) dari jumlah total responden.

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan (n=35)

No	Pendidikan	Frekuensi	%
1	SD	3	8,6
2	SMP	15	42,9
3	SMA	16	45,7
4	Sarjana	1	2,9
Total		35	100,0

Sumber : Data Primer (2023)

Berdasarkan tabel 4.3 diatas menunjukkan bahwa dari 35 responden, dengan status pendidikan sebagai petani sebanyak 3 orang (8,6%), SMP sebanyak 15 responden (42,9%), SMA sebanyak 16 responden (45,7%), Sarjana sebanyak 1 responden (2,9%).

C. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk mengetahui distribusi frekuensi dari masing-masing variabel dalam penelitian ini, baik variabel independen maupun variabel dependen. Data-data disuguhkan dalam bentuk tabel frekuensi dan proporsi untuk menjelaskan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti.

a. Distribusi Frekuensi Variabel Kualitas *Home Care*

Tabel 4.4 : Distribusi Frekuensi Variabel Kualitas Pelayanan *Home Care* (n=35)

Kualitas Pelayanan <i>Home Care</i>	Frekuensi	Persen
Rendah	4	11,4
Sedang	15	42,9
Baik	16	45,7
Total	35	100,0

Berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan bahwa variabel kualitas pelayanan *home care* baik sebanyak 16 responden (45,7%), sedang

sebanyak 15 responden (42,9%) dan rendah sebanyak 4 responden (11,4%).

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Variabel Kepuasan Pasien (n=35)

Kepuasan Pasien	Frekuensi	Persen
Sedang	4	11,4
Baik	31	88,6
Total	35	100,0

Berdasarkan tabel 4.5 menunjukkan bahwa variabel kepuasan pasien merasakan baik sebanyak 31 responden (88,6%) dan untuk sedang sebanyak 4 responden (11,4%).

D. Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan analisis yang dilakukan untuk mengetahui hubungan antara 2 variabel independen dengan dependen. Analisis bivariat dalam penelitian ini ingin melihat apakah terdapat hubungan kualitas pelayanan (variabel kehandalan, daya tanggap, jaminan, empati dan bukti langsung) kesehatan dengan tingkat kepatuhan dan tingkat kepuasan pasien rawat jalan di wilayah kerja Rumah Sakit Islam (RSI) Banjarnegara.

Analisis bivariat dilakukan dengan uji statistik menggunakan uji *Gamma* dengan tingkat signifikansi 5% (0,05). Pengujian dilakukan dengan SPSS versi 25.0. Uji *Gamma* dapat menunjukkan probabilitas kejadian dimana:

- a. Jika $P \text{ value} < 0,05$ maka H_a diterima dan H_0 ditolak. Dengan

artian ada hubungan antara variabel independen dengan variable dependen.

b. Jika P value > 0,05 maka Ha ditolak dan Ho diterima. Dengan artian tidak ada hubungan antara variabel ndependen dengan variabel dependen.

1. Hubungan Variabel kualitas pelayanan *home care* Dengan Kepuasan Pasien

Dengan melakukan pengujian korelasi menggunakan uji *Gamma* dapat diketahui distribusi jawaban responden secara parsial tentang hubungan yang antara variabel kehandalan terhadap kepatuhan pasien, yaitu sebagai berikut:

Tabel 4.6 Hubungan Kualitas Pelayanan Home Care dengan Kepuasan Paisein

		Kepuasan Pasien						Total	p value
		Rendah		Sedang		Baik			
		f	%	f	%	f	%		
Kualitas Pelayanan <i>Home care</i>	Sedang	3	8,6	1	2,9	0	0,0	4	0,020
	Baik	1	2,9	14	40,0	16	45,7	31	
	Total	4	11,4	15	42,9	16	45,7	35	

Pada tabel 4.6 didapatkan hasil hubungan kualitas pelayanan home care dengan kepuasan pasien, dimana kualitas pelayanan home care baik dengan kepuasan pasien baik sebanyak 16 responden (45,7%), sedangkan kualitas pelayanan home care sedang dengan kepuasan pasien rendah sebanyak 3 responden (8,6%). Dapat

diketahui dari hasil uji *Gamma* didapatkan nilai sig. atau p value = 0,020 dimana $p < 0,05$ yang berarti ada hubungan antara kualitas pelayanan home care dengan kepuasan pasien, nilai korelasi koefisien 0,981 yang bermuatan positif dimana ada hubungan bersifat positif yang kuat antar kualitas pelayanan home care dengan kepuasan pasien.



