

## **Modifikasi *Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18)* ke dalam Bahasa Indonesia**

*Vella Imaninda<sup>1</sup> & Saifuddin Azwar<sup>2</sup>*

<sup>1,2</sup>Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada

**Abstract.** This research purpose to develop a valid and reliable patient satisfaction tool. The modification procedures include: preparation, practice, and finalization. The result of modification is called Patient Satisfaction Questionnaire 2017 (KKP-2017). Aspects in KKP-2017 include: interpersonal manner, technical quality/professionalism behavior, accessibility/convenience, financial aspects, and physical environment. Data analysis includes content validity, item scale correlation and reliability. The result of content validity in 82 items cover three questionnaire formats which include KKP-2017 Format 40, Format 25, and Format 10. Items selection is considered by correlation coefficient  $> 0,3$  that yield 40 items with reliability estimation 0,936, KKP-2017 Format 25 with reliability estimation 0.928 and KKP-Format 10 with reliability estimation 0.883. KKP-2017 can be used to measure the level of patient satisfaction in hospital services.

*Keywords: patient satisfaction questionnaire, tools modification, PSQ-18, health service, measurement, content validity, reliability*

**Abstrak.** Tujuan dari penelitian ini adalah mengembangkan alat ukur kepuasan pasien yang valid dan reliabel. Prosedur modifikasi meliputi: persiapan, pelaksanaan, dan finalisasi. Hasil modifikasi PSQ-18 disebut dengan Kuesioner Kepuasan Pasien 2017 (KKP-2017). Aspek dalam KKP-2017 antara lain: perilaku interpersonal, kualitas teknis/perilaku profesionalisme, akses/kenyamanan, keuangan/aspek finansial, dan lingkungan fisik. Analisis data meliputi uji validitas isi, analisis daya beda butir, dan uji reliabilitas. Hasil uji validitas isi butir terhadap 82 tiga format kuesioner, yaitu KKP-2017 Format 40, Format 25, dan Format 10. Pemilihan butir berdasarkan daya beda butir  $>0,3$  menghasilkan 40 butir dengan estimasi reliabilitas sebesar 0,936, KKP-2017 Format 25 memiliki estimasi reliabilitas sebesar 0,928, dan KKP-Format 10 memiliki estimasi reliabilitas sebesar 0,883. KKP-2017 dapat digunakan untuk mengungkap tingkat kepuasan pasien terhadap layanan rumah sakit.

*Kata Kunci: kuesioner kepuasan pasien, modifikasi alat ukur, PSQ-18, layanan kesehatan, pengukuran, validitas isi, reliabilitas isi*

Rumah sakit merupakan salah satu institusi sektor kesehatan berperan sebagai kesehatan bagi masyarakat. Negara me-

ngatur dalam Undang-undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat

---

<sup>1</sup> Korespondensi mengenai isi artikel ini dapat dilakukan melalui : [vella.imaninda@mail.ugm.ac.id](mailto:vella.imaninda@mail.ugm.ac.id)

<sup>2</sup> Atau melalui [sfazwar@ugm.ac.id](mailto:sfazwar@ugm.ac.id)

darurat. Salah satu tujuan pengaturan penyelenggaraan rumah sakit adalah meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit. Pelayanan kesehatan perorangan berdasarkan Undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit adalah setiap kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, dan memulihkan kesehatan, sedangkan standar pelayanan rumah sakit adalah semua standar pelayanan yang berlaku di rumah sakit, antara lain Standar Prosedur Operasional, standar pelayanan medis, dan standar asuhan keperawatan.

Pelayanan yang bermutu menjadi penting berdasarkan peraturan dalam undang-undang dan kebutuhan akreditasi rumah sakit. Rumah sakit sebagai penyedia layanan kesehatan terbuka akan saran perbaikan dari pasien dalam rangka mengembangkan instansi dan menyesuaikan dengan lingkungan yang dinamis dan kompetitif. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/MENKES/SK/II/2008 mengatur tentang standar pelayanan minimal rumah sakit dan indikator standar untuk setiap jenis pelayanan.

Salah satu *input* rumah sakit sebagai organisasi penyedia layanan kesehatan adalah struktur industri yang di dalamnya terdapat konsumen atau pelanggan, dalam hal ini adalah pasien. Cummings dan Worley (2003) mengemukakan mengenai struktur industri yang dikenal dengan model diagnosis level organisasi yang terdiri dari *input*, desain komponen, dan *output*. Peran manajemen antara lain peran antarpersonal, informasional, dan pengambilan keputusan. Peran informasional yaitu manajemen mengumpulkan informasi dari pihak eksternal yang kemudian diteruskan pada anggota organisasional

(Robbins & Judge, 2008). Pihak eksternal dalam model diagnosis level organisasi (Cummings & Worley, 2003) merupakan masukan bagi organisasi, untuk kemudian dapat menjadi acuan dalam menyusun desain komponen organisasi dan melihat keluarannya berupa efektivitas dari organisasi.

Pasien merupakan salah satu pengguna langsung atas layanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit. Pasien dapat menilai dengan puas atau tidak puas atas layanan tersebut. Kepuasan pelanggan merupakan salah satu indikator standar minimal pelayanan rumah sakit. Secara umum definisi operasional kepuasan pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan. Pengertian kepuasan dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) diartikan sebagai perasaan senang, lega, gembira karena sudah terpenuhi hasrat hatinya. Di sisi lain, pelayanan menurut KBBI didefinisikan sebagai perihal atau cara melayani; usaha melayani kebutuhan orang lain dengan memperoleh imbalan (uang) atau jasa; kemudahan yang diberikan sehubungan dengan jual beli barang atau jasa (Pusat Bahasa Kemdikbud, 2016).

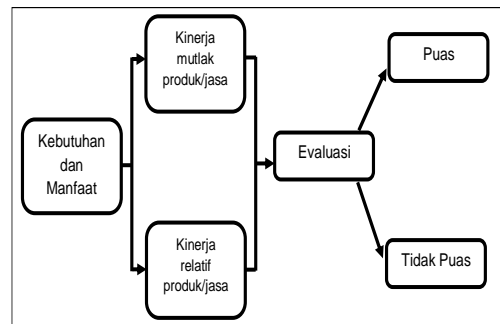
Konsep kepuasan pelanggan secara umum terkait dengan pengalaman pelanggan atas produk atau layanan yang diterima. Kepuasan pelanggan merupakan keseluruhan perasaan atau sikap yang dimiliki seseorang atas produk yang telah dibeli (Solomon, 1996); sikap dari pelanggan mengenai produk melalui evaluasi pelanggan berdasarkan pengalaman pemakaian pelanggan (Wells & Prenskey, 1996); persepsi pelanggan atas kinerja produk atau layanan terkait dengan harapan pelanggan (Schiffman, Kanuk, & Wisenbirt, 2010). Kepuasan pelanggan dapat diukur melalui riset pasar dengan menggunakan kartu respons pelanggan

dan kuesioner (Heskett, Jones, Loveman, Sasser, & Schlesinger, 1994). Pelanggan yang memiliki pengalaman di bawah dari harapan akan merasa tidak puas dan pelanggan yang harapannya terpenuhi atau pengalamannya melebihi harapan akan merasa sangat puas, bahkan merasa bahagia. Pengukuran kepuasan pelanggan mencakup pengukuran kuantitatif dan kualitatif dengan berbagai metode kontak dengan pelanggan. Survei kepuasan pelanggan mengukur bagaimana kepuasan konsumen atas atribut produk atau pelayanan yang relevan dan pentingnya atribut tersebut. Secara umum survei menggunakan skala lima poin, mulai dari “sangat tidak puas” hingga “sangat puas” (Schiffman, Kanuk, & Wisenbilit, 2010).

