

**UJI EMPIRIS MODEL KUALITAS HUBUNGAN ANTARA TENAGA
KEFARMASIAN DENGAN PASIEN PADA PELAYANAN
KEFARMASIAN DI PUSKESMAS WILAYAH KOTA MAGELANG
TAHUN 2019**

SKRIPSI

**DIAJUKAN UNTUK MEMENUHI SALAH SATU SYARAT
MEMPEROLEH GELAR SARJANA FARMASI (S.FARM)
PROGRAM STUDI FARMASI**



Oleh:

Mia Annida Amalia

NPM : 16.0605.0028

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG
MAGELANG**

2020

HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING

**UJI EMPIRIS MODEL KUALITAS HUBUNGAN ANTARA TENAGA
KEFARMASIAN DENGAN PASIEN PADA PELAYANAN
KEFARMASIAN DI PUSKESMAS WILAYAH KOTA MAGELANG
TAHUN 2019**

Persetujuan Pembimbing



Pembimbing Utama

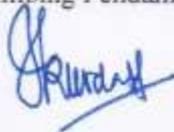
Tanggal



(Prasojo Pribadi, M.Sc., Apt)
NIDN.0607038304

07 Januari 2020

Pembimbing Pendamping



(Widarika Santi Hapsari, M.Sc., Apt)
NIDN.0618078401

07 Januari 2020

HALAMAN PENGESAHAN

**UJI EMPIRIS MODEL KUALITAS HUBUNGAN ANTARA TENAGA
KEFARMASIAN DENGAN PASIEN PADA PELAYANAN
KEFARMASIAN DI PUSKESMAS WILAYAH KOTA MAGELANG
TAHUN 2019**

Oleh :
Mia Annida Amalia
NIM : 16.0605.0028

Dipertahankan di hadapan Panitia Penguji Skripsi
Program Studi Farmasi (S1)
Universitas Muhammadiyah Magelang
pada tanggal: 07 Februari 2020

Mengetahui
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang
Dekan



(Pnguh Widiyanto, S.Kp., M. Kep)
NIDN. 0621027203

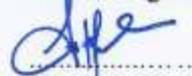
Panitia Penguji:

1. Elmiawati Latifah, M.Sc., Apt

2. Prasojo Pribadi, M.Sc., Apt

3. Widarika Santi Hapsari, M.Sc., Apt

Tanda tangan


.....


.....


.....

HALAMAN PERSEMBAHAN

Skripsi ini kupersembahkan untuk:

Mamah, Bapak dan Adikku,

Ungkapan rasa hormat dan baktiku

Adik-adikku dan Almamaterku

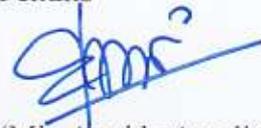
PERNYATAAN KEASLIAN KARYA

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang saya tulis ini tidak memuat karya atau bagian karya orang lain, kecuali yang telah disebutkan dalam kutipan dan daftar pustaka, dengan mengikuti ketentuan sebagaimana layaknya karya ilmiah.

Apabila di kemudian hari ditemukan indikasi plagiarisme dalam naskah ini, maka saya bersedia menanggung segala sanksi sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Magelang, 25 Januari 2020

Penulis



(Mia Annida Amalia)

PRAKATA

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,

Segala Puji bagi Allah Subhanahu Wata'ala, dengan seluruh rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan penulisan Skripsi yang berjudul **“Uji Empiris Model Kualitas Hubungan Antara Tenaga Kefarmasian dengan Pasien pada Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas Wilayah Kota Magelang Tahun 2019”** dengan waktu yang telah direncanakan. Tak lupa shalawat beserta salam selalu tercurah kepada Baginda Rasulullah Shalallahu Alaihi Wassalam sebagai suri tauladan bagi seluruh umat manusia. Ucapan rasa syukur kepada Allah Subhanahu Wata'ala dan ucapan terima kasih kepada orang tua, teman-teman, dan semua pihak yang membantu dan mendoakan agar di berikan kelancaran dan kemudahan dalam menyelesaikan laporan penulisan Skripsi ini. Pada kesempatan kali ini penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Orang tua, adik dan keluarga yang telah memberikan doa, bimbingan dan bantuan baik secara moril maupun materiil.
2. Bapak Prasojo Pribadi, M.Sc., Apt, selaku Dosen Pembimbing pertama yang telah meluangkan waktu dan memberikan tenaga yang luar biasa dalam memberikan arahan selama proses penyusunan skripsi ini sehingga penulis dapat menyelesaikan dengan baik.
3. Ibu Widarika Santi Hapsari, M.Sc., Apt selaku Dosen Pembimbing kedua yang senantiasa membimbing dan meluangkan waktu serta pikirannya kepada penulis dalam proses penulisan skripsi ini sampai selesai.

4. Bapak Imron Wahyu Hidayat, M.Sc., Apt selaku Ketua Program Studi S1 Farmasi Universitas Muhammadiyah Magelang
5. Seluruh dosen dan staff Program Studi S1 Farmasi Universitas Muhammadiyah Magelang
6. Teman-teman seperjuangan (Nono, Khairil, Ayu, Diah, Nisa, Kholis) yang telah banyak membantu selama penelitian berlangsung.
7. Teman-teman jurusan S1 Farmasi angkatan 2016 yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu
8. Para rekan dalam Program Studi S1 Farmasi dan seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu penulis hingga penulisan laporan ini dapat terselesaikan.

Besar harapan penulis agar laporan penulisan Skripsi ini dapat memberikan manfaat dalam sumbangsih bagi ilmu pengetahuan khususnya di bidang farmasi. Akan tetapi, penulisan Skripsi ini masih jauh dari kata sempurna sehingga memerlukan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan laporan ini.

Magelang, 2020

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|---|------|
| HALAMAN JUDUL..... | i |
| HALAMAN PERSETUJUAN..... | ii |
| HALAMAN PENGESAHAN..... | iii |
| HALAMAN PERSEMBAHAN..... | iv |
| PERNYATAAN KEASLIAN KARYA | v |
| PRAKATA..... | vi |
| DAFTAR ISI..... | viii |
| DAFTAR TABEL..... | x |
| DAFTAR GAMBAR | xi |
| INTISARI..... | xi |
| <i>ABSTRACT</i> | xi |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 3 |
| C. Tujuan Penelitian | 4 |
| 1. Tujuan Umum | 4 |
| 2. Tujuan Khusus..... | 4 |
| D. Manfaat Penelitian | 5 |
| 1. Manfaat Penelitian Untuk Akademik..... | 5 |
| 2. Manfaat Penelitian Untuk Praktis | 5 |
| E. Keaslian Penelitian..... | 5 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA..... | 7 |
| A. Dasar Teori..... | 7 |
| 1. Jaminan Kesehatan Nasional..... | 7 |
| 2. Puskesmas | 12 |
| 3. Partisipasi pasien | 21 |
| 4. Partisipasi Tenaga Kefarmasian | 22 |
| 5. Komunikasi interpersonal | 23 |
| 6. Kualitas Hubungan Komunikatif | 26 |
| 7. Hubungan Komitmen | 27 |

| | |
|--|----|
| B. Tinjauan Literatur..... | 29 |
| C. Kerangka Teori..... | 32 |
| D. Kerangka Konsep..... | 33 |
| E. Hipotesis..... | 33 |
| BAB III METODE PENELITIAN..... | 35 |
| A. Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian..... | 35 |
| B. Variabel Penelitian & Definisi Operasional..... | 35 |
| C. Populasi dan Sampel..... | 37 |
| D. Instrumen dan Bahan Penelitian..... | 39 |
| E. Instrument Metode pengumpulan data..... | 39 |
| F. Tempat dan Waktu..... | 40 |
| G. Cara Penelitian..... | 40 |
| H. Analisis Hasil..... | 41 |
| I. Uji Hipotesis..... | 42 |
| BAB V KESIMPULAN DAN SARAN..... | 66 |
| A. Kesimpulan..... | 66 |
| B. Saran..... | 66 |
| DAFTAR PUSTAKA..... | 67 |

DAFTAR TABEL

| | |
|---|----|
| Tabel 1.1. Keaslian Penelitian..... | 5 |
| Tabel 3.1. Variabel dan Definisi operasional..... | 36 |
| Tabel 3.3 Preposisi pengambilan sampel tiap puskesmas | 38 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|---------------------------------|----|
| Gambar 3.1 Kerangka Teori..... | 32 |
| Gambar 3.2 Kerangka konsep..... | 33 |

INTISARI

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh *Patient Centered Care* terhadap kualitas hubungan komunikatif dan hubungan komitmen pada pasien BPJS di Puskesmas Wilayah Kota Magelang. Jenis penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel yang digunakan sebesar 255 responden. Metode pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *non-probability sampling* dengan teknik *purposive sampling*. Pengujian hipotesis dilakukan menggunakan *Structural Equation Modelling-Partial Least Square* (SEM-PLS). Hasil penelitian komunikasi interpersonal berpengaruh positif terhadap hubungan komitmen (*t-statistic* adalah 3,169 *p-value* sebesar 0,002). Komunikasi Interpersonal berpengaruh terhadap kualitas hubungan komunikatif (*t-statistic* adalah 3,449 dan *p-value* 0,001). Partisipasi pasien berpengaruh terhadap hubungan komitmen (*t-statistic* adalah 5,476 dan *p-value* 0,000). Partisipasi pasien berpengaruh terhadap kualitas hubungan komunikatif (*t-statistic* adalah 5,289 dan *p-value* 0,000). Partisipasi tenaga kefarmasian berpengaruh terhadap hubungan komitmen (*t-statistic* adalah 3, dan *p-value* 0,003). Partisipasi tenaga kefarmasian berpengaruh terhadap kualitas hubungan komunikatif (*t-statistic* adalah 4,289 dan *p-value* 0,000).

Kata kunci: Hubungan komitmen, kualitas hubungan komunikatif, *Patient Centered Care*, BPJS

ABSTRACT

This study aims to determine the effect of Patient-Centered Care on the quality of communicative relationships and committed relationships among BPJS patients in the Magelang Public Health Centers. This type of research is quantitative correlational with cross sectional approach. The sample used was 255 respondents. The sampling method in this study is non-probability sampling with a purposive sampling technique. Hypothesis testing is done using *Structural Equation Modeling-Partial Least Square* (SEM-PLS). Interpersonal communication research results have a significant effect on relationships commitment (t-statistic is 3.169 p-value of 0.002. Interpersonal communication has an effect on the quality of communicative relationships (t-statistic is 3.449 and p-value 0.001). Patient participation influences commitment relationship (t - statistic is 5,476 and p-value is 0,000. Patient participation have a significant affects on relationship quality (t-statistic is 5,289 and p-value is 0,000). Pharmacy participation affects the commitment relationship (t-statistic is 3, and p-value 0,003. Pharmacy participation has a significant effect on relationship quality (t-statistic is 4.289 and p-value 0,000).