BAB V

PEMBAHASAN

A. Karakteristik Responden

1. Usia

Pada hasil penelitian didapatkan usia > 50 tahun (37,1%). Dimana usia lebih dari 50 tahun merupakan usia pra lansia. Penelitian ini didukung oleh Arifin, *et al.*, (2019) dimana hal ini karena responden merasa bahwa pelayanan kesehatan yang diharapkan dengan hasil kuesioner yang menunjukkan dari 17 responden dengan kepuasan baik. Sesuai dengan penelitian Alim A, N. Tangdilambi, A. Badwi.(2019) bahwa usia mempengaruhi pelayanan pasien dengan pelayanan baik di rawat jalan maupun di rawat inap, usia lansia membutuhkan pelayanan yang lebih dibandingkan dengan pasien usia dewasa maupun muda.

Menurut asumsi peneliti bahwa usia dapat mempengaruhi penilaian pada pelayanan kesehatan dan kepuasan pasien dengan penuh perhatian kepada pasien dirawat jalan akan memberikan penilaian yang baik.

2. Jenis Kelamin

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sebayang (2018) terdapat banyak laki-laki yang mendapatkan perawatan di IGD dan banyaknya laki-laki masuk rumah sakit dapat diperkirakan bergantung dari data masing-masing penyakit spesifik (Suryati, *et al.*, 2017). Meskipun secara fisik laki-laki lebih kuat dibandingkan Perempuan, Perempuan sejak bayi hingga dewasa mempunyai daya tahan lebih kuat

dibandingkan laki-laki, baik daya tahan rasa sakit maupun daya tahan terhadap penyakit (Margituruswati & Irmawati, 2017).

Peneliti menyimpulkan bahwa laki-laki merupakan tulang punggung keluarga, dimana sering melakukan pekerjaan diluar rumah yang rentang terhadap masalah kesehatan. Meskipun daya tahan tubuh tidak sekuat perempuan yang mengalami banyak fase yaitu menstruasi, melahirkan dan mengurus anak dirumah.

3. Pendidikan

Sesuai dengan penelitian Kurniawan & Intisari (2012) banyaknya pendidikan SMA yang masuk IGD sebanyak 51,2% dan didukung oleh penelitian Pradono & Sulistyowati (2014) yang mana adanya korelasi yang kuat antara pendidikan dan status kesehatan. Lamanya bersekolah akan mengalami pengembangan kapasitas kehidupan pengetahuan yang lebih efektif yang mana akan berpengaruh dengan keadaan kesehatan, termasuk kerja paruh waktu, mengerjakan tugas dengan baik, peningkatan kesejahteraan, ekonomi, kontrol diri, social dan bergaya hidup sehat.

Peneliti berasumsi bahwa pendidikan merupakan kunci dimana kesehatan itu akan dimengerti, disekolah diajarkan kesehatan secara kecil tetapi akan bermanfaat bila orang tersebut mau belajar dari masalah kesehatan yang ada dilingkungan sekitar.

B. Analisis Univariat

1. Kualitas Pelayanan *Home Care*

Pelayanan kesehatan adalah segala kegiatan yang dilakukan secara langsung maupun tidak langsung dengan maksud untuk menghasilkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan atau dituntut oleh masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan yang dialaminya. Pelayanan kesehatan merupakan suatu fasilitas atau wadah yang difasilitasi oleh Pemerintah Daerah untuk memperoleh pelayanan kesehatan (Gurning, 2018). Pelayanan kesehatan di RSI Banjarnegara, jika pelayanan yang diberikan tenaga kesehatan kepada masyarakat berkualitas baik atau sekurang- kurangnya sesuai dengan yang diharapkan oleh masyarakat, maka hal tersebut dapat memberikan kepuasan kepada masyarakat yang berobat di RSI Banjarnegara dan berminat untuk berobat kembali ke RSI Banjarnegara. Sehubungan dengan kualitas pelayanan kesehatan secara teoritis yang dikemukakan oleh Nurdin, (2019) bahwa ada lima dimensi untuk menilai atau mengukur kualitas suatu pelayanan, antara lain: Keandalan (*Reliability*), Daya tanggap (*Responsiveness*), Jaminan (*Assurance*), Empati (*Empathy*), Bukti langsung (*Tangible*).