Survei kepuasan pasien biasanya dilakukan dengan tujuan (Ware, Davies-Avery, & Stewart, 1977): (1) data digunakan sebagai variabel dependen untuk mengevaluasi layanan dan fasilitas penyedia layanan, dengan asumsi kepuasan pasien merupakan indikator dari struktur, proses, dan hasil dari perawatan; dan (2) data kepuasan digunakan sebagai variabel independen untuk memprediksi perilaku konsumen, dengan asumsi pada apa yang mempengaruhi perbedaan kepuasan.

Organisasi berkomunikasi secara eksternal untuk menghadirkan produk dan layanan, menunjukkan gambaran positif, untuk menarik karyawan, dan mengumpulkan perhatian (Korver & van Ruler, 2003). Program komunikasi eksternal salah satunya adalah survei pelanggan/klien/pasien yang digunakan untuk mengumpulkan umpan balik mengenai pengalaman dari pengguna eksternal dengan organisasi. Informasi digunakan untuk membuat modifikasi atau perubahan pada layanan, produk, atau hubungan. Program komunikasi eksternal menyediakan ide, informasi, hubungan,

dan wawasan mengenai pernyataan individu dan kelompok, sesuatu yang dianggap penting, dan modifikasi yang dibutuhkan (Ivancevich, Konopaske, dan Matteson, 2008). Pengukuran kualitas suatu kinerja menurut Martin dan Kettner (1996) memiliki dua pendekatan: pendekatan pada hasil dari dimensi kualitas (fokus pada kualitas pelayanan dan sumber data dari rekaman perusahaan) dan pendekatan kepuasan konsumen (fokus pada kualitas pelayanan dan/atau hasil, dampak, pengaruh, atau manfaat dari pelayanan dan sumber data dari survei kepuasan konsumen).



Gambar 1. Kepuasan atau Ketidakpuasan Pelanggan (Wells & Prensky, 1996)

Gambar 1 menunjukkan bahwa pelanggan mengadopsi dua perspektif dalam mengevaluasi pengalamannya atas suatu produk: pengalaman kepuasan konsumsi kebutuhan dan pengalaman konsumsi dibandingkan dengan harapan sebelum membeli. Perspektif pertama merupakan pengukuran mutlak – pengukuran mengenai bagaimana kinerja produk pada level dasar kepuasan dan ketidakpuasan pelanggan. Perspektif kedua merupakan pengukuran relatif – pengukuran tentang kinerja produk tergantung pada yang diharapkan pelanggan (Wells & Prensky, 1996).

*Pengukuran terhadap Kepuasan Pasien*

Tinjauan literatur menunjukkan ada beberapa instrumen yang dipakai secara

praktis. Pertama adalah kuesioner pelayanan publik. Ada rumah sakit yang menggunakan kuesioner pelayanan publik dengan berpedoman pada Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No: KEP/25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah. Kuesioner berisi 14 pertanyaan dengan 4 pilihan respons (1 tidak baik, 2 kurang baik, 3 baik, dan 4 sangat baik). Unsur pelayanan yang diatur adalah: prosedur pelayanan, persyaratan pelayanan, kejelasan petugas pelayanan, kedisiplinan petugas pelayanan, tanggung jawab petugas pelayanan, kemampuan petugas pelayanan, kecepatan pelayanan, keadilan mendapatkan pelayanan, kesopanan dan keramahan petugas, kewajaran biaya pelayanan, kepastian biaya pelayanan, kepastian jadwal pelayanan, kenyamanan lingkungan, dan keamanan pelayanan. Selain menggunakan 14 pertanyaan tersebut rumah sakit juga menambahkan pertanyaan tentang biaya tambahan selama berobat dengan 2 pilihan jawaban yaitu ada dan tidak ada, kebersihan rumah sakit dengan 4 pilihan jawaban, serta pertanyaan terbuka tentang hal yang tidak memuaskan dari pelayanan di rumah sakit dan saran untuk meningkatkan pelayanan di masa datang. Pertanyaan yang tercantum masih bersifat konseptual dan nampak kurang operasional, serta belum ada informasi mengenai validitas dan reliabilitas dari kuesioner tersebut.

Kedua adalah *Patient Satisfaction Questionnaire* (PSQ) yang dikembangkan oleh Grogan, Conner, Norman, Willits, dan Porter (2009) memiliki lima faktor antara lain dokter, perawat, akses, perjanjian, dan fasilitas. Wei, Wang, Yang, dan Yang (2015) juga mengembangkan alat ukur kepuasan pasien yang reliabel dan dapat digunakan secara praktis untuk

pasien rawat inap di Cina, namanya *In-Patient Satisfaction Questionnaire*. Instrumen ini memiliki empat faktor yang diungkap antara lain kualitas perawatan dokter, kualitas perawatan perawat, kualitas lingkungan dan fasilitas, dan kualitas secara umum. Manaf, Mohd, dan Abdullah (2012) melakukan penelitian mengenai pengembangan dan validitas instrumen kepuasan pasien dalam rangka memenuhi kebutuhan instrumen yang valid dan reliabel. Kepuasan pasien pada suatu organisasi perawatan kesehatan biasa digunakan untuk mengukur efisiensi organisasi. Instrumen kepuasan pasien sebanyak 34 butir telah direviu oleh de Almeida, Bourliataux-Lajoinie, dan Martins (2015) dan disimpulkan bahwa kepuasan pasien terdiri dari konstruk multidimensi dan ada beberapa dimensi penting pada konstruk kepuasan pasien.

Kepuasan pasien dapat diungkap melalui beberapa alat ukur. Aspek yang mengungkap kepuasan pasien menurut Ware, Davies-Avery, dan Stewart (1977) antara lain: pengetahuan tentang perawatan, kualitas teknis perawatan, akses/kenyamanan, keuangan, lingkungan fisik, ketersediaan, tindak lanjut dari perawatan, dan hasil dari perawatan. *Patient Satisfaction Questionnaire Form II* dikembangkan oleh Ware, Snyder, Wright, dan Davies (1983) yang merupakan pengembangan konsep Ware, Snyder, dan Wright untuk *National Center for Health Service Research* (NCHSR) pada tahun 1976. Tujuannya adalah untuk mengembangkan survei kepuasan yang pendek dan dikerjakan sendiri pada populasi umum dan diukur secara valid dan reliabel untuk kepentingan teori dan praktis dalam perencanaan, administrasi, dan evaluasi program pelayanan kesehatan.