Key words: *Relationship commitment, Relationship quality, Patient Centered Care, BPJS*

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Peserta Program JKN-KIS sudah mencapai 221.580.743 jiwa. Menurut Mundiharno, penambahan peserta JKN-KIS per tahunnya rata-rata mencapai 12-14 juta jiwa. Sementara itu di titik layanan, kunjungan ke FKTP rata-rata mencapai sekitar 400.000 kunjungan per hari. Pertumbuhan peserta JKN-KIS makin meningkat dan setiap hari pertambahannya sekitar 55.000 orang atau sekitar 12 juta sampai 14 juta orang per tahun. Kemudian di pelayanan, ada rata-rata 400.000 orang berkunjung ke fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP). Jumlah kunjungan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) merupakan jumlah peserta yang melakukan pemeriksaan ke FKTP. Jumlah kunjungan RJTP sampai dengan 31 Desember 2016 mencapai 120.922.433 kunjungan atau meningkat sebesar 20,18% bila dibandingkan realisasi pada periode yang sama tahun 2015 (100.617.378 kunjungan), dengan *rate* kunjungan RJTP tahun 2016 sebesar 65,31‰ (BPJS Kesehatan, 2017).

FKTP pada era JKN wajib memberikan pelayanan primer yang paripurna sebagai *gate keeper* dengan kualitas pelayanan kesehatan menjadi prioritas. *Patient Centered Care* (PCC) merupakan paradigma baru dalam pelayanan kesehatan yang menempatkan pasien sebagai *center of care* (Mardiati, Wahyunita, & Widiyanti, 2018). Perilaku partisipatif apoteker / keterpusatan pasien pada konstruk hubungan terdiri dari dua komponen yang mencakup 3 item: (1) perilaku partisipatif apoteker dan (2) keterpusatan pada hubungan pasien.(3) perilaku partisipatif pasien (Wang, Liu, Zhang, Ye, & Zhang, 2018).

Beberapa penelitian terkait PCC sudah banyak dilakukan di luar negeri. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara PCC dengan penurunan pemanfaatan layanan kesehatan. Hal ini berarti keterlibatan pasien dan keluarga dalam pelayanan kesehatan diperlukan untuk mengurangi angka pasien masuk rumah sakit. PCC juga meningkatkan status kesehatan dan meningkatkan efisiensi perawatan dengan mengurangi tes diagnostik dan rujukan (Bertakis & Azari, 2011). Penelitian menurut (Wang et al., 2018) menunjukkan bahwa komponen PCC yaitu perilaku partisipasi pasien, partisipasi apoteker dan komunikasi interpersonal apoteker dapat meningkatkan kualitas hubungan dalam melakukan pengobatan.

Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian yang dilakukan Arianto (2013) dalam (Oisina, 2018) yang menyatakan bahwa dalam menciptakan hubungan interpersonal yang baik merupakan prasyarat untuk perawan medis. Sejumlah penelitian telah menunjukkan bahwa hubungan dokter dan pasien yang sukses dan komunikatif serta berdampak positif bagi pasien seperti, kepuasan pengetahuan dan pemahaman, kepatuhan terhadap pengobatan dan hasil kesehatan yang terukur. Kualitas afektif dari hubungan dokter dan pasien merupakan penentu utama dari kepuasan pasien dan kepatuhan terhadap pengobatan. Penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa kepuasan secara positif menguatkan kepercayaan dan mengarahkan komitmen mereka hingga akhirnya mampu meningkatkan loyalitas pasien dalam bentuk *word-of-mouth*, niat membeli (*purchase intention*), dan ketidakpekaan terhadap harga (*price insensitivity*) (Bloemer, 2002).

Hasil penelitian (Oisina, 2018) disebutkan tingginya ketidakpuasan pasien karena mutu pelayanan yang buruk mengingatkan kepada rumah sakit dan klinik untuk dapat berbenah diri dalam memberikan pelayanan yang berkualitas serta memperhatikan komunikasi interpersonal harus tercipta secara efektif antara dokter dan pasien sehingga menciptakan rasa kepuasan bagi pasien dan keluarga pasien yang sedang berobat.

Penelitian terkait *Patient Centered Care (PCC)* sebagian besar diterapkan pada konteks hubungan dengan dokter/perawat dengan pasien sedangkan penerapan pada farmasi masih sangat terbatas. Berdasarkan uraian sebelumnya, maka peneliti ingin meneliti tentang pengaruh perilaku partisipasi pasien, perilaku partisipasi tenaga kefarmasian dan komunikasi interpersonal terhadap kualitas hubungan komunikatif dan hubungan komitmen pada pasien di Puskesmas Wilayah Kota Magelang.

B. Rumusan Masalah

1. Apakah terdapat pengaruh perilaku partisipasi pasien terhadap kualitas hubungan komunikatif pada pasien di Puskesmas Wilayah Kota Magelang?
2. Apakah terdapat pengaruh komunikasi interpersonal terhadap kualitas hubungan komunikatif pada pasien di Puskesmas Wilayah Kota Magelang?
3. Apakah terdapat pengaruh perilaku partisipasi tenaga kefarmasian terhadap kualitas hubungan komunikatif pada pasien di Puskesmas Wilayah Kota Magelang?
4. Apakah terdapat pengaruh perilaku partisipasi tenaga kefarmasian terhadap hubungan komitmen pada pasien di Puskesmas Wilayah Kota Magelang?

5. Apakah terdapat pengaruh perilaku partisipasi pasien terhadap hubungan komitmen pada pasien di Puskesmas Wilayah Kota Magelang?
6. Apakah terdapat pengaruh komunikasi interpersonal terhadap hubungan komitmen pada pasien di Puskesmas Wilayah Kota Magelang?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui terkait pentingnya penerapan pengaruh *Patient Centered Care (PCC)* terhadap kualitas hubungan komunikatif dan hubungan komitmen pada pasien di Puskesmas Wilayah Kota Magelang.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui pengaruh perilaku partisipasi pasien terhadap kualitas hubungan komunikatif pada pasien di Puskesmas Wilayah Kota Magelang.
- b. Untuk mengetahui pengaruh komunikasi interpersonal terhadap kualitas hubungan komunikatif pada pasien di Puskesmas Wilayah Kota Magelang.
- c. Untuk mengetahui pengaruh perilaku partisipasi tenaga kefarmasian terhadap kualitas hubungan komunikatif pada pasien di Puskesmas Wilayah Kota Magelang.
- d. Untuk mengetahui pengaruh perilaku partisipasi tenaga kefarmasian terhadap hubungan komitmen pada pasien di Puskesmas Wilayah Kota Magelang.
- e. Untuk mengetahui pengaruh perilaku partisipasi pasien terhadap hubungan komitmen pada pasien di Puskesmas Wilayah Kota Magelang.

- f. Untuk mengetahui pengaruh komunikasi interpersonal terhadap hubungan komitmen -pada pasien di Puskesmas Wilayah Kota Magelang.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Penelitian Untuk Akademik

Penelitian ini diharapkan dapat memperkuat teori – teori mengenai *Patient Centered Care (PCC)*, kualitas hubungan komunikatif dan hubungan komitmen serta dapat dimanfaatkan untuk penelitian selanjutnya di bidang pelayanan kefarmasian.

2. Manfaat Penelitian Untuk Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan masukan terkait pentingnya penerapan *Patient Centered Care (PCC)* di Puskesmas Wilayah Kota Magelang berkaitan dengan peningkatan pelayanan farmasi yang diberikan.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1. Keaslian Penelitian

| Peneliti | Judul | Metode | Hasil |
|--------------|--|---|--|
| Worley, 2006 | <i>Testing A Pharmacist-Patient Relationship Quality Model Among Older Persons with Diabetes</i> | Penelitian dilakukan dengan sampel acak berjumlah 600 orang yang berusia >65 tahun, pernah menderita diabetes tipe 1 atau tipe 2. Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan cross sectional dengan <i>survey</i> deskriptif. Lokasi penelitian dilakukan di Duluth, USA. Analisa data untuk mengolah hasil penelitian | Hasil studi menunjukkan bahwa perilaku partisipasi apoteker, partisipasi pasien berpartisipasi dalam menciptakan hubungan yang berpusat pada pasien, serta komunikasi interpersonal apoteker-pasien berhubungan positif dengan hubungan kualitas lansia tentang apoteker-pasien. |

| Peneliti | Judul | Metode | Hasil |
|--------------------------|---|---|--|
| | | menggunakan SPSS (<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>) 10. | |
| Rusmawati, 2016 | Upaya Meningkatkan Kemampuan Perawat Dalam Menerapkan <i>Patient Centered Care</i> (PCC) Di Rumah Sakit | Penelitian ini menggunakan <i>Quasy – experimental</i> designs dengan bentuk two group pretest – posttest design. Sampel penelitian ini untuk kelompok intervensi adalah pasien rawat inap RSUD dr Harjono Ponorogo dan kelompok kontrol adalah pasien rawat inap RSUD dr. Iskak Tulungagung dengan menggunakan tehnik <i>Purposive Sampling</i> . Pelatihan penerapan PCC diberikan pada seluruh perawat rawat inap RSUD dr. Harjono Ponorogo dengan menggunakan Total sampling. | Hasil penelitian secara statistik menunjukkan peningkatan bermakna pada persepsi pasien tentang penerapan PCC sesudah mendapatkan pelatihan PCC. |
| Wang <i>et al</i> , 2018 | <i>Testing A Healthcare Provider–Patient Communicative Relationship Quality Model of Pharmaceutical Care In Hospitals</i> | Penelitian dilakukan dengan metode <i>cross-sectional</i> dengan instrumen kuesioner dilakukan di empat rumah sakit di Wuhan dan Shanghai di Cina Juli 2017. Sampel yang digunakan 150 pasien dengan kriteria inklusi pasien rawat jalan dewasa yang menerima layanan farmasi dan mampu berkomunikasi. Analisis data dengan menggunakan analysis factor. | <i>Healthcare provider – patient participation patient</i> dan komunikasi interpersonal berpengaruh dengan kualitas hubungan dan kualitas hubungan sebagai mediator antara HCP <i>participation patient</i> dan kepuasan pasien, serta komunikasi interpersonal dan kepuasan pasien. |

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Dasar Teori

1. Jaminan Kesehatan Nasional

a. Pengertian

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak (Kemenkes RI, 2013)

b. Prinsip-prinsip

Jaminan Kesehatan Nasional Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) berikut: (Kemenkes RI, 2013)

1) Prinsip kegotongroyongan

Gotong royong sesungguhnya sudah menjadi salah satu prinsip dalam hidup bermasyarakat dan juga merupakan salah satu akar dalam kebudayaan kita. Dalam SJSN, prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang berisiko tinggi, dan peserta yang

sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud karena kepesertaan SJSN bersifat wajib untuk seluruh penduduk, tanpa pandang bulu. Dengan demikian, melalui prinsip gotong royong jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

2) Prinsip nirlaba

Pengelolaan dana amanat oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah nirlaba bukan untuk mencari laba (*for profit oriented*). Sebaliknya, tujuan utama adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat, sehingga hasil pengembangannya, akan di manfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

3) Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas. Prinsip prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

4) Prinsip portabilitas

Prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

5) Prinsip kepesertaan Wajib

Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi

seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dapat mencakup seluruh rakyat.