Berdasarkan dari hasil penelitian yang telah dilakukan peneliti maka kualitas pelayanan di RSI Banjarnegara berdasarkan dimensi Berwujud/Bukti Langsung (*Tangible*) telah terlaksana dengan baik yang mana lingkungan Rumah Sakit bersih dan nyaman dan dapat mendukung penyelenggaraan layanan kesehatan serta kemudahandalam

melakukan pelayanan kesehatan, dapat dilihat dari hasil sebaran kuesioner yang diisi langsung oleh responden dengan kategori sangat baik sebanyak 149 orang (62,9%), sedangkan yang menjawab kurang baik sebanyak 1 orang (4,0%). Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Yulina, 2019) yaitu dari 98 responden dalam dimensi bukti langsung dengan kategori baik sebanyak 78 (79,6%) responden dan kategori tidak baik sebanyak 20 (20,4%) artinya dari 98 responden merasa bahwa pelayanan tersebut baik. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Achmad Rizal, 2014) yaitu dari 55 responden dalam dimensi bukti langsung dengan kategori baik sebanyak 23 (41,8%) responden, kategori cukup sebanyak 20 (36,36%) responden, kategori kurang sebanyak 12 (21,81%) responden artinya responden merasa bahwa pelayanan tersebut baik. Dalam dimensi ini Rumah Sakit dituntut dapat memberikan tempat yang nyaman serta bersih dan tenaga kesehatan dituntut berpenampilan rapi serta kemudahan dalam proses pemberian pelayanan kesehatan.

Menurut asumsi peneliti bahwa kualitas pelayanan dipengaruhi dari SDM yang berkualitas, dimana pelayanan akan lebih terjaga sesuai dengan apa yang ada di SOP. Pengalaman merupakan hal yang perlu dikembangkan oleh tenaga kesehatan khususnya pada perawat dan dokter, kasus yang ada akan memberikan pengalaman baru untuk memberikan kualitas yang bagus juga kepada pasien.

2. Kepuasan Pasien

Kepuasan pasien adalah keluaran atau outcome dari layanan kesehatan dan merupakan salah satu tujuan dari peningkatan kualitas atau mutu pelayanan kesehatan. Kepuasan pasien akan berdampak pada output pada pelayanan kesehatan artinya akan berdampak pada status kesehatan. Kepuasan pasien terhadap kualitas pelayanan kesehatan penting untuk diperhatikan karena pasien yang puas akan mematuhi jalannya pengobatan yang diberikan dan mereka akan mau datang untuk berobat lagi. Dengan kata lain, pelayanan kesehatan yang berkualitas akan memengaruhi kesehatan dan kesejahteraan masyarakat (Noviyanti, 2019).

Hal ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Yulina, 2019) yaitu dari 98 responden merasa tidak puas dengan pelayanan kesehatan sebanyak 50 (51,0%) responden dan merasa puas sebanyak 48 (49,0%) artinya dari 98 responden merasa tidak puas dengan pelayanan di Rumah Sakit Belawan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Achmad Rizal, 2014) menunjukkan bahwa dari 55 responden 23 (41,8%) responden dalam kategori kualitas pelayanan kesehatan baik, dan 20 (36,3%) responden merasa puas dengan pelayanan rawat jalan. Dalam mewujudkan perasaan puas dari pasien terhadap pelayanan yang telah diberikan tenaga kesehatan diuntut untuk dapat menjalin hubungan baik kepada masyarakat, yang merupakan keharusan bagi setiap muslim untuk tetap menjaga hubungan baik sesama manusia, sama halnya dalam konteks

kepuasan pasien yang mana kiranya dapat memberikan kepuasan kepada pasien.

C. Analisis Bivariat

Pada penelitian ini didapatkan hasil uji *Gamma* dengan nilai sig. atau *p value* = 0,020 dimana $p < 0,05$ yang berarti ada hubungan antara kualitas pelayanan home care dengan kepuasan pasien, nilai korelasi koefisien 0,981 yang bermuatan positif dimana ada hubungan bersifat positif yang kuat antar kualitas pelayanan home care dengan kepuasan pasien.