Aspek kepuasan pasien pada PSQ (Ware, Snyder, Wright, & Davies, 1983) antara lain (a) perilaku interpersonal,

menyangkut cara penyedia layanan berinteraksi secara personal pada pasien (perhatian, keramahan, kesopanan, tidak hormat, kekasaran). (b) Kualitas teknis, kompetensi dari penyedia dan ketaatan pada standar tinggi dari diagnosis dan pengobatan (ketelitian, ketepatan, resiko yang tidak perlu, membuat kesalahan). (c) Akses/Kenyamanan, faktor terkait pengaturan dalam menerima perawatan medis (waktu dan upaya yang diperlukan untuk mendapatkan janji, menunggu waktu di kantor, kemudahan mencapai lokasi perawatan). (d) keuangan, faktor terkait pembayaran pelayanan medis (kewajaran biaya, pengaturan pembayaran alternatif, kelengkapan asuransi). (e) Kemanjuran / Hasil, hasil dari pertemuan perawatan medis (bantuan penyedia perawatan medis dalam meningkatkan dan menjaga kesehatan). (f) Tindak lanjut, kesamaan penyedia dan/atau lokasi perawatan (dokter yang sama). (g) Lingkungan fisik, pengaturan lingkungan dimana perawatan diberikan (ketertiban fasilitas dan peralatan, kenikmatan atmosfer, kejelasan tanda-tanda dan penunjuk arah). (h) Ketersediaan, keberadaan sumber daya medis perawatan (fasilitas rumah sakit dan penyedia layanan medis yang cukup di suatu daerah).

PSQ Form II yang telah diuji secara empiris dan terbukti valid, terdiri dari 55 butir mengukur sikap terhadap karakteristik lebih menonjol dari dokter dan pelayanan medis (keterampilan teknis dan interpersonal penyedia, waktu menunggu dengan janji, menunggu kantor, perawatan darurat, biaya perawatan, asuransi, ketersediaan rumah sakit, dan sumber daya lainnya) dan kepuasan pada umumnya (Ware, Snyder, Wright, & Davies, 1983). PSQ III dikembangkan oleh Marshall, Hays, Sherbourne, dan Wells pada tahun 1993 (Marshall & Hays, 1994).

PSQ III mengungkap tujuh aspek kepuasan pasien yaitu: kepuasan secara umum atas perawatan medis, kualitas teknis, perilaku interpersonal, komunikasi, aspek finansial, waktu yang dihabiskan dengan dokter, serta akses dan kenyamanan.

Marshall dan Hays (1994) mengembangkan PSQ dari Ware, Snyder, dan Wright (1976) dan Hays, Davies, dan Ware (1987) menjadi *The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form* (PSQ-18). PSQ-18 merupakan versi yang lebih pendek dari PSQ-III. Aspek-aspek yang mengungkap kepuasan pasien dalam PSQ-18 sama dengan aspek yang ada dalam PSQ-III. Butir PSQ menunjukkan reliabilitas konsistensi internal yang dapat diterima. Butir PSQ-18 dan PSQ-III secara substansial berkorelasi satu sama lain. PSQ-III memiliki 50 butir hingga kemudian dikembangkan menjadi PSQ-18 yang terdiri dari 18 butir. PSQ-18 lebih tepat digunakan pada situasi yang membutuhkan waktu lebih singkat untuk mengerjakan alat ukur kepuasan pasien.

#### *Variabel-variabel yang Terkait dengan Kepuasan Pasien*

Ada banyak faktor yang berkaitan dengan kepuasan pasien. Informasi mengenai faktor-faktor ini sangat penting karena manajemen rumah sakit dapat meningkatkan kepuasan pasien melalui faktor-faktor yang dapat ditingkatkan. PSQ-18 telah digunakan untuk mengukur kepuasan pasien pada keadaan dan tempat yang berbeda. Kepuasan pasien rawat jalan di Malaysia tertinggi pada aspek kualitas teknis dan akses dan kenyamanan, sedangkan terendah pada aspek waktu yang dihabiskan dengan dokter, perilaku interpersonal, dan komunikasi. Gender, tingkat pendapatan, dan tujuan kunjungan ke klinik berhubungan dengan kepuasan pasien

(Ganasegeran, Perlanayagam, Manaf, Jadoo, & Al Dubai, 2015); akses dan kualitas teknis memiliki hubungan yang kuat dengan kepuasan secara keseluruhan dan model regresi dapat memprediksi kepuasan keseluruhan sebesar 60% (Ziaei, Katibeh, Eskandari, Mirzadeh, Rabbanikah, & Javadi, 2011); tingkat pendidikan yang rendah dan kualitas hidup merupakan variabel terkait dengan kepuasan umum yang tinggi pada perawatan pasien epilepsi (Bautista, Glen, & Shetty, 2007); hubungan interpersonal merupakan level kepuasan tertinggi dan aspek keuangan serta akses dan kenyamanan merupakan level kepuasan terendah dari pasien yang menghadiri *antiretroviral therapy center* di Rumah Sakit Zonal, Hamirpur (Chander, Bhardwaj, Raina, Bansal, dan Agnihotri, 2011); hubungan interpersonal dan waktu yang dihabiskan dengan dokter merupakan kepuasan pasien tertinggi pada pasien yang menerima layanan psikiatri di *Mental Health Institute, SCB Medical College, Cuttack* (Holikatti, Kar, Mishra, Shukla, Swain, & Kar, 2012).

Umpan balik dari pasien diharapkan dapat menjadi informasi yang berguna bagi rumah sakit dalam mengukur kepuasan pasien atas layanan yang telah diberikan oleh rumah sakit. Kebutuhan untuk mengetahui tingkat kepuasan pasien atas layanan yang diberikan rumah sakit melalui data yang autentik menggiring pada kebutuhan akan adanya alat ukur kepuasan pasien di Indonesia. Alat ukur kepuasan pasien dimodifikasi dari *Patient Satisfaction Questionnaire-18* (PSQ-18) dengan menerjemahkan ke Bahasa Indonesia dan dimodifikasi sesuai kebutuhan. Alat ukur kepuasan pasien PSQ-18 hasil modifikasi selanjutnya disebut Kuesioner Kepuasan Pasien 2017 (KKP-2017).

Tujuan dari penelitian ini adalah menghasilkan alat ukur kepuasan pasien yang valid dan reliabel melalui modifikasi PSQ-18. KKP-2017 dimodifikasi dari PSQ-18 versi Bahasa Inggris dengan menyesuaikan ke Bahasa Indonesia dan pelaksanaan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang ada di Indonesia. KKP-2017 yang telah valid dan reliabel diharapkan dapat digunakan sebagai bentuk perencanaan bagi organisasi dalam hal layanan rumah sakit dan dikembangkan secara praktis oleh manajemen rumah sakit.

## Metode

### *Partisipan Penelitian*

Partisipan penelitian ini adalah pasien yang menerima layanan rawat inap di rumah sakit. Rumah sakit lokasi penelitian adalah rumah sakit daerah di 2 kota. Partisipan penelitian pada *field test* sebanyak 106 orang, dengan rincian 78 orang dari RSD B (34 orang laki-laki dan 44 orang perempuan) dan 28 orang dari RSD K (15 orang laki-laki dan 13 orang perempuan). Peneliti mendapatkan partisipan penelitian berdasarkan informasi kondisi pasien yang didapat dari perawat yang bertugas. KKP-2017 dibagikan pada pasien yang sudah mulai pulih atau telah menjalani perawatan lebih dari 1 hari. Peneliti mendapat informasi mengenai kondisi pasien yang mulai pulih dari perawat yang bertugas.