6) Prinsip dana amanat

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

7) Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial

Dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

c. Kepesertaan

Kepesertaan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional dijelaskan dalam Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan yang kemudian dilakukan perbaikan penjelasan dalam Peraturan Presiden Nomor 111 tahun 2013. Kepesertaan Jaminan Kesehatan bersifat wajib dan mencakup seluruh penduduk Indonesia. Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional dilakukan secara bertahap, yaitu tahap pertama mulai 1 Januari 2014 hingga mencakup seluruh penduduk Indonesia paling lambat 1 Januari 2019 (Kemenkes RI, 2013).

Beberapa penjelasan lain mengenai kepesertaan berdasarkan Perpres tersebut antara lain adalah: (No.12, 2013)

1. Peserta

Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar Iuran.

2. Pekerja

Pekerja adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain.

3. Pemberi Kerja

Pemberi kerja adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum, atau badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja, atau penyelenggara negara yang mempekerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya.

Peserta tersebut meliputi: Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN dan bukan PBI JKN dengan rincian sebagai berikut:

a) Peserta PBI Jaminan Kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.

b) Peserta bukan PBI adalah Peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:

1) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:

(a) Pegawai Negeri Sipil;

(b) Anggota TNI;

(c) Anggota Polri;

- (d) Pejabat Negara;
 - (e) Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri;
 - (f) Pegawai Swasta; dan
 - (g) Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima upah.
- 2) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:
- (a) Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri dan
 - (b) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima upah.
 - (c) Pekerja sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
- 3) Bukan Pekerja dan anggota keluarganya terdiri atas:
- (a) Investor;
 - (b) Pemberi Kerja;
 - (c) Penerima Pensiun;
 - (d) Veteran;
 - (e) Perintis Kemerdekaan; dan
 - (f) Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar Iuran.
- 4) Penerima pensiun terdiri atas:
- (a) Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun;
 - (b) Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak

pensiun; Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;

(c) Penerima Pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c; dan e)

Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai dengan huruf d yang mendapat hak pensiun.

5) Anggota keluarga bagi pekerja penerima upah meliputi:

(a) istri atau suami yang sah dari Peserta; dan

(b) Anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat yang sah dari Peserta, dengan kriteria:

(1) Tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri; dan

(2) Belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (duapuluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.

Sedangkan Peserta bukan PBI JKN dapat juga mengikutsertakan anggota keluarga yang lain.

(c) WNI di Luar Negeri Jaminan kesehatan bagi pekerja WNI yang bekerja di luar negeri diatur dengan ketentuan peraturan perundang-undangan tersendiri.

2. Puskesmas

a. Definisi

Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan dasar yang menyelenggarakan upaya kesehatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan

(promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif), yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan (Permenkes RI No.74, 2016).

Pusat Kesehatan Masyarakat sebagai salah satu jenis fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama memiliki peranan penting dalam sistem kesehatan nasional, khususnya subsistem upaya kesehatan (Permenkes RI No. 75, 2014).

b. Tujuan Puskesmas

Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang:

- 1) memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat;
- 2) mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu
- 3) hidup dalam lingkungan sehat; dan
- 4) memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat (Permenkes RI No. 75, 2014).

c. Fungsi Puskesmas

Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas harus mendukung tiga fungsi pokok Puskesmas, yaitu sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, dan pusat pelayanan kesehatan strata pertama yang meliputi pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat (Permenkes RI No.74, 2016).

Dalam menyelenggarakan fungsinya, Puskesmas berwenang untuk:

- 1) Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan
- 2) Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan.
- 3) Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan.
- 4) Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait.
- 5) Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat.
- 6) Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas.
- 7) Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan.
- 8) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan pelayanan kesehatan.
- 9) Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit (Permenkes RI No. 75, 2014).

d. Upaya Penyelenggaraan Puskesmas

Dalam mencapai visi pembangunan kesehatan melalui puskesmas yaitu terwujudnya kecamatan sehat menuju Indonesia sehat. Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan

upaya kesehatan masyarakat, yang keduanya jika ditinjau dari system kesehatan nasional merupakan pelayanan kesehatan tingkat pertama.

Upaya kesehatan tersebut dikelompokkan menjadi 2, yaitu :

a. Upaya kesehatan perorangan.

Dilaksanakan dalam bentuk :

- 1) Rawat Jalan adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien yang masuk rumah sakit untuk keperluan observasi, diagnosa, pengobatan, rehabilitasi medis dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal di ruang rawat inap. Pelayanan rawat jalan mencakup pengobatan medis praktek swasta perorangan, praktek bersama, klinik-klinik, pusat pelayanan medis swasta maupun pemerintah termasuk rumah sakit (Wahyuningsih, 2009).
- 2) Pelayanan gawat darurat.
- 3) Pelayanan satu hari (one day care).
- 4) Home care dan/atau.
- 5) Rawat Inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan.

b. Upaya kesehatan masyarakat

- 1) Upaya kesehatan masyarakat esensial Upaya kesehatan masyarakat esensial tersebut adalah:
 - a) Pelayanan promosi kesehatan
 - b) Pelayanan kesehatan lingkungan
 - c) Pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana

- d) Pelayanan gizi
 - e) Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit.
- c. Upaya kesehatan masyarakat pengembangan

Upaya kesehatan pengembangan Puskesmas adalah upaya kesehatan masyarakat yang kegiatannya memerlukan upaya yang sifatnya inovatif dan/ atau bersifat ekstensifikasi dan intensifikasi pelayanan, disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, kekhususan wilayah kerja dan potensi sumber daya yang tersedia di masing-masing Puskesmas. Untuk melaksanakan upaya kesehatan masyarakat dan perorangan, Puskesmas harus menyelenggarakan:

- 1) Manajemen Puskesmas
- 2) Pelayanan Laboratorium
- 3) Pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat
- 4) Pelayanan kefarmasian (Permenkes RI No. 75, 2014)

e. Definisi

Patient Centered Care (PCC) adalah mengelola pasien dengan merujuk dan menghargai individu pasien meliputi preferensi/pilihan, keperluan, nilai nilai, dan memastikan bahwa semua pengambilan keputusan klinik telah mempertimbangkan dari semua nilai – nilai yang diinginkan pasien. (Frampton, 2008). Institute of Medicine (IOM) mendefinisikan PCC (*Patient Centered Care*) sebagai asuhan yang menghormati dan responsif terhadap pilihan, kebutuhan dan nilai – nilai pribadi pasien. Serta memastikan bahwa nilai – nilai pasien menjadi panduan bagi semua

keputusan klinis (Maria, 2018).

PCC menekankan bahwa pengelola rumah sakit perlu melihat dari perspektif pasien atau membayangkan diri sendiri menjadi pasien untuk dapat memahami kebutuhan pasien dan menjadi rumah sakit yang fokus pada pasien. Seluruh komponen rumah sakit, termasuk klinisi harus menerapkan konsep PCC dan pola pikir bahwa pasien adalah satu – satunya pasien yang ada sehingga benar – benar fokus, serta tidak membuat keputusan tanpa melibatkan pasien (*no decision for me without me*) (Rusmawati, 2016).

f. Konsep *patient centered care*

Belum ada kesepakatan yang jelas mengenai konsep dari PCC. Namun beberapa jurnal mencoba untuk memberikan pendapatnya mengenai konsep dari PCC. Menurut hasil penelitian yang dilakukan pada tahun 1993 oleh Picker Institute bekerja sama dengan Harvard School of Medicine menjelaskan bahwa PCC memiliki 8 dimensi yakni (Keene, n.d.):

- 1) Menghormati pilihan dan penilaian pasien
- 2) Dukungan emosional Kenyamanan fisik
- 3) Informasi dan edukasi
- 4) Berkelanjutan dan transisi
- 5) Koordinasi pelayanan
- 6) Akses pelayanan
- 7) Melibatkan keluarga dan teman

g. Tujuan *Patient Centered Care*

PCC memiliki manfaat sebagai berikut ((Shaller, 2007);(Hudon, Fortin, Haggerty, Lambert, & Poitras, 2011);(Ells, Hunt, & Chambers-Evans, 2011);(Suhonen, Välimäki, & Leino-Kilpi, 2002)).

- 1) Meningkatkan kepuasan pasien
- 2) Meningkatkan hasil klinis
- 3) Mengurangi pelayanan medis yang berlebihan dan tidak bermanfaat
- 4) Mengurangi kemungkinan malpraktek dan keluhan
- 5) Meningkatkan kepuasan dokter
- 6) Meningkatkan waktu konsultasi
- 7) Meningkatkan keadaan emosional pasien
- 8) Meningkatkan kepatuhan obat
- 9) Meningkatkan pemberdayaan pasien
- 10) Mengurangi tingkat keparahan gejala
- 11) Mengurangi biaya perawatan kesehatan

h. Konsep Inti *Patient Centered Care*

Ada 4 Konsep inti yang ada dalam konsep *PCC (patient centered care)* dalam PFCC 2007, *Benchmarking Project, Executive Summary and Strategy Map* yaitu: martabat dan respek, berbagi informasi, partisipasi, dan kolaborasi.