Penelitian ini sesuai dengan yang dilakukan oleh (Yulina, 2019) *p value* $0,042 < 0,05$. Artinya ada hubungan antara kehandalan dengan kepuasan pasien rawat jalan di Rumah Sakit Belawan. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Achmad Rizal, 2014) *p value* $0,00 < 0,05$. Artinya ada hubungan antara Kehandalan dengan tingkat kepuasan pasien di Balai Pengobatan. Gigi Rumah Sakit Kelayan dalam Kota Banjarmasin.

D. Keterbatasan Penelitian

1. Pengambilan data terhambat dikarenakan terbatasnya waktu penelitian yang pendek.
2. Analisis Univariat penelitian belum mencantumkan jenis kasus home care, sehingga untuk penelitian selanjutnya harus mencantumkan kasus home care.
3. Keterbatasan Uji *Expert* untuk kuesioner tingkat kepuasan pasien harusnya diuji oleh manajemen mutu, sehingga untuk penelitian selanjutnya manajemen mutu harus terlibat untuk uji *Expert* tingkat kepuasan pasien

E. Implikasi untuk Keperawatan

Penelitian ini dapat disimpulkan bahwa ada hubungan kualitas pelayanan home care dengan kepuasan pasien di RSI Banjarnegara, kualitas pelayanan pada pasien disebabkan karena tenaga kesehatan memberikan perhatian pada pasien. Kepuasan pasien muncul dikarenakan penilaian pasien dengan pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan di Rumah Sakit. Budaya 5 S (Senyum, Salam, Sapa, Sopan, dan Santun) merupakan salah satu budaya yang memberikan respon positif kepada pasien dimana pasien merasa lebih dihormati dan dilayani dengan baik.



BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan kualitas pelayanan kesehatan dengan tingkat kepatuhan dan kepuasan pasien rawat jalan di wilayah kerja RSI Banjarnegara. Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa:

1. Berdasarkan hasil penelitian bahwa karakteristik responden dengan usia lebih dari 50 tahun (37,1%), berjenis kelamin perempuan (54,3%) dan berpendidikan SMA(45,7%) .
2. Berdasarkan hasil penelitian bahwa kualitas pelayanan *home care* dengan respon baik (45,7%).
3. Berdasarkan hasil penelitian bahwa kepuasan pasien dengan respon baik (88,6%).
4. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan ada hubungan kualitas pelayanan *home care* dengan kepuasan pasien.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan diatas, peneliti memberikan saran sebagai berikut :

a. Bagi Rumah Sakit

Dari hasil penelitian terdapat hubungan kualitas pelayanan terhadap kepuasan pasien, terlihat dari hubungan yang kuat terjadi pada

variabel daya tanggap dan yang lemah pada variabel bukti langsung. Karena itu disarankan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Banjarnegara melalui RSI Banjarnegara dapat lebih mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanan yang sudah diberikan selama ini dan segera memperbaiki keluhan-keluhan pasien. Hal ini juga terbukti dari hasil penelitian bahwa variabel bukti langsung memiliki hubungan yang paling rendah dimana terdapat keluhan pasien berupa petugas kesehatan yang menggunakan telepon genggam saat memberikan pelayanan dan kurangnya keramahan petugas administrasi dan masih lemahnya sistem pendataan pasien karena masih menggunakan sistem manual.