### *Prosedur Penelitian*

Penelitian ini memodifikasi dan memvalidasi *Patient Satisfaction Questionnaire Short Form* (PSQ-18). Hasil modifikasi dari PSQ-18 kemudian akan disebut Kuesioner Kepuasan Pasien 2017 (KKP-2017). Prosedur modifikasi tahap persiapan peneliti (1) menerjemahkan dengan mempelajari, memahami makna dan merumuskan kembali PSQ-18 ke Bahasa

Indonesia; (2) menambahkan atau mengurangi aspek dan butir menjadi KKP-2017; (3) melakukan wawancara kepada pasien di dua rumah sakit untuk mendapatkan data mengenai kepuasan yang dirasakan terhadap pelayanan yang diterima selama dirawat di rumah sakit. Jawaban dari partisipan akan digunakan sebagai acuan dalam merumuskan aspek dan membuat butir pernyataan dalam KKP-2017.

Tahap pelaksanaan, peneliti (1) menulis butir pernyataan KKP-2017 dengan acuan hasil wawancara pada tahap persiapan. Butir-butir pernyataan dikembangkan dengan menyesuaikan pada pelaksanaan pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit. KKP-2017 disusun berupa skala Likert, dengan pernyataan *favorable* dan *unfavorable*; (2) melakukan uji validitas isi melalui proses revidi butir oleh panel ahli. Masukan dari validator akan dijadikan acuan untuk menyusun kalimat yang lebih sesuai dengan aspek-aspek dan mudah dipahami. Validator adalah para ahli yang terdiri dari akademisi, praktisi bidang psikologi, dan pelayanan kesehatan. Kuesioner diberikan kepada 35 orang validator. Formula Aiken's V akan digunakan untuk menghitung hasil penilaian panel ahli; (3) melakukan analisis daya beda butir. Komputasi korelasi butir total yang akan digunakan adalah dengan formula koefisien korelasi *product-moment* Pearson. Pemilihan butir dilakukan pada butir memiliki koefisien korelasi lebih dari 0,30. Butir yang memiliki daya beda yang memuaskan kemudian dikompilasi sehingga sehingga KKP-2017 siap digunakan pada *field test*; (4) melakukan uji reliabilitas.

Tahap terakhir adalah finalisasi KKP-2017. Pada tahap ini penulis membuat manual KKP-2017 yang berisi panduan administrasi dan cara skoring serta

KKP-2017 yang siap digunakan oleh peneliti selanjutnya dan praktisi. Cara pemberian skor dan kategorisasi hasil KKP-2017 berdasar model distribusi normal menggunakan norma sebagai berikut:  $X < (\mu - 1,5\sigma)$  kategori Sangat Rendah;  $(\mu - 1,5\sigma) \leq X < (\mu - 0,5\sigma)$  kategori Rendah;  $(\mu - 0,5\sigma) \leq X < (\mu + 0,5\sigma)$  kategori Sedang;  $(\mu + 0,5\sigma) \leq X < (\mu + 1,5\sigma)$  kategori Tinggi; dan  $(\mu + 1,5\sigma) \leq X$  kategori Sangat Tinggi.

#### *Instrumen Penelitian*

Penelitian ini mengembangkan alat ukur kepuasan pasien yang dimodifikasi dari PSQ-18. PSQ-18 memiliki properti psikometris yang memuaskan dan secara umum memiliki reliabilitas konsistensi internal yang dapat diterima, walaupun koefisien reliabilitas konsistensi internal pada aspek perilaku interpersonal dan komunikasi berada di bawah 0,7. Koefisien korelasi PSQ-18 bergerak antara 0,5 – 0,73 (Marshall & Hays, 1994). PSQ-18 memiliki 18 butir dan terbagi menjadi 9 butir *favorable* dan 9 butir *unfavorable*. Distribusi butir dalam PSQ-18 sebagai berikut: aspek kepuasan secara umum (2 butir), kualitas teknis (4 butir), perilaku interpersonal (2 butir), komunikasi (2 butir), aspek finansial (2 butir), waktu yang dihabiskan dengan dokter (2 butir), dan akses dan kenyamanan (4 butir).

#### **Hasil**

##### *Hasil Modifikasi Aspek*

Aspek dan butir yang mengungkap kepuasan pasien dalam PSQ-18 perlu disesuaikan dengan pelaksanaan layanan kesehatan yang ada di Indonesia. Berdasarkan hasil wawancara, peneliti merumuskan kembali aspek yang mengungkap kepuasan pasien untuk digunakan dalam KKP-2017 dengan tetap mengacu pada teori kepuasan pasien

(Ware, Davies-Avery, & Stewart, 1977; Ware, Snyder, Wright, & Davies, 1983; Hays, Davies, dan Ware, 1987; Marshall & Hays, 1994). Aspek kepuasan pasien yang diungkap di KKP-2017 antara lain: perilaku interpersonal, kualitas teknis/perilaku profesionalisme, akses /kenyamanan, keuangan/aspek finansial, dan lingkungan fisik. Setiap aspek pada KKP-2017 berisi lima butir sehingga total butir dalam skala sebanyak 25 butir. Target tersebut dibuat dengan pertimbangan agar partisipan yang mengisi membutuhkan waktu yang lebih singkat dalam mengisi.

*Pengujian Validitas Isi*

Butir pernyataan dibuat dengan acuan hasil wawancara terhadap partisipan dan teori kepuasan pasien (Ware, Davies-Avery, & Stewart, 1977; Ware, Snyder, Wright, & Davies, 1983; Hays, Davies, dan Ware, 1987; Marshall & Hays, 1994). Kuesioner disusun dan terdapat 82 butir yang terdiri dari butir *favorable* (F) dan *unfavorable* (UF). Validator mereview KKP-2017 untuk melihat kesesuaian butir dengan aspek yang mengungkap kepuasan pasien dalam KKP-2017. Berdasarkan analisis validitas Aiken, maka didapat V Aiken terendah = 0,550 dan V Aiken tertinggi = 0,900. Butir yang memiliki tingkat validitas di bawah 0,600 akan dibuang. Validator tidak hanya menilai butir secara kuantitatif, tetapi juga memberi masukan secara kualitatif dalam mereviu butir dalam KKP-2017. Setelah dilakukan uji validitas isi, KKP-2017 memiliki 62 butir.

*Analisis Butir dan Perakitan Tes*

Sumber data yang digunakan untuk dilakukan analisis daya beda butir adalah jawaban dari partisipan terhadap KKP-2017 yang terdiri dari 62 butir berdasarkan hasil validitas isi. KKP-2017 sebanyak 128 buah disebar kepada partisipan, didapat

106 buah yang dapat diolah dan dianalisis lebih lanjut, 22 kuesioner di antaranya gugur karena tidak lengkap terisi.