- 1) Martabat dan Respek

Dalam aspek ini, sikap seorang tenaga kesehatan mendengarkan, peduli dan menghormati pilihan pasien. Pengetahuan, nilai-nilai yang

dianut, dan *background* budaya pasien ikut berperan penting selama perawatan pasien dan menentukan *outcome* pelayanan kesehatan kepada pasien. Kultur (kebudayaan) adalah determinan paling fundamental dari keinginan dan perilaku seseorang. Seorang anak memperoleh serangkaian nilai, persepsi, preferensi dan perilaku melalui keluarganya (Thamrin & Tantri, 2012).

Aspek martabat dan respek dalam konsep *Patient Centered Care* (*PCC*) adalah perilaku seorang perawat yang mencerminkan sikap *caring* saat melaksanakan pelayanan kesehatan. Perilaku *caring* mengandung 3 hal yang tidak dapat dipisahkan yaitu perhatian, tanggung jawab, dan dilakukan dengan ikhlas (Dwidianti, 2009). Perilaku *caring* memiliki inti yang sama yaitu sikap peduli, menghargai dan menghormati orang lain, memberi perhatian, dan mempelajari kesukaan seseorang serta cara berpikir dan bertindak.

2) Berbagi Informasi

Komunikasi dalam menginformasikan sesuatu kepada konsumen layaknya dilakukan dengan efektif. Tanpa komunikasi yang efektif di berbagai pihak, pola hubungan yang kita sebut organisasi tidak akan melayani kebutuhan seorang konsumen dengan baik (Nugroho Setiadi, 2013).

Mengkomunikasikan dan menginformasikan secara lengkap mengenai kondisi pasien dan hal-hal yang berkaitan dengan pasien, maupun program perawatan dan intervensi yang akan diberikan kepada

pasien. Memberikan Informasi secara lengkap dapat membantu dalam perawatan pasien, meningkatkan pengetahuan pasien dan pembuatan keputusan (PFCC, 2012)

3) Partisipasi

Pasien dan keluarga dilibatkan dan disupport untuk ikut serta dalam perawatan dan pembuatan keputusan (PFCC,2007). Partisipasi adalah hal yang dapat mendorong peran serta pasien dalam penyelenggaraan pelayanan keperawatan dengan memperhatikan aspirasi, kebutuhan, dan harapan pasien. Keterlibatan atau partisipasi adalah status motivasi yang menggerakkan serta mengarahkan proses kognitif dan perilaku konsumen pada saatn mereka mengambil keputusan (Kharismawati, 2015).

4) Kolaborasi

Tenaga kesehatan mengajak pasien dan keluarga pasien dalam membuat kebijaksanaan, perencanaan dan pengembangan program, implementasi dan evaluasi program yang akan didapatkan oleh pasien (Kusumaningrum, 2009) Planetree, pemimpin *Patient Centered Care* yang diakui secara internasional telah menunjukkan langkah besar dalam memajukan konsepnya. Model perawatan Planetree adalah pendekatan holistik berpusat pada pasien yang mempromosikan penyembuhan mental, emosional, spiritual, social dan fisik, sebagian dengan memperdayakan pasien dan keluarga melalui pertukaran informasi (Cliff, 2012).

3. Partisipasi pasien

Partisipasi pasien adalah suatu interaksi atau rangkaian interaksi antara pasien dengan sistem pelayanan kesehatan atau tenaga kesehatan profesional, di mana di dalamnya pasien secara aktif memberikan informasi untuk membantu penegakan diagnosa dan pemecahan masalah, berbagi pandangan dan prioritas untuk pengobatan atau tata laksana penyakit, mengajukan pertanyaan dan/atau ikut menyumbangkan saran untuk mengidentifikasi pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan dan prioritasnya (Nataliansyah, 2014).

Partisipasi aktif pasien dalam perawatan dapat meningkatkan motivasi dan kepatuhan mereka terhadap konsumsi obat-obatan, memberikan hasil pengobatan yang lebih baik, menciptakan kepuasan yang tinggi dengan sikap menerima, serta mengurangi stres dan kecemasan. WHO mengakui bahwa dibutuhkan pasien dengan pengetahuan, keterampilan dan kepercayaan diri untuk mengelola kesehatan mereka, berpartisipasi dalam perawatan dan menentukan pilihan diagnostik, berkolaborasi dengan penyedia pelayanan kesehatan, memilih penyedia layanan yang berkualitas baik, dan secara lebih umum menavigasi sistem pelayanan kesehatan (World Health Organization, 2013).

Keuntungan berpartisipasi bagi pasien dalam menciptakan keselamatan bergantung kepada kesadaran pasien akan kebutuhan mereka untuk terlibat. Pasien akan berkeinginan untuk berpartisipasi, bila menurut persepsi mereka hal ini merupakan hal yang normal dan perilaku dapat diterima, maka dalam

mendesain intervensi yang mendorong partisipasi pasien dalam program keselamatan dibutuhkan pengertian tentang keyakinan dan sikap pasien terhadap kesehatan (World Health Organization, 2013).

4. Partisipasi Tenaga Kefarmasian

Tenaga Kefarmasian sebagai salah satu tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat mempunyai peranan penting karena terkait langsung dengan pemberian pelayanan, khususnya Pelayanan Kefarmasian (Depkes RI, 2009)

Tenaga Kefarmasian terdiri atas:

- a. Apoteker; dan
- b. Tenaga Teknis Kefarmasian.

Tenaga Kefarmasian melaksanakan Pekerjaan Kefarmasian pada:
(Depkes RI, 2009)

- a. Fasilitas Produksi Sediaan Farmasi berupa industri farmasi obat, industri bahan baku obat, industri obat tradisional, pabrik kosmetika dan pabrik lain yang memerlukan Tenaga Kefarmasian untuk menjalankan tugas dan fungsi produksi dan pengawasan mutu;
- b. Fasilitas Distribusi atau Penyaluran Sediaan Farmasi dan alat kesehatan melalui Pedagang Besar Farmasi, penyalur alat kesehatan, instalasi Sediaan Farmasi dan alat kesehatan milik Pemerintah, pemerintah daerah provinsi, dan pemerintah daerah kabupaten/kota; dan/atau
- c. Fasilitas Pelayanan Kefarmasian melalui praktik di Apotek, instalasi farmasi rumah sakit, puskesmas, klinik, toko obat, atau praktek bersama.

Partisipasi dalam pengambilan keputusan pemberian obat pada penderita, pemilihan obat yang tepat, pemberian dan penyediaan dan pendidikan penderita. Konsultasi, informasi dan edukasi yang Informasi obat telah berjalan meski kadang komunikasi, farmakoterapi, berkaitan dengan penggunaan obat (Herman, Handayani, & Siahaan, 2013).

5. Komunikasi interpersonal

Komunikasi Interpersonal adalah Komunikasi antarpribadi (*interpersonal communication*) sangat potensial guna mempengaruhi atau membujuk orang lain. Sebagai komunikasi yang paling lengkap dan paling sempurna, komunikasi antarpribadi berperan penting hingga kapan pun, selama manusia masih mempunyai emosi. Komunikasi tatap-muka ini membuat manusia merasa lebih akrab dengan sesamanya (Mulyana, 2008).

Dengannya diharapkan dapat membawa hasil pertukaran informasi dan saling pengertian (*mutual understanding*). Menurut (DeVito, 2011), efektivitas komunikasi interpersonal dalam pandangan humanistik memiliki unsur-unsur berikut:

a. Keterbukaan

Sifat keterbukaan menunjuk paling tidak dua aspek tentang komunikasi interpersonal. Aspek pertama, bahwa kita harus terbuka pada orang-orang yang saling berinteraksi dengan kita. Hal ini tidak berarti kita harus menceritakan semua latar belakang kehidupan kita. Namun yang penting ada kemauan untuk membuka diri pada masalah-masalah umum. Dengan demikian orang lain akan mengetahui pendapat, pikiran, dan gagasan kita,

sehingga komunikasi akan mudah dilakukan. Aspek kedua, adalah kemauan kita untuk memberikan tanggapan terhadap orang lain dengan jujur dan terus terang tentang sesuatu yang dikatakannya. Demikian sebaliknya, kita ingin orang lain memberikan tanggapan jujur dan terbuka tentang segala sesuatu yang kita katakan.

b. Empati

Empati merupakan kemampuan seseorang untuk mengetahui apa yang sedang dialami orang lain pada suatu saat tertentu, dari sudut pandang orang lain melalui kacamata orang lain. Berempati adalah merasakan sesuatu seperti orang yang mengalaminya. Orang yang empati mampu memahami motivasi dan pengalaman orang lain, perasaan dan sikap mereka serta harapan keinginan mereka untuk masa mendatang. Empati yang akurat melibatkan kepekaan, baik kepekaan terhadap perasaan yang ada maupun fasilitas verbal untuk mengkomunikasikan pengertian ini.

c. Sikap mendukung

Hubungan interpersonal yang efektif adalah hubungan dimana terdapat sikap mendukung. Komunikasi yang terbuka dan empatik tidak dapat berlangsung dalam suasana yang tidak mendukung. Sikap suportif merupakan sikap yang mengurangi defensif. Sikap ini muncul bila individu tidak dapat menerima, tidak jujur dan tidak empati. Sikap defensif mengakibatkan komunikasi interpersonal menjadi tidak efektif, karena orang yang defensif akan lebih banyak melindungi diri dari ancaman yang ditanggapinya dalam situasi komunikasi dari pada memahami komunikasi.

Komunikasi yang defensif dapat terjadi karena faktor-faktor personal (ketakutan, kecemasan, harga diri yang rendah) atau faktor situasional yang berupa perilaku komunikasi orang lain.

d. Sikap Positif

Sikap positif mengacu pada sedikitnya dua aspek komunikasi interpersonal. Pertama, komunikasi interpersonal terbina jika orang memiliki sikap positif terhadap diri mereka. Kedua, mempunyai perasaan positif terhadap orang lain dan berbagai situasi komunikasi.

e. Kesamaan

Kesamaan dalam komunikasi interpersonal ini mencakup dua hal. Pertama adalah kesamaan dalam bidang pengalaman diantara para pelaku komunikasi. Artinya, komunikasi interpersonal akan lebih efektif bila para pelaku komunikasi mempunyai nilai, sikap, perilaku dan pengalaman yang sama. Hal ini tidak berarti bahwa ketidaksamaan adalah tidak komunikatif, namun komunikasi mereka lebih sulit dan perlu banyak waktu untuk menyesuaikan diri. Kedua, kesamaan dalam memberikan dan menerima pesan.