b. Bagi Masyarakat

Diharapkan bagi pengguna jasa layanan kesehatan untuk tetap menjaga kebersihan lingkungan Rumah Sakit dan menjaga ketertibannya guna memperlancar kegiatan layanan kesehatan, dan harapan dapat memberikan masukan terkait layanan untuk menjaga dan meningkatkan kualitas pelayanan di Rumah Sakit khususnya RSI Banjarnegara.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Disarankan menggunakan indikator kualitas pelayanan lainnya dalam melihat hubungan kualitas pelayanan *home care* dengan kepuasan pasien dan menggunakan analisis penelitian lainnya agar menghasilkan suatu karya ilmiah yang lebih luas didalam melihat hubungan kualitas pelayanan *home care* dengan kepuasan pasien yang terjadi.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdurrohim, A., & Setyaningsih, R. (2022). Kepuasan Pasien Pengguna Layanan Unissula Virtual Home Care. *Indonesian Journal of Community Services*, 4(2), 219. <https://doi.org/10.30659/ijocs.4.2.219-226>
- Bugie Zurisdianto Pamungkas, & Dety Mulyanti. (2023). “Studi Kualitatif tentang Tingkat Kepuasan Pasien Home Care di Jawa Barat: Evaluasi Layanan, Tantangan, dan Harapan ke Depan.” *DIAGNOSA: Jurnal Ilmu Kesehatan Dan Keperawatan*, 1(2), 87–94. <https://doi.org/10.59581/diagnosa-widyakarya.v1i2.204>
- Dharma, K. K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. CV. Trans Info Media.
- Fahrepi, R., Rate, S., & Hadi, A. J. (2019). Hubungan Kualitas Pelayanan Home Care dengan Tingkat Kepuasan Keluarga Pasien di Wilayah Kerja Puskesmas Batua Kota Makassar. *PROMOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 9(1), 122–128.
- Irayani, F., Indah Primasari, S., Studi Kebidanan, P., & Kebidanan Wahana Husada Bandar Jaya, A. (2022). Hubungan Proses Manajemen Home Care Dengan Kepuasan Pasien Peserta Program Home Care. In *Jurnal Ilmu Kesehatan Indonesia (JIKSI) E-ISSN* (Vol. 3, Issue 2).
- Juwita, E., & Octaviyana, C. (2022). Hubungan Kualitas Pelayanan Home Care dengan Tingkat Kepuasan Keluarga di Wilayah Puskesmas Mesjid Raya The Relationship between Home Care Service Quality and Family Satisfaction Levels in the Mesjid Raya Health Center Area. In *Journal of Healthcare Technology and Medicine* (Vol. 8, Issue 1).
- Mutmainnah, U., Ahri, R. A., & Arman. (2021). Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Mutu Pelayanan Kesehatan terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar 2020. *Journal of Muslim Community Health (JMCH)*, 2(1), 52–74.
- Notoadmojo, S. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. PT Rineka Cipta.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan* (Tim Editor Salemba Medika, Ed.; 2nd ed.). Salemba Medika.
- Nursalam. (2015). *Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis*. Salemba Medika.

- Padang, V., Wardhani, U. C., & Muharni, S. (2024). Hubungan Kualitas Pelayanan Homecare dengan Kepuasan Pasien Perawatan Luka di Rumah Sakit Bakti Timah Karimun. *Journal of Educational Innovation and Public Health*, 2(1), 82–89.
- Perceka, A. L., Sutrisno, A., Alfiyansah, R., & Erlinawati, N. A. (2022). Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Home Care Klinik Cahaya Insani Garut. *Jurnal Medika Cendikia*, 9(1), 75–89. <https://doi.org/10.33482/medika.v9i1.188>
- Rensini, Y. R., Fawzi, A., & Saifulah, D. (2023). Kajian Literatur Layanan Home Care Dalam Meningkatkan Kepuasan. In *Journal Of Health Science Community* (Vol. 3, Issue 3).
- Roflin, E., & Liberty, I. A. (2021). *Populasi, Sampel, Variabel Dalam Penelitian Kedokteran*. Penerbit NEM.
- Sasarari, Z. A., Achmad, V. S., Naka, A. S. B., & Andani, N. (2023). The Effect of Home Care Service Quality on Patient Satisfaction. *Jurnal Edukasi Ilmiah Kesehatan*, 1(2), 79–84. <https://doi.org/10.61099/junedik.v1i2.19>
- Sugiyono. (2019). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif*. Alfabeta.
- Yasni Aldini, A. T., Rosmanely, S., & Indar, I. (2023). HUBUNGAN KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN BERBASIS HOME CARE DENGAN KEPUASAN PASIEN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS LAYANG. *Kampurui Jurnal Kesehatan Masyarakat (The Journal of Public Health)*, 5(1), 37–44. <https://doi.org/10.55340/kjkm.v5i1.1063>
- Yuliawan, A., Nugraha Cahayaning Asmara, I., & Patria Husada Surakarta, A. (2023). PENGARUH KUALITAS HOME CARE SEBAGAI SALAH SATU BENTUK PENDAMPINGAN PELAYANAN KESEHATAN. *Jurnal Keperawatan GSH*, 12(1).