Respons terhadap 106 buah kuesioner tersebut dianalisis dan menghasilkan indeks daya beda butir. Daya beda butir ( $r_{ix}$ ) terendah adalah 0,183 (butir A3) dan daya beda butir ( $r_{ix}$ ) tertinggi adalah 0,622 (butir B11). Selain itu, butir yang memiliki kesamaan arti pada butir *favorable* dan *unfavorable* dipilih salah satu yang memiliki koefisien korelasi lebih tinggi. Enam puluh dua butir yang telah dianalisis daya beda butir, didapatkan 42 butir yang dilanjutkan dalam proses analisis selanjutnya. Analisis terhadap 42 butir, menunjukkan bahwa daya beda butir ( $r_{ix}$ ) terendah adalah 0,256 (A17) dan daya beda butir ( $r_{ix}$ ) tertinggi adalah 0,664 (butir B6). Dua butir yang memiliki koefisien korelasi di bawah 0,30 adalah butir A17 (0,256) dan B16 (0,259), sehingga terdapat 40 butir yang dilanjutkan untuk daya beda butir. Tabel 1 menunjukkan lebih rinci hasil analisis daya beda dan reliabilitas KKP-2017 Format Awal (40 butir). Hasil analisis daya beda butir terhadap KKP-2017 sejumlah 62 butir, didapatkan butir-butir yang memiliki daya beda butir tinggi sejumlah 40 butir.

Tabel 1.  
Daya Beda Butir KKP-2017 Format Awal (40 butir)

No.	Butir	$r_{i-t}$
Perilaku interpersonal		
B6	Saya merasa perawat memperlakukan pasien berbeda-beda (UF)	0,669
B11	Saya menunggu lama proses keluar dari rumah sakit ini karena petugas administrasi kurang cekatan (UF)	0,665
B1	Saya merasa diabaikan ketika membutuhkan bantuan petugas keamanan (UF)	0,625
A26	Perawat yang merawat saya menunjukkan raut muka kurang menyenangkan (UF)	0,613
A21	Dokter terlalu terburu-buru dalam memeriksa saya (UF)	0,606
B15	Petugas kebersihan membersihkan ruangan saya tanpa permisi (UF)	0,577



MODIFIKASI PATIENT SATISFACTION QUESTIONNAIRE SHORT FORM

B29	Saya dianggap tidak mampu membayar oleh kasir (UF)	0,570
A1	Saya merasa dokter mendengarkan keluhan saya dengan sabar (F)	0,419
A11	Saya merasa dokter di rumah sakit ini melayani saya dengan sikap yang santun (F)	0,413
A16	Dokter yang merawat saya memperhatikan kondisi kesehatan saya (F)	0,359
<b>Kualitas teknis/ Perilaku profesionalisme</b>		
B23	Cara perawat menyampaikan kondisi kesehatan membuat saya cemas (UF)	0,655
B7	Dokter tidak menjelaskan tujuan dari tes-tes kesehatan yang saya jalani (UF)	0,623
B20	Penjelasan resepsionis membingungkan saya (UF)	0,564
B2	Saya kurang mendapatkan penjelasan tentang obat dari apoteker yang bertugas (UF)	0,546
A12	Perawat terburu-buru memasang infus hingga saya merasa tidak nyaman (UF)	0,535
A7	Perawat memeriksa kondisi kesehatan saya dengan rutin (misal dengan mengukur tensi) (F)	0,307
A2	Perawat dengan cekatan merawat saya ketika saya membutuhkan bantuan (F)	0,300
B12	Perawat yang bertugas mengingatkan saya waktu untuk meminum obat (F)	0,299
<b>Akses/Kenyamanan</b>		
A23	Sekalipun saya sudah mendaftar namun saya tidak mendapat kepastian berapa lama saya harus menunggu (UF)	0,593
B13	Saya kurang leluasa menyampaikan keluhan kondisi kesehatan saya pada dokter (UF)	0,570
B3	Saya tidak dapat membuat janji konsultasi dengan dokter melalui kontak telepon rumah sakit ini (UF)	0,469
B8	Saya merasa mendapat kemudahan mengurus proses administrasi (F)	0,416
A13	Rumah sakit ini siap untuk memberikan perawatan kesehatan yang saya butuhkan (F)	0,409
B17	Ketika saya ingin bertemu dokter, saya mendapatkan penjelasan cara yang mudah bertemu dokter (F)	0,308
<b>Keuangan / Aspek Finansial</b>		
B4	Saya merasa biaya pengobatan di rumah sakit ini lebih mahal dibandingkan dengan pelayanan yang saya dapat (UF)	0,628
A19	Saya mengalami rumitnya mengurus administrasi keuangan di rumah sakit ini (UF)	0,565
A24	Besarnya biaya pengobatan tidak sepadan dengan fasilitas yang saya peroleh (UF)	0,563
B9	Informasi yang jelas membuat saya merasa nyaman mengurus administrasi asuransi kesehatan (misal BPJS atau asuransi kesehatan lainnya) (F)	0,467
<b>Lingkungan Fisik</b>		
B28	Ruang tunggu rumah sakit ini bagi saya membosankan (UF)	0,631
A31	Antrian di loket membuat saya tidak	0,602

A20	Saya tersesat ketika menuju ke ruangan lain karena kurangnya petunjuk arah di rumah sakit ini (UF)	0,600
B5	Kursi di ruang tunggu membuat saya merasa tidak betah (UF)	0,529
B14	Ruangan tempat saya menginap tidak sepadan dengan fasilitas yang seharusnya saya dapat (UF)	0,510
B21	Terbatasnya fasilitas ibadah membuat saya kurang leluasa beribadah (UF)	0,454
B31	Taman di rumah sakit mengganggu pemandangan saya karena tidak terawat (UF)	0,411
A15	Kebersihan lingkungan tempat saya dirawat tetap terjaga (F)	0,408
A10	Saya dapat beristirahat dengan nyaman karena suasananya tenang (F)	0,401
B10	Saya yakin kualitas makanan yang disajikan terjaga dengan baik (F)	0,386
B18	Saya merasa kursi di ruang tunggu jumlahnya mencukupi (F)	0,323
B30	Kerabat dapat mengunjungi saya karena kamar saya nyaman (F)	0,307

Secara keseluruhan, hasil analisis 40 butir menunjukkan bahwa daya beda butir ( $r_{ix}$ ) terendah adalah 0,299 (butir B12) dan daya beda butir ( $r_{ix}$ ) tertinggi adalah 0,669 (butir B6). KKP-2017 sejumlah 40 butir, yang selanjutnya disebut KKP-2017 Format 40, menunjukkan estimasi reliabilitas ( $r_{xx'}$ ) sebesar 0,936.