Komunikasi interpersonal merupakan rangkaian tindakan kejadian, dan kegiatan yang terjadi secara terus menerus, tidak statis tapi bersifat dinamis. Hal ini berarti berarti segala yang tercakup dalam komunikasi interpersonal selalu dalam keadaan berubah baik pada pelaku komunikasi, pesan, situasi, maupun lingkungannya. Komunikasi interpersonal juga menyangkut aspek-aspek isi pesan dan hubungan antarpribadi, melibatkan

dengan siapa kita berkomunikasi dan bagaimana hubungan dengan partner. Dalam komunikasi interpersonal dilakukan pemahaman komunikasi dan hubungan ini terpersonal karena dalam komunikasi interpersonal individu mencoba menginterpretasikan makna yang menyangkut diri sendiri, orang lain dan hubungan yang terjadi. Proses psikologis dan kultural dapat berpengaruh pada komunikasi dan hubungan interpersonal, karena individu-individu menggunakan sebagai pedoman dan bahan informasi untuk bertindak dan berperilaku (Uin & Hidayatullah, 2011).

6. Kualitas Hubungan Komunikatif

Relationship quality merupakan sebuah konsep yang terdiri dari berbagai pengaruh positif yang ditimbulkan oleh suatu hubungan, yang mencerminkan keseluruhan hubungan dan luasnya hubungan kepada pihak yang dipenuhi kebutuhan dan harapannya. Membangun relationship dengan pelanggan sering kali membawa keberhasilan, tetapi tidak selalu merupakan suatu strategi terbaik. Kesuksesan dalam *relationship* itu sendiri dipengaruhi oleh lima elemen, yaitu kepercayaan, kepuasan, persepsi yang baik, efektivitas, komunikasi, dan ikatan sosial atau persahabatan (Lovelock, Patterson & Walker dalam Batubara, 2019).

Komunikasi adalah proses pengoperasian rangsangan (stimulus) dalam bentuk lambang atau simbol bahasa atau gerak (non verbal), untuk mempengaruhi perilaku orang lain. Stimulus atau rangsangan ini dapat berupa suara/bunyi atau bahasa lisan, maupun berupa gerakan, tindakan atau simbol-simbol yang diharapkan dapat dimengerti oleh pihak lain, dan pihak lain

merespon atau bereaksi sesuai dengan maksud pihak yang memberikan stimulus (Rahmadiana, 2015).

Hubungan Komunikatif melibatkan hubungan antar manusia dan mengharuskan memiliki peserta komunikasi dan persamaan pemahaman. Persamaan bahasa dan gerak tubuh adalah sarana utama yang orang mempengaruhi orang lain. Dalam komunikasi antarpribadi proses komunikasi yang berlangsung secara dinamis dan transaksional demikian hal komunikasi massa diperlukan untuk menyampaikan pesan kepada publik yang lebih luas untuk mencapai khalayak luas (Berry, 2007).

7. Hubungan Komitmen

Komitmen merupakan janji kontinuitas antara dua pihak yang tidak terasuransi, dewasa, dan memiliki kemampuan berdasarkan keyakinan pada efektivitas yang saling baca tulis. Komitmen menggambarkan sebagai fase lanjutan hubungan. Indikator perilaku komitmen dibedakan menjadi komitmen afektif, biaya dan *normative*. Tiga perilaku komitmen tersebut dikenal dalam model tiga dimensi komitmen yang berdampak pada niat pelanggan untuk tetap bertahan, rekomendasi positif (*Positive word of mouth*) dan kemauan untuk membayar lebih (*Willingness to pay*). Komitmen mencakup kesetiaan dan kepatuhan yang dimiliki oleh seseorang (Fitriasari, Rohman, & Koeswo, 2017).

Behavioral commitment berhubungan dengan proses dimana individu merasa terikat kepada organisasi tertentu dan bagaimana cara mereka mengatasi setiap masalah yang dihadapi. *Behavioral commitment* anggota dipandang dapat menjadi berkomitmen kepada tingkah laku tertentu. Sikap dan

tingkah laku adalah konsekuensi komitmen terhadap suatu tingkah laku. Contohnya anggota yang berkomitmen terhadap organisasinya mungkin saja mengembangkan pola pandang yang lebih positif terhadap organisasinya dan konsisten dengan tingkah lakunya atau untuk mengembangkan *selfperception* yang positif.

Komponen afektif (*Affective*) berkaitan dengan emosional, identifikasi, dan keterlibatan seseorang dalam organisasi. Anggota dengan afektif tinggi bergabung dengan organisasi karena keinginan untuk tetap menjadi anggota organisasi. Komponen *continuance* merujuk pada persepsi seseorang tentang kerugian yang akan ditanggung apabila meninggalkan organisasi. Anggota dengan *continuance* tinggi tetap bergabung dengan organisasi karena membutuhkan organisasi. Komponen normatif berkaitan dengan perasaan seseorang tentang kewajiban yang harus dilaksanakan terhadap organisasi. Anggota dengan komitmen normatif tinggi tetap bergabung dengan organisasi karena memang harus melakukan hal itu (Fitriasari et al., 2017).

Komitmen memiliki dua komponen yaitu sikap dan kehendak. Sikap meliputi identifikasi dengan organisasi, keterlibatan sesuai peran dan tanggung jawab, dan loyalitas terhadap organisasi. Kehendak merupakan kesediaan untuk menampilkan usaha dan keinginan untuk tetap berada dalam organisasi.

Ada 5 (lima) faktor prinsip kunci dalam membentuk atau membangun sebuah komitmen, yaitu :

- 1) Memelihara dan meningkatkan harga diri, artinya seorang pemimpin harus cerdas menjaga agar harga diri bawahan tidak rusak.

- 2) Meminta bantuan dan mendorong keterlibatan, artinya bawahan selain butuh untuk dihargai juga ingin dilibatkan dalam pengambilan keputusan.
- 3) Memberikan tanggapan dengan empati
- 4) Kebebasan mengungkapkan pikiran, perasaan dan rasional
- 5) Memberikan dukungan tanpa mengambil alih tanggung jawab

B. Tinjauan Literatur

Penelitian yang berkaitan dengan *Patient Centered Care (PCC)* sudah banyak dilakukan di luar negeri. Beberapa masalah dalam pelayanan memaksa pembuat kebijakan, dokter dan peneliti untuk memperbaiki sistem kesehatan. Salah satu pendekatan yang diusulkan adalah *Patient Centered Care (PCC)* (Institute of Medicine (U.S.) and Committee on Quality of Health Care in America, 2001). PCC adalah tujuan sekaligus alat yang digunakan untuk meningkatkan hasil kesehatan (Cheraghi, Esmaeili, & Salsali, 2017).

Beberapa penelitian yang telah dilakukan sebelumnya menunjukkan beberapa manfaat PCC seperti mengurangi malpraktik, mengurangi keluhan, meningkatkan kepatuhan minum obat, mengurangi keparahan gejala, dan mengurangi biaya perawatan (Hudon et al., 2011).

Hasil penelitian terdahulu menunjukkan bahwa perilaku partisipasi apoteker, partisipasi pasien berpartisipasi dalam menciptakan hubungan yang berpusat pada pasien, serta komunikasi interpersonal apoteker-pasien berhubungan positif dengan hubungan kualitas lansia tentang apoteker-pasien. Hasil penelitian selaras dengan literatur di domain hubungan dokter-pasien, yang

mendukung pentingnya hubungan berpusat pada pasien dan partisipatif dalam meningkatkan pasien kepuasan, kepatuhan, dan hasil penyakit (Worley, 2006).

Penelitian lain menyebutkan bahwa penggunaan *Patient Centered Care* (PCC) yang tepat dapat meningkatkan *outcome* pasien dan kepuasan dengan menganalisis bagaimana peran perawat dalam mengurangi kelemahan pasien. Sebuah penelitian literatur yang membahas proses interaksi antara perawat dan pasien melalui pendekatan kualitatif, sedangkan melalui pendekatan kuantitatif menunjukkan ada hubungan antara interaksi antara perawat dan pasien dengan *outcome* pasien (Hobbs, 2009).

Penelitian terdahulu menyatakan partisipatif apoteker dan komunikasi interpersonal memiliki pengaruh yang signifikan pada kualitas hubungan. Partisipatif apoteker terbukti menjadi hal yang penting dari kualitas hubungan (Pribadi, Kristina, & Syahlani, 2019). Penelitian terbaru pada penerapan perawatan berpusat pada pasien di penyedia layanan kesehatan (HCP), menunjukkan hubungan positif antara HCP perilaku partisipatif pasien dan komunikasi interpersonal berpengaruh terhadap kualitas hubungan (Wang et al., 2018).

Perilaku partisipatif apoteker, partisipasi pasien dan komunikasi interpersonal apoteker-pasien keduanya memiliki pengaruh pada kualitas hubungan. Kualitas hubungan memiliki pengaruh langsung pada komitmen hubungan. Penelitian sebelumnya menyatakan perilaku partisipatif pasien sendiri memiliki pengaruh pada seberapa besar komitmen terhadap hubungan apoteker-pasien. perilaku partisipatif apoteker dan partisipatif pasien memiliki pengaruh

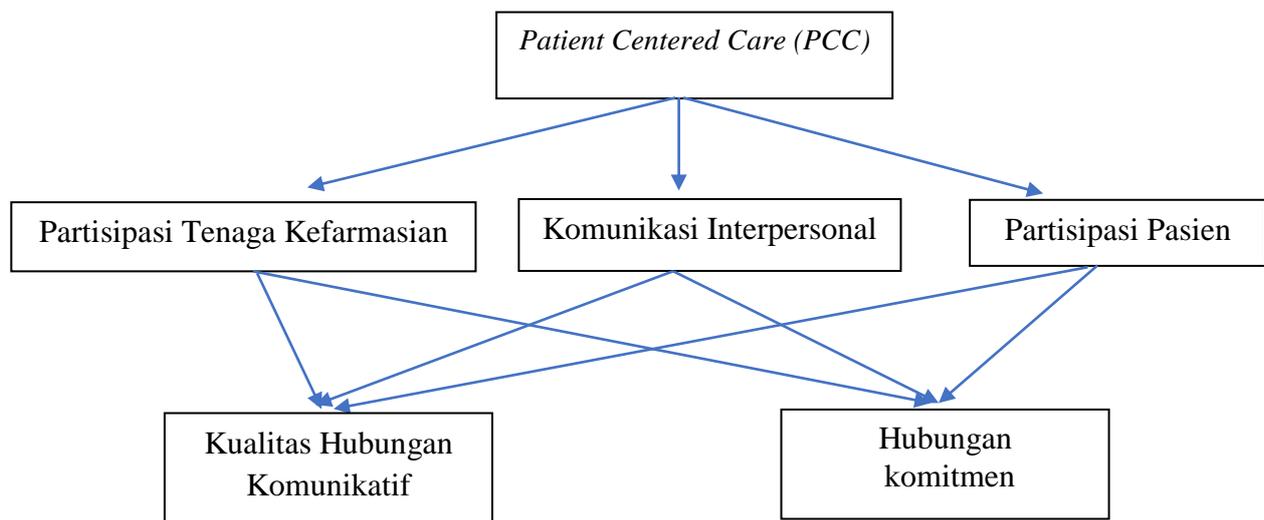
pada komitmen hubungan dan komunikasi interpersonal apoteker-pasien memiliki pada komitmen hubungan. Faktor kunci diidentifikasi dalam penelitian sebelumnya, yang membangun kualitas hubungan adalah partisipasi apoteker dalam hubungan, menciptakan hubungan patient centered, dan terlibat dalam percakapan sosial dengan pasien mereka yang lebih tua (Worley, 2006).