Tabel 2.  
Daya Beda Butir KKP-2017 Format 25

No.	Butir	$r_{i-t}$
<b>Perilaku interpersonal</b>		
B6	Saya merasa perawat memperlakukan pasien berbeda-beda (UF)	0,691
B11	Saya menunggu lama proses keluar dari rumah sakit ini karena petugas administrasi kurang cekatan (UF)	0,676
B1	Saya merasa diabaikan ketika membutuhkan bantuan petugas keamanan (UF)	0,650
A26	Perawat yang merawat saya menunjukkan raut muka kurang menyenangkan (UF)	0,645
A21	Dokter terlalu terburu-buru dalam memeriksa saya (UF)	0,611
<b>Kualitas teknis/ Perilaku Profesionalisme</b>		
B23	Cara perawat menyampaikan kondisi kesehatan membuat saya cemas (UF)	0,662
B7	Dokter tidak menjelaskan tujuan dari tes-tes kesehatan yang saya jalani (UF)	0,617
B20	Penjelasan resepsionis membingungkan saya (UF)	0,578
B2	Saya kurang mendapatkan penjelasan tentang obat dari apoteker yang bertugas (UF)	0,532
A12	Perawat terburu-buru memasang infus	0,519

hingga saya merasa tidak nyaman (UF)	
Akses/Kenyamanan	
A23	Sekalipun saya sudah mendaftar namun saya tidak mendapat kepastian berapa lama saya harus menunggu (UF) 0,616
B13	Saya kurang leluasa menyampaikan keluhan kondisi kesehatan saya pada dokter (UF) 0,572
B3	Saya tidak dapat membuat janji konsultasi dengan dokter melalui kontak telepon rumah sakit ini (UF) 0,470
B8	Saya merasa mendapat kemudahan mengurus proses administrasi (F) 0,351
A13	Rumah sakit ini siap untuk memberikan perawatan kesehatan yang saya butuhkan (F) 0,375
Keuangan / Aspek Finansial	
B4	Saya merasa biaya pengobatan di rumah sakit ini lebih mahal dibandingkan dengan pelayanan yang saya dapat (UF) 0,641
A19	Saya mengalami rumitnya mengurus administrasi keuangan di rumah sakit ini (UF) 0,593
A24	Besarnya biaya pengobatan tidak sepadan dengan fasilitas yang saya peroleh (UF) 0,564
B9	Informasi yang jelas membuat saya merasa nyaman mengurus administrasi asuransi kesehatan (misal BPJS atau asuransi kesehatan lainnya) (F) 0,405
A29	Saya dapat mengurus biaya perawatan kesehatan dengan mudah karena proses administrasinya cepat (F) 0,340
Lingkungan Fisik	
A20	Saya tersesat ketika menuju ke ruangan lain karena kurangnya petunjuk arah di rumah sakit ini (UF) 0,630
B28	Ruang tunggu rumah sakit ini bagi saya membosankan (UF) 0,622
A31	Antrian di loket membuat saya tidak nyaman (UF) 0,608
B5	Kursi di ruang tunggu membuat saya merasa tidak betah (UF) 0,537
B14	Ruangan tempat saya menginap tidak sepadan dengan fasilitas yang seharusnya saya dapat (UF) 0,506

KKP-2017 dengan target sejumlah 5 butir tiap aspek didapat dari hasil daya beda butir KKP-2017 Format 40. Butir dipilih masing-masing 5 butir dari tiap aspek yang memiliki daya beda butir tertinggi. KKP-2017 sejumlah 25 butir akan disebut dengan KKP-2017 Format 25. KKP-2017 Format 25 kemudian dianalisis daya beda butir. Hasil analisis daya beda butir dan reliabilitas KKP-2017 Format 25 terdapat pada tabel 2. Secara keseluruhan, hasil analisis daya beda butir sejumlah 25 butir menunjukkan daya beda butir ( $r_{ix}$ )

terendah adalah 0,340 (butir A29) dan daya beda butir ( $r_{ix}$ ) tertinggi adalah 0,691 (butir B6). Estimasi reliabilitas ( $r_{xx'}$ ) untuk KKP-2017 Format 25 sebesar 0,928.

Tabel 3.  
Daya Beda Butir KKP-2017 Format Akhir (10 butir)

No.	Butir	$r_{i-t}$
Perilaku Interpersonal		
B6	Saya merasa perawat memperlakukan pasien berbeda-beda (UF) 0,718	
B11	Saya menunggu lama proses keluar dari rumah sakit ini karena petugas administrasi kurang cekatan (UF) 0,689	
Kualitas Teknis /Perilaku Profesionalisme		
B23	Cara perawat menyampaikan kondisi kesehatan membuat saya cemas (UF) 0,666	
B7	Dokter tidak menjelaskan tujuan dari tes-tes kesehatan yang saya jalani (UF) 0,560	
Akses/Kenyamanan		
A23	Sekalipun saya sudah mendaftar namun saya tidak mendapat kepastian berapa lama saya harus menunggu (UF) 0,604	
B13	Saya kurang leluasa menyampaikan keluhan kondisi kesehatan saya pada dokter (UF) 0,554	
Keuangan / Aspek Finansial		
A19	Saya mengalami rumitnya mengurus administrasi keuangan di rumah sakit ini (UF) 0,587	
B4	Saya merasa biaya pengobatan di rumah sakit ini lebih mahal dibandingkan dengan pelayanan yang saya dapat (UF) 0,576	
Lingkungan Fisik		
A20	Saya tersesat ketika menuju ke ruangan lain karena kurangnya petunjuk arah di rumah sakit ini (UF) 0,646	
B28	Ruang tunggu rumah sakit ini bagi saya membosankan (UF) 0,551	

KKP-2017 Format 10 juga dihasilkan dalam penelitian ini. Hasil analisis daya beda butir dan reliabilitas KKP-2017 Format 10 ada pada tabel 3. Butir dipilih dari hasil daya beda butir KKP-2017 Format 25, masing-masing 2 butir tiap aspek yang memiliki daya beda butir tertinggi. KKP-2017 Format 10 kemudian dianalisis daya beda butir. Secara keseluruhan, hasil analisis daya beda butir KKP-2017 Format 10 menunjukkan daya beda butir ( $r_{ix}$ ) tertinggi adalah 0,718 (butir B6) dan daya beda butir ( $r_{ix}$ ) terendah adalah 0,551 (butir B28). Estimasi

reliabilitas ( $r_{xx}$ ) untuk KKP-2017 Format 10 sebesar 0,883.