Penelitian serupa juga dilakukan oleh (Epstein et al., 2012) yang menunjukkan bahwa interaksi yang berpusat pada pasien mendorong kepatuhan dan menyebabkan peningkatan hasil kesehatan. Bruce dalam Surjadjaja (1998) menyatakan bahwa pasien sangat memperhatikan hubungan interpersonal dalam memilih pelayanan kesehatan. Penelitian lain menyebutkan bahwa pasien sangat dipengaruhi oleh hubungan interpersonal dokter dalam menilai mutu pelayanan kesehatan. Persepsi yang baik mengenai mutu pelayanan maka petugas kesehatan khususnya perlu membuka diri untuk meluangkan waktu mendengarkan dan memperhatikan keluhan pasien, tanggap dalam memberikan pelayanan, disamping sopan dan ramah dengan selalu tersenyum dalam setiap kontak dengan pasien. Erat kaitannya dengan komunikasi interpersonal yang diterapkan tenaga kesehatan dalam hubungan dengan pasien. Komunikasi yang tidak baik akan mempengaruhi pelayanan kesehatan yang diberikan (Hutagaol & Sri Andayani, 2014).

Peningkatan kualitas komunikasi antara rumah sakit dengan pelanggan, akan mempererat komitmen hubungan, pelanggan akan merasa lebih puas, sehingga akan meningkatkan citra rumah sakit (Muchlis & Dewanto, 2013). Penelitian terdahulu menyatakan bahwa hubungan komitmen yang baik menjadi investasi untuk membentuk *behavioral intention*. Semakin tinggi komitmen akan

berdampak pada kekuatan hubungan dan akan memberikan suatu keuntungan kesetiaan pasien dalam menjaga hubungan jangka panjang (Rahman & Reynolds, 2016). Hasil penelitian menunjukkan bahwa loyalitas pasien merupakan sikap pasien terhadap pihak rumah sakit yang diwujudkan dalam komitmen berkesinambungan dan kecenderungan untuk menggunakan rumah sakit secara konsisten berdasarkan pertimbangan faktor kognitif, afektif dan evaluatif (Sangadji, 2018). Penelitian terdahulu menyatakan bahwa komitmen akan membentuk keinginan bertahan. Komitmen juga akan membentuk kesediaan membayar lebih, dan kesediaan menyampaikan pada orang lain (Cifci & Erdogan, 2016).

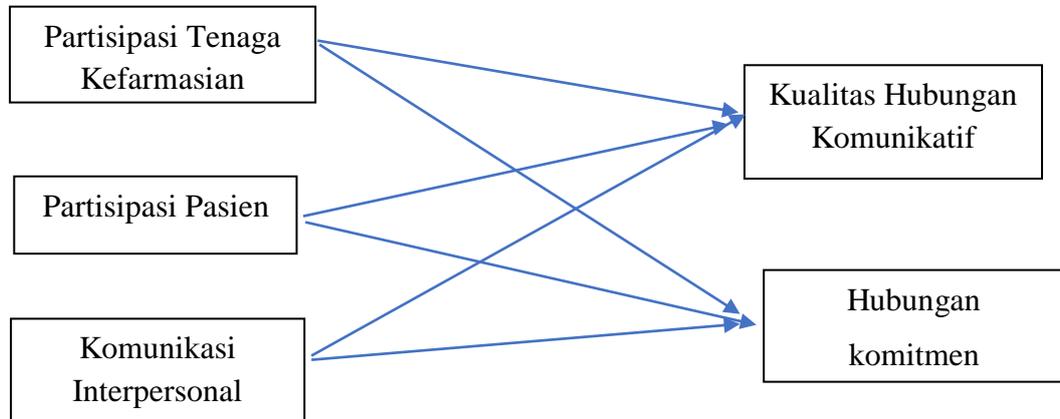
C. Kerangka Teori



Sumber: (Worley, 2006)

Gambar 3.1 Kerangka Teori

D. Kerangka Konsep



Gambar 3.2 Kerangka konsep

E. Hipotesis

Berdasarkan identifikasi masalah dan kerangka pemikiran di atas, peneliti mengajukan hipotesis sebagai berikut :

- H1 : Terdapat pengaruh perilaku partisipasi pasien terhadap kualitas hubungan komunikatif pada pasien di Puskesmas Wilayah Kota Magelang.
- H2 : Terdapat pengaruh komunikasi interpersonal terhadap kualitas hubungan komunikatif pada pasien di Puskesmas Wilayah Kota Magelang
- H3 : Terdapat pengaruh perilaku partisipasi tenaga kefarmasian terhadap kualitas hubungan komunikatif pada pasien di Puskesmas Wilayah Kota Magelang.
- H4 : Terdapat pengaruh perilaku partisipasi tenaga kefarmasian terhadap

hubungan komitmen pada pasien di Puskesmas Wilayah Kota Magelang.

H5 : Terdapat pengaruh perilaku partisipasi pasien terhadap hubungan komitmen pada pasien di Puskesmas Wilayah Kota Magelang.

H6 : Terdapat pengaruh komunikasi interpersonal terhadap hubungan komitmen pada pasien di Puskesmas Wilayah Kota Magelang

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian *kuantitatif korelasional* dengan tujuan mempelajari korelasi antara paparan atau faktor risiko (*independen*) dengan akibat atau efek (*dependen*). Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* yaitu pengumpulan data yang dilakukan bersamaan secara serentak dalam satu waktu (Masturoh & Anggita, 2018).

B. Variabel Penelitian & Definisi Operasional

Definisi operasional berarti batasan masalah secara operasional, merupakan penegasan arti dari konstruk atau variabel yang dinyatakan dengan cara tertentu untuk mengukurnya, definisi operasional merupakan spesifikasi kegiatan dalam mengukur suatu variabel atau definisi operasional adalah penegasan arti variabel yang dinyatakan dengan cara tertentu untuk mengukurnya (Kerlinger, 1990).

Variabel penelitian ini meliputi: Variabel bebas dan variabel terikat. Variabel bebas adalah Perilaku Partisipatif Pasien, Partisipasi Tenaga Kefarmasian dan Komunikasi interpersonal sedangkan variabel terikat adalah Kualitas Hubungan Komunikatif dan hubungan komitmen.

Uraian variabel penelitian, definisi operasional dan skala pengukuran dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.1. Variabel dan Definisi operasional

| No. | Variabel | Definisi operasional | Skala Pengukuran | Jenis Data |
|-----|--------------------------------|--|--|------------|
| 1. | Partisipasi Pasien | Dimensi ini mengukur perilaku partisipasi pasien berkaitan dengan kemauan pasien untuk berbagi informasi dan perilaku tanggung jawab dari pasien. | Skala likert 4= Sangat Setuju 3= Setuju 2= Tidak Setuju 1= Sangat tidak setuju | Ordinal |
| 2. | Partisipasi Tenaga Kefarmasian | Dimensi ini mengukur perilaku partisipasi apoteker dan asisten apoteker berkaitan dengan keramah-tamahan tenaga kefarmasian dalam berbagi informasi dan perilaku tanggung jawab kepada pasien. | Skala likert 4= Selalu 3= sering 2= pernah 1= tidak pernah | Ordinal |
| 3. | Komunikasi Interpersonal | Dimensi ini mengukur komunikasi interpersonal tenaga kefarmasian kepada pasien berkaitan dengan keramah-tamahan | Skala likert 4= Selalu 3= sering 2= pernah 1= tidak pernah | Ordinal |
| 4. | Kualitas hubungan komunikatif | Dimensi ini mengukur kualitas hubungan komunikatif dengan tenaga kefarmasian. | Skala likert 4= Sangat Setuju 3= Setuju 2= Tidak Setuju 1= Sangat tidak setuju | Ordinal |
| 5. | Hubungan komitmen | Dimensi ini mengukur ketergantungan pasien terhadap tenaga kefarmasian. | Skala likert 4= Sangat Setuju 3= Setuju 2= Tidak Setuju 1= Sangat tidak setuju | Ordinal |

C. Populasi dan Sampel

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subjek yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien di Puskesmas Wilayah Kota Magelang. Jumlah populasi tersebut diambil 380 orang sebagai sampel penelitian. Jumlah tersebut diperoleh dengan menggunakan rumus Taro Yamane atau Slovin pada taraf kepercayaan 95%. Sampel yang digunakan dalam penelitian SEM (*Structural Equation Modeling*) adalah minimal 200. Apabila standar ukuran sampel pada model estimasi digunakan pada PLS maka akan menghasilkan efek prediksi yang lebih baik (Boomsma & Hoogland, 2001)

Kriteria Sampel:

1. Kriteria Inklusi
 - a. Pasien BPJS
 - b. Bersedia menjadi responden penelitian.
 - c. Minimal menerima pelayanan farmasi sebanyak 3x
2. Kriteria Eksklusi
 - a. Responden menolak berpartisipasi
 - b. Kondisi penyakit responden yang tidak memungkinkan menjadi subjek penelitian (komplikasi)

Besar sampel dalam penelitian ini dihitung menggunakan rumus sampel dengan diketahui jumlah populasi.

Rumus slovin

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Keterangan :

n = ukuran sampel

N = ukuran populasi

e = persen kelonggaran ketidaktelitian karena kesalahan pengambilan sampel yang masih dapat ditolerir.

(Nurmalasari, 2014)

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$$n = \frac{7753}{1 + 7753 (0,05)^2}$$

$$= 380$$

Berdasarkan hasil perhitungan slovin dapat diperoleh hasil jumlah sampel 380 yang diambil dalam 1 bulan dengan taraf kepercayaan 95%. Preposisi pengambilan sampel tiap puskesmas antara lain:

Tabel 3.3 Preposisi pengambilan sampel tiap puskesmas

| No. | Nama Puskesmas | Jumlah populasi tiap Puskesmas | Perhitungan | Proporsi |
|--------------|----------------------------|--------------------------------|------------------------------------|------------|
| 1. | Puskesmas Magelang Selatan | 23.297 | $\frac{23.297}{93042} \times 380$ | 95 |
| 2. | Puskesmas Magelang Utara | 18.637 | $\frac{18.637}{93.042} \times 380$ | 76 |
| 3. | Puskesmas Magelang Tengah | 19.894 | $\frac{19.894}{93.042} \times 194$ | 81 |
| 4. | Puskesmas Jurangombo | 13.658 | $\frac{13.658}{93.042} \times 380$ | 56 |
| 5. | Puskesmas Kerkopan | 17.556 | $\frac{17.556}{93.042} \times 380$ | 72 |
| Total | | 93.042 | | 380 |

D. Instrumen dan Bahan Penelitian

Instrumen penelitian ini menggunakan kuesioner yang terdiri dari 2 bagian. Bagian yang pertama adalah identitas responden yang meliputi nama, usia, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendapatan, tingkat pendidikan terakhir, jumlah kunjungan ke pelayanan kefarmasian, dan status kepesertaan asuransi. Bagian kedua adalah kuesioner pengukuran model penelitian terdiri dari perilaku partisipasi pasien (13 item), partisipasi tenaga kefarmasian (12 item), komunikasi interpersonal (5 item), kualitas hubungan komunikatif (8 item) dan hubungan komitmen (3 item). Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan menggunakan kuesioner dengan skala likert, yang diadaptasi dari penelitian (Worley, 2006).

E. Instrument Metode pengumpulan data

Teknik pengumpulan data menurut (Nazir, 2005) adalah prosedur yang sistematis dan standar untuk memperoleh data yang diperlukan.

Teknik pengambilan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Kuesioner Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan kuesioner. Sugiyono (2015) menyebutkan bahwa kuesioner merupakan teknik pengumpulan data dengan cara memberi beberapa pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawab.
2. Kuesioner yang digunakan adalah kuesioner tertutup, yaitu kuesioner yang sudah diberikan alternatif jawaban sehingga sampel tinggal memilih jawaban yang sudah disediakan. Peneliti menggunakan uji validitas dan reliabilitas

untuk memberikan kevalidan dan reliabel dari setiap instrumen kuesioner dalam penggunaan kuesioner.

F. Tempat dan Waktu

Tempat pelaksanaan penelitian ini di Puskesmas Wilayah Kota Magelang. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan November- Desember tahun 2019.

G. Cara Penelitian

1. Tahap persiapan meliputi pembuatan proposal penelitian, penyusunan kuesioner dan pengurusan perijinan.
2. Pelaksanaan awal penelitian dilakukan uji validitas dan uji reliabilitas kuesioner. Uji validitas dan realibilitas kuesioner dilakukan di Puskesmas Wilayah Kota Magelang sebanyak 30 responden.
3. Pada penelitian menggunakan analisis *Corrected Item Total Correlation* pada tingkat kepercayaan 95%. Pada hasil penelitian r hitung lebih besar dari tabel (0,361) dan bernilai positif, maka butir atau pernyataan tersebut dinyatakan valid. Kemudian dilakukan uji reliabilitas dengan menggunakan metode *Cronbach's alpha* ($\alpha = 0,60$).
4. Pengolahan data meliputi pengeditan, pemberian kode pernyataan kuesioner, dan pemberian hasil skor pernyataan kuesioner.
5. Tahap analisis data pada tahap analisis data disajikan karakteristik sosiodemografi untuk menggambarkan distribusi dan frekuensi mengenai karakteristik responden yang terdiri dari nama, usia, jenis kelamin, pekerjaan, jumlah penghasilan, tingkat pendidikan terakhir, jumlah kunjungan ke

pelayanan kefarmasian, dan status kepesertaan asuransi. Pengaruh *Patient Centered Care (PCC)* terhadap kualitas hubungan komunikatif dan hubungan komitmen menggunakan metode SEM-PLS.

H. Analisis Hasil

Uji validitas dan Realibilitas Instrumen

Uji validitas dan realibilitas kuesioner dilakukan di Puskesmas Wilayah Kota Magelang sebanyak 30 responden. Uji ini diharapkan dapat mengukur apa yang, sebenarnya hendak diukur. Alat ukur yang memenuhi syarat akan menghasilkan penelitian yang benar dan dapat menggambarkan keadaan yang sesungguhnya dari masalah yang diselidiki (Zaniarti, 2011).

1. Uji Validitas

Validitas instrumen adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat kevalidan atau keshahihan suatu instrumen. Uji validitas untuk kuesioner persepsi pasien tentang penerapan PCC menggunakan *Corrected Item Total Correlation*. Hasil penghitungan tiap item dibandingkan dengan tabel nilai r . Kemudian diinterpretasikan bila r hitung $\geq r$ tabel (0,361). Hasil analisis dari uji validitas telah menunjukkan bahwa tiap item kuesioner tersebut valid (Aryanti & Priastana, 2019).

2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukuran dapat dipercaya atau dapat diandalkan hingga tetap konsisten bila dilakukan dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmodjo, 2010). Uji reliabilitas yang digunakan

menggunakan *Reliability Analysis Statistic* dengan *Cronbach's Alpha* dengan ketentuan jika nilai *Cronbach's Alpha* (α) > 0,6 maka suatu konstruk atau variabel dikatakan reliabel. Dalam menguji reliabilitas alat ukur peneliti menggunakan program komputer *SPSS* (Sugiyono, 2012).

I. Uji Hipotesis

Pengujian hipotesis penelitian dilakukan dengan pendekatan *Structural Equation Model (SEM)* berbasis *Partial Least Square (PLS)*. Pendekatan *PLS* adalah *distribution free* (tidak mengasumsikan data tertentu, dapat berupa nominal, kategori, ordinal, interval dan rasio). *PLS* menggunakan metode bootstrapping atau pengandaan secara acak yang mana asumsi normalitas tidak akan menjadi masalah bagi *PLS*. Selain itu *PLS* tidak mensyaratkan jumlah minimum sampel yang akan digunakan dalam penelitian, penelitian yang memiliki sampel kecil dapat tetap menggunakan *PLS*. *Partial Least Square* digolongkan jenis non-parametrik oleh karena itu dalam permodelan *PLS* tidak diperlukan data dengan distribusi normal (Hussein, 2015).

Dalam metode *PLS (Partial Least Square)* teknik analisa yang dilakukan adalah sebagai berikut:

1) Analisa *outer model*

Analisa *outer model* dilakukan untuk memastikan bahwa *measurement* yang digunakan layak untuk dijadikan pengukuran (valid dan reliabel). Dalam analisa model ini menspesifikasi hubungan antar variabel laten dengan indikator-indikatornya. Analisa *outer model* dapat dilihat dari beberapa indikator: (Hussein, 2015)

- a) *Convergent validity* adalah indikator yang dinilai berdasarkan korelasi antara item *score/component score* dengan *construct score*, yang dapat dilihat dari *standardized loading factor* yang mana menggambarkan besarnya korelasi antar setiap item pengukuran (indikator) dengan konstraknya. Nilai *outer loading* antara 0,5 – 0,6 sudah dianggap cukup (Chin, 1998).
- b) *Discriminant validity* adalah melihat dan membandingkan antara *discriminant validity* dan *square root of average extracted (AVE)*. Jika nilai AVE setiap konstruk lebih besar daripada nilai korelasi antara konstruk dengan konstruk lainnya dalam model, maka dikatakan memiliki nilai *discriminant validity* yang baik dan untuk nilai AVE yang diharapkan adalah > 0.5 .
- c) *Composite reliability* adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya untuk diandalkan. Bila suatu alat dipakai dua kali untuk mengukur gejala yang sama dan hasil pengukuran yang diperoleh relatif konsisten maka alat tersebut reliabel. Untuk mengevaluasi *composite reliability* terdapat dua alat ukur yaitu *internal consistency* dan *cronbach's alpha*. Dalam pengukuran tersebut apabila nilai yang dicapai adalah $> 0,70$ maka dapat dikatakan bahwa konstruk tersebut memiliki reliabilitas yang tinggi.
- d) *Cronbach's alpha* merupakan uji reliabilitas yang dilakukan memperkuat hasil dari *composite reliability*. Suatu variabel dapat dinyatakan reliabel

apabila memiliki nilai *Cronbach's alpha* $> 0,7$ (Eisingerich & Rubera, 2010).

2) Analisa *Inner Model*

Analisa *Inner model* biasanya juga disebut dengan (*inner relation*, *structural model* dan *substantive theory*) yang mana menggambarkan hubungan antara variabel laten berdasarkan pada *substantive theory*. Analisa *inner model* dapat dievaluasi yaitu dengan menggunakan R^2 -*square* untuk konstruk dependen. Dalam pengevaluasian *inner model* dengan PLS (Partial Least Square) dimulai dengan cara melihat R^2 -*square* untuk setiap variabel laten dependen. Kemudian dalam penginterpretasiannya sama dengan interpretasi pada regresi. Perubahan nilai pada R^2 -*square* dapat digunakan untuk menilai pengaruh variabel laten independen tertentu terhadap variabel laten dependen apakah memiliki pengaruh yang substantive (Ghozali, 2008).

3) Pengujian Hipotesa

Dalam pengujian hipotesa dapat dilihat dari nilai t-statistik dan nilai probabilitas. Untuk pengujian hipotesis yaitu dengan menggunakan nilai statistik maka untuk alpha 5% nilai *t-statistics* yang digunakan adalah 1,96. Sehingga kriteria penerimaan/penolakan hipotesa adalah H_a diterima dan H_0 di tolak ketika *t-statistics* $> 1,96$. Untuk menolak/menerima hipotesis menggunakan probabilitas maka H_a di terima jika nilai *p-value* $< 0,05$ (Hussein, 2015).

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Perilaku partisipasi pasien, perilaku partisipasi tenaga kefarmasian dan komunikasi interpersonal berpengaruh terhadap kualitas hubungan komunikatif.
2. Perilaku partisipasi pasien, perilaku partisipasi tenaga kefarmasian dan komunikasi interpersonal berpengaruh terhadap hubungan komitmen.