#### *Penghitungan Kategorisasi Skor*

Cara pemberian skor dan kategorisasi hasil KKP-2017 berdasar model distribusi normal menggunakan norma seperti yang tertera di atas. KKP-2017 Format 40 didapat  $\mu=120$  dan  $\sigma=26$ , KKP-2017 Format 25 didapat  $\mu=75$  dan  $\sigma=16$ , sedangkan KKP-2017 Format 10 didapat  $\mu=30$  dan  $\sigma=7$ . Kategorisasi respons sebagai berikut:

Tabel 4.  
Kategorisasi Skor KKP-2017

Kategori	Format 40	Format 25	Format 10
Sangat Rendah	$x < 81$	$X < 51$	$X < 20$
Rendah	$81 \leq x < 107$	$51 \leq x < 67$	$20 \leq x < 27$
Sedang	$107 \leq x < 133$	$67 \leq x < 83$	$27 \leq x < 34$
Tinggi	$133 \leq x < 159$	$83 \leq x < 99$	$34 \leq x < 41$
Sangat Tinggi	$159 \leq x$	$99 \leq x$	$41 \leq x$

#### **Diskusi**

Tujuan penelitian ini adalah menghasilkan alat ukur kepuasan pasien yang valid dan reliabel melalui modifikasi PSQ-18. Penelitian ini menghasilkan KKP-2017 Format 40, Format 25, dan Format 10. KKP-2017 mengungkap kepuasan pasien dalam lima aspek, yaitu perilaku interpersonal, kualitas teknis/perilaku interpersonal, akses/kenyamanan, keuangan/aspek finansial, dan lingkungan fisik. Penelitian mengenai kepuasan pasien sebelumnya, secara garis besar mengungkap aspek kepuasan pasien yaitu akses dan nyaman, kepuasan secara umum, kepuasan dengan dokter, kepuasan dengan perawat, keuangan/biaya/aspek finansial, dan lingkungan fisik. Hasil modifikasi aspek yang mengungkap kepuasan pasien dan butir-butir pernyataan dalam KKP-2017 disesuaikan dengan persepsi mengenai kepuasan pasien atas layanan dari rumah sakit di lokasi penelitian dan teori kepuasan pasien menurut Ware, Davies-Avery, dan Stewart

(1977); Ware, Snyder, Wright, dan Davies (1983); Hays, Davies, dan Ware (1987); dan Marshall dan Hays (1994).

KKP-2017 dapat digunakan dan dikembangkan untuk penelitian selanjutnya dan untuk kepentingan praktis dalam mengukur tingkat kepuasan pasien di rumah sakit. Ketiga format KKP-2017 valid berdasarkan hasil uji validitas isi butir oleh review ahli, hasil analisis daya beda butir, dan memiliki estimasi reliabilitas yang tinggi. Validitas isi dilakukan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mereview butir. Hasil uji validitas isi secara kuantitatif dengan analisis Aiken V berkisar antara 0,550-0,900. Butir dengan tingkat validitas di bawah 0,600 dieliminasi dari kuesioner. Pertimbangan pembuatan KKP-2017 Format 40, Format 25, dan Format 10 ditentukan dari pemilihan butir yang memiliki daya beda butir di atas 0,3. Pada KKP-2017 Format 40 tiap aspeknya memiliki jumlah butir yang beragam. Oleh karena itu, sesuai dengan target jumlah butir dalam penelitian ini dibuatlah KKP-2017 Format 25 dimana masing-masing aspeknya memiliki jumlah butir pernyataan yang sama. Sedangkan KKP-2017 Format 10 disusun dengan pertimbangan penggunaan praktis di rumah sakit. Pemilihan butir tetap memperhatikan masing-masing aspeknya, diantaranya perilaku interpersonal, kualitas teknis, akses/kenyamanan, aspek finansial, dan lingkungan fisik, sehingga masing-masing aspek memiliki butir pernyataan yang mewakili. Konsistensi internal berkisar antara 0,80-0,95 (Nunnally, 1970), sehingga KKP-2017 Format 40, Format 25, dan Format 10 merupakan kuesioner yang dapat dipercaya.

Salah satu rumah sakit lokasi penelitian menggunakan kuesioner pendapat responden tentang pelayanan publik dengan berpedoman pada Keputusan

Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No: KEP/25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah. Kuesioner tersebut memuat butir-butir pertanyaan yang nampaknya masih bersifat konseptual dan umum pada layanan publik instansi pemerintah, sedangkan KKP-2017 terdiri dari butir-butir yang lebih operasional dan khusus memuat persepsi pasien mengenai kepuasan terhadap layanan yang diterima dari rumah sakit. Persepsi pasien ini diperoleh dari wawancara dan observasi peneliti, sehingga butir-butir ini menggambarkan cara pandang pasien yang representatif. Berdasarkan hasil penelitian ini, peneliti menawarkan kepada rumah sakit untuk menggunakan KKP-2017 Format 10 untuk mengungkap kepuasan pasien atas layanan yang telah diberikan. KKP-2017 Format 10 nampak membutuhkan waktu lebih singkat dalam pengerjaan. Pasien dapat mengerjakan KKP-2017 Format 10 setelah menjalani perawatan atau dalam kondisi mulai pulih.

Pasien menilai pelayanan kesehatan yang diterima dari rumah sakit berdasarkan yang dirasakan dan diharapkan oleh pasien, sehingga peneliti membuat alat ukur ini berdasarkan persepsi pasien yang diungkap melalui wawancara dan observasi, dengan demikian aspek yang mengungkap kepuasan pasien dan butir yang dihasilkan dari penelitian ini merupakan gambaran pengalaman pasien. Menurut Azwar (2012) reliabilitas hasil kuesioner tergantung pada terpenuhinya asumsi bahwa partisipan akan menjawab dengan jujur seperti apa adanya. Konsekuensi dari proses pembuatan butir dan asumsi jawaban pasien pada kuesioner yang bisa dipercaya, maka Manual KKP-2017 harus memuat prosedur pengisian kuesioner, yaitu kuesioner harus diisi

lengkap oleh partisipan, sehingga kategorisasi skor dapat diberlakukan. Upaya untuk menghindari munculnya stimulus dari butir pernyataan yang tidak dirasakan atau tidak dialami oleh pasien, maka partisipan tetap dapat memberikan respon jawab menurut kesan umum yang ditangkap partisipan. KKP-2017 sebaiknya digeneralisasikan pada pasien yang memiliki karakteristik yang sama dengan pasien dalam penelitian ini.

### **Kesimpulan**

Penelitian ini menghasilkan alat ukur kepuasan pasien yang dinamakan KKP-2017 berdasarkan hasil modifikasi PSQ-18. KKP-2017 dalam penelitian ini memiliki tiga format yaitu Format 40, Format 25, dan Format 10. KKP-2017 telah disesuaikan dengan persepsi pasien atas kepuasan yang dirasakan berdasarkan pelaksanaan pelayanan kesehatan di lokasi penelitian. Oleh karena itu, KKP-2017 dapat digunakan untuk mengukur kepuasan pasien di rumah sakit atas pelayanan yang diterima berdasarkan hasil analisis uji validitas isi, analisis daya beda butir, dan uji reliabilitas. Koefisien reliabilitas menunjukkan bahwa KKP-2017 tersebut dapat terpercaya. Manual KKP-2017 telah dibuat dalam penelitian ini untuk penggunaan KKP-2017 pada keperluan penelitian selanjutnya maupun keperluan praktis bagi manajemen rumah sakit untuk mengukur tingkat kepuasan pasien.

### *Saran*

Bagi peneliti selanjutnya yang tertarik mengenai kepuasan pasien dapat menggunakan dan mengembangkan KKP-2017 untuk mengukur kepuasan pasien. Peneliti dapat menggunakan KKP-2017 Format 40 untuk penelitian mengenai pengembangan satu alat ukur kepuasan pasien, sedangkan KKP-2017 Format 25 dapat digunakan oleh peneliti sebagai alat

ukur pelengkap suatu penelitian. Peneliti menawarkan KKP-2017 Format 10 untuk dapat digunakan secara praktis oleh manajemen rumah sakit sebagai alat ukur bagi organisasi guna mengetahui tingkat kepuasan pasien dan sebagai acuan peningkatan layanan kesehatan yang diberikan. KKP-2017 Format 10 nampak membutuhkan waktu lebih singkat dalam pengerjaannya. Manajemen rumah sakit dapat memberikan KKP-2017 Format 10 kepada pasien yang telah menerima perawatan pelayanan kesehatan saat penyelesaian administrasi.

#### Daftar Pustaka

- Almeida, R.S., Bourliataux-Lajoie, S., dan Martins, M. (2015). Satisfaction measurement instrument of healthcare service users: a systematic review. *Cad. Saude Publica, Rio de Janeiro*, 31(1),11-25.
- Azwar, S. (2012). *Penyusunan Skala Psikologi* (ed. 2). Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Azwar, S. (2012). *Reliabilitas dan Validitas* (ed. 4). Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Bautista, R. E. D., Glen, E. T., dan Shetty, N. K. (2007). Factors Associated with Satisfcation with Care Among Patient with Epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 11, 518-524.doi:10.1016/j.yebeh.2007.07.019
- Chander V., Bhardwaj, A.K., Raina, S.K., Bansal, P., dan Agnihotri, R.K. (2011) Scoring the medical outcomes among HIV / AIDS patients attending antiretroviral therapy center at Zonal Hospital, Hamirpur, using patient satisfaction questionnaire (PSQ-18). *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS*, 32(1), 19-22.doi: 10.4103/0253-7184.81249
- Cummings, T. G. & Worley, C. G. (2003). *Organization Development and Change*, (9<sup>th</sup> ed.). Ohio: South-Western Cengage Learning.
- Ganasegeran, K., Perlanayagam, W., Manaf, R.A., Jadoo, S.A.A., dan Al-Dubai, S.A.R. (2015). Patient satisfaction in Malaysia's Busiest Outpatient Medical Care. *The Scientific World Journal, Volume 2015, Article ID 714754*, 1-6. Diunduh dari <http://dx.doi.org/10.1155/2015/714754>
- Grogan, S., Conner, M., Norman, P., Willits, D., dan Porter, I. (2000). Validation Of A Questionnaire Measuring Patient Satisfaction With General Practitioner Services. *Quality in Health Care*, 9, 210–215.
- Hays, R. D., Davies, A.R., dan Ware, J.E. (1987). Scoring The Medical Outcome Study Patient Satisfaction Questionnaire: PSQ III. Diunduh dari [http://www.rand.org/content/dam/rand/www/external/health/surveys\\_tools/psq/psq3\\_scoring.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/www/external/health/surveys_tools/psq/psq3_scoring.pdf)
- Heskett, J. L., Jones, T. O, Loveman, G. W., Sasser, Jr. W. E., dan Schlesinger, L. A. (1994). Putting the service-profit chain to work. *Harvard Bussiness Review, March-April*, 164-174.
- Holikatti, P.C., Kar, N., Mishra, A., Shukla, R., Swain, S.P., dan Kar, S. (2012). A study on patient satisfaction with psychiatric services. *Indian Journal of Psychiatry*, 54(4),327-332. doi: 10.4103/0019-5545.104817
- Ivancevich, J. M., Konopaske, R., dan Matteson, M. T. (2008). *Organizational Behavior and Management*, (8<sup>th</sup> ed.).New York: McGraw-Hill/Irwin.
- Korver, F. dan van Ruler, B. (2002). The relationship between corporate identity structures and communication structures. *Journal of*

- Communication Management*, 7(3),197-208.
- Manaf, N.H.A., Mohd, D., dan Abdullah, K. (2012). Development and Validation of Patient Satisfaction Instrument. *Leadership Health Services*, 25(1),27-38. doi: 10.1108/17511871211198052
- Marshall, G. N. dan Hays, R. D. (1994). *The Patient Satisfaction Questionnaire Short-Form (PSQ-18)*. California, Amerika Serikat: RAND. Diunduh dari <http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/papers/2006/P7865.pdf>
- Nunnally, J. C. (1970). *Introduction to Psychological Measurement*. New York: McGraw-Hill.
- Patient Satisfaction Questionnaire 3 (PSQ 3) Survey. Diunduh dari [http://www.rand.org/content/dam/rand/www/external/health/surveys\\_tools/psq/psq3\\_survey.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/www/external/health/surveys_tools/psq/psq3_survey.pdf)
- Patient Satisfaction Questionnaire 3 (PSQ 3) Scoring. Diunduh dari [http://www.rand.org/content/dam/rand/www/external/health/surveys\\_tools/psq/psq3\\_scoring.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/www/external/health/surveys_tools/psq/psq3_scoring.pdf)
- Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18) Survey. Diunduh dari [http://www.rand.org/content/dam/rand/www/external/health/surveys\\_tools/psq/psq18\\_survey.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/www/external/health/surveys_tools/psq/psq18_survey.pdf)
- Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18) Scoring. Diunduh dari [http://www.rand.org/content/dam/rand/www/external/health/surveys\\_tools/psq/psq18\\_scoring.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/www/external/health/surveys_tools/psq/psq18_scoring.pdf)
- Pusat Bahasa Kemdikbud (2016). Diakses dari <http://kbbi.web.id>
- Robbins, S. P. & Judge, T. A. (2008). *Perilaku Organisasi, Buku 1*. Jakarta: Penerbit Salemba Empat
- Schiffman, L.G., Kanuk, L.L., dan Wisenbirt, J. (2010). *Consumer Behavior, Global Edition*, (10<sup>th</sup> ed.). New Jersey: Prentice Hall
- Solomon, M. R. (1996). *Consumer Behavior, Buying, Having, and Being*, (3<sup>rd</sup> ed.).New Jersey, Amerika Serikat: Prentice Hall, Inc.
- Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Diunduh dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/peraturan/UU%20No.%2044%20Th%202009%20ttg%20Rumah%20Sakit.PDF>
- Ware Jr., J. E., Davies-Avery, A., dan Stewart, A. L. (1977). *The Measurement and Meaning of Patient Satisfaction: A Review of The Literature (Paper)*. The RAND Corporation: California. Diunduh dari <http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/papers/2008/P6036.pdf>
- Ware Jr., J. E., Snyder, M. K., Wright, W. R., dan Davies, A. R. (1983). Defining and Measuring Patient Satisfaction with Medical Care. *Evaluation and Program Planning*, 6, 247-263. doi: 10.1016/0149-7189(83)90005-8
- Wei, J., Wang, X-i., Yang, H-b., dan Yang, T-b. (2015). Development of In-Patient Satisfaction Questionnaire for the Chinese Population. *PLoS ONE* 10(12): e0144785. doi: 0.1371/journal.pone.0144785
- Wells, W. D. dan Prenskey, D. (1996). *Consumer Behavior*. Kanada: John Wiley & Son, Inc.
- Ziaei, H., Katibeh, M, Eskandari, A, Mirzadeh, M., Rabbanikah Z., dan Javadi, M.A. (2011). Determinants of Patient Satisfaction with Ophthalmic Service. *BMC Research Notes*, 4, 7.