B. Saran

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan antara lain: sampel yang diambil hanya pada pasien rawat jalan. Penelitian selanjutnya perlu di uji pada *setting* pasien yang berbeda yaitu pada pasien dengan penyakit yang lebih spesifik. Misalnya pada pasien penyakit degenerative. Penelitian selanjutnya perlu mempertimbangkan untuk mengukur variabel lain yang mempengaruhi kualitas hubungan komunikatif dan hubungan komitmen diluar variabel yang diukur dalam penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, Z., & Musa, R. (2014). The Effect of Trust and Information Sharing on Relationship Commitment in Supply Chain Management. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 130, 266–272. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.031>
- Andaleeb, S. S. (1998). Determinants of customer satisfaction with hospitals: A managerial model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11(6), 181–187. <https://doi.org/10.1108/09526869810231541>
- Aryanti, G. A. K. W., & Priastana, I. K. A. (2019). Modified Fagerstrom Tolerance Questionnaire (Adolescents) Indonesian Version: Validity and Reliability Study. *Indonesian Journal of Health Research*, 2(1), 16–22. <https://doi.org/10.32805/ijhr.2019.2.1.28>
- Barger, P. B., & Grandey, A. A. (2006). Service with a smile and encounter satisfaction: Emotional contagion and appraisal mechanisms. *Academy of Management Journal*, 49(6), 1229–1238. <https://doi.org/10.5465/AMJ.2006.23478695>
- Batubara, S. (2019). Pengaruh Relationship Quality Terhadap Loyalitas Pelanggan Pada Bengkel. *Jurnal ESTUPRO*, 4(2).
- Berry, D. (2007). *Health Communication: Theory and Practice*. Theory and Practice. New York: McGraw-Hill Education.
- Bertakis, K. D., & Azari, R. (2011). Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(3), 229–239.
- Bloemer, J. M. M. (2002). Store Satisfaction and Store Loyalty Explained by Customer- and Store-Related Factors. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 15.
- Boomsma, A., & Hoogland, J. J. (2001). The Robustness of LISREL Modeling Revisited. *Structural Equation Modeling Present and Future*, 139–168. <https://doi.org/10.1007/BF02294248>
- BPJS Kesehatan. (2017). *Pengelolaan Program dan Laporan Keuangan Jaminan Sosial Kesehatan*. 1–20.
- Chan, K. W., Yim, C. K., & Lam, S. S. K. (2010). Is customer participation in value creation a double-edged sword? evidence from professional financial services across cultures. *Journal of Marketing*, 74(3), 48–64. <https://doi.org/10.1509/jmkg.74.3.48>
- Cheraghi, M. A., Esmaili, M., & Salsali, M. (2017). Seeking Humanizing Care in

- Patient-Centered Care Process: A Grounded Theory Study. *Holistic Nursing Practice*, 31(6), 359–368. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000233>
- Chin, W. W. (1998). The partial least squares approach for structural equation modeling. *Modern Methods for Business Research*, (April), 295–336.
- Cifci, S. D., & Erdogan, B. Z. (2016). Antecedents and measurement of brand commitment and behavioural loyalty. *Journal Of Customer Behaviour*, 15(4), 321–336.
- Depkes RI. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 51 tahun 2009 Tentang Pekerjaan Kefarmasian. , 2 Departemen Kesehatan RI § (2009).
- DeVito, J. A. (2011). *Komunikasi antar pribadi*. Tangerang Selatan: Kharisma Publishing Book.
- Eisingerich, A. B., & Bell, S. J. (2006). Relationship marketing in the financial services industry: The importance of customer education, participation and problem management for customer loyalty. *Journal of Financial Services Marketing*, 10(4), 86–97. <https://doi.org/10.1057/palgrave.fsm.4760022>
- Eisingerich, A. B., & Rubera, G. (2010). Drivers of brand commitment: A cross-national investigation. *Journal of International Marketing*, 18(2), 64–79. <https://doi.org/10.1509/jimk.18.2.64>
- Ells, C., Hunt, M. R., & Chambers-Evans, J. (2011). "Relational Autonomy as an Essential Component of Patient-Centered Care.". *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 4(2), 79–101. <https://doi.org/10.3138/ijfab.4.2.79>
- Epstein, R. M., Street, R. L., Paulus, D., Van Den Heede, K., Mertens, R., Vrijens, F., ... Meeus, P. (2012). The Values and Value of Patient-Centered Care. *Patient Education and Counseling*, 68(2), 182.
- Fatmawati, T. (2016). Pengaruh Mutu Pelayanan Dokter Terhadap Loyalitas Pasien di RS PKU Muhammadiyah Bantul. *Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit*, 5(2), 150–156. <https://doi.org/10.18196/jmmr.5120>
- Febrianto, M. R., & Widiana, H. S. (2013). Efek Pelayanan Senyum, Salam, Sapa Petugas Kasir Terhadap Kepuasan Konsumen Supermarket. *Jurnal Psikologi Undip*, 12(1), 1–12. <https://doi.org/10.14710/jpu.12.1.1-12>
- Fitriasari, N., Rohman, F., & Koeswo, M. (2017). Pengaruh Loyalitas terhadap Komitmen dan Keinginan Bertahan Berobat pada Pasien Rawat Jalan. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 29(4), 364–368. <https://doi.org/10.21776/ub.jkb.20017.029.04.14>

- Galloway, R. D. (2003). Health promotion: causes, beliefs and measurements. *Clinical Medicine & Research*, 1(3), 249–258. <https://doi.org/10.3121/cm.1.3.249>
- Ghozali, I. (2008). *Structural Equation Modeling Metode Alternatif dengan PLS* (pp. 66–72). pp. 66–72. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Henseler, J., Ringle, C. M., & Sinkovics, R. R. (2009). The use of partial least squares path modeling in international marketing. *Advances in International Marketing*, 20(2009), 277–319. [https://doi.org/10.1108/S1474-7979\(2009\)0000020014](https://doi.org/10.1108/S1474-7979(2009)0000020014)
- Herman, M. J., Handayani, R. S., & Siahaan, S. A. (2013). Kajian Praktik Kefarmasian Apoteker pada Tatanan Rumah Sakit. *Kesmas: National Public Health Journal*, 7(8), 365. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v7i8.23>
- Hermawan, R. T. & H. S. (2017). Analisis Pengaruh Tingkat Pengalaman Dan Coaching Style Terhadap Kualitas Kepemimpinan Manajer Proyek Dalam Upaya Peningkatan Produktivitas Di Pt. Jc. *Jurnal PASTI*, XI(1), 84–97.
- Hobbs, J. L. (2009). A Dimensional Analysis of Patient-Centered Care. *Nursing Research*, 58(1), 52–62. <https://doi.org/10.1097/nnr.0b013e31818c3e79>
- Hudon, C., Fortin, M., Haggerty, J. L., Lambert, M., & Poitras, M.-E. (2011). Measuring Patients' Perceptions of Patient-Centered Care: A Systematic Review of Tools for Family Medicine Catherine. *Annals of Family Medicine*, 155–164.
- Hussein, A. . (2015). *Penelitian Bisnis dan Manajemen Menggunakan PLS (smart-PLS 3.0)*. 25.
- Hutagaol, D., & Sri Andayani, L. (2014). *The Factors Associated With Health Workers In Interpersonal Communication Satisfactions Of Outpatient Health Center Pandan Tapanuli District Middle Of 2014*. (128), 561–565.
- Ifmaily. (2006). *Analisis Pengaruh Persepsi Layanan Farmasi Pasien Unit Rawat Jalan Terhadap Minat Beli Obat Ulang di Instalasi Farmasi RSI. Ibnu Sina-YARSI Padang Tahun 2006*. Universitas Diponegoro.
- Kamangarpoor, S., & Shahmoradi, B. (2017). A Close Look at the Importance of Social Support on Relationship Quality and Social Commerce. *British Journal of Economics, Management & Trade*, 16(4), 1–11. <https://doi.org/10.9734/bjemt/2017/30606>
- Kemenkes RI. (2013). Buku Pegangan Sosialisasi JKN. In *Climate Change 2013 - The Physical Science Basis*.
- Kharismawati, N. L. (2015). *Hubungan Konsep Patient Centered Care dengan*

Mutu Pelayanan Kesehatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Bangli Medical Canthi di Kabupaten Bangli Tahun 2015.

- Maharani, N. A. D. (2013). *Pengaruh Kualitas Komunikasi Interpersonal Terhadap Tingkat Loyalitas Pelanggan (Studi Kasus Pada Pelanggan Kedai Kopi Espresso Bar Yogyakarta)*. 1–12.
- Mardiati, N., Wahyunita, S., & Widianti, R. D. A. (2018). *Hubungan Jenis Fasilitas Kesehatan Dan Status Kepesertaan Dengan Kepuasan Pasien Peserta Jkn Terhadap Pelayanan Kefarmasian : Studi Di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Kota Banjarbaru*. 1(2), 54–62.
- Maria, R. (2018). *Patient centered care di rumah sakit konsep dan implementasi (I)*. Yogyakarta: LP3M.
- Masturoh, I., & Anggita, N. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan (Pertama; P. P. S. D. M. Kesehatan, Ed.)*.
- Muchlis, M., & Dewanto, A. (2013). Pengaruh Kepercayaan , Kepuasan Pelanggan dan Komitmen Hubungan terhadap Citra Rumah Sakit di Kota Blitar. *Jurnal Aplikasi Manajemen*, 11(3), 469–480.
- Mulyana, D. (2008). *Komunikasi efektif: Suatu pendekatan lintas budaya*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Nataliansyah, M. M. (2014). *Partisipasi Pasien Di Eka Hospital Ditinjau Dari Perspektif Pasien: Studi Grounded Theory (Vol. 15)*.
- Nazir, M. (2005). *Metode penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- No.12, P. R. (2013). *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan*. Jakarta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nugroho Setiadi, J. (2013). *Perilaku Konsumen (edisi revisi) (Kencana Perdana Media Grup, Ed.)*. Jakarta.
- Nurmalasari. (2014). Pengaruh Kualitas Pelayanan Dan Citra Terhadap Kepuasan Mahasiswa Pada Akademi Kebidanan Aisyiyah Pontianak. *Jurnal Khatulistiwa Informatika*, 2(2), 184–197.
- Oisina, dkk. (2018). Korelasi Komunikasi Interpersonal Efektif & Kualitas Layanan Tim Medis terhadap Kepuasan Pasien. *Jurnal Komunikasi Islam*, 1(1), 129.
- Oliver, G., Liehr-gobbers, K., & Krafft, M. (2010). Handbook of Partial Least Squares. *Handbook of Partial Least Squares*, 691–711.

<https://doi.org/10.1007/978-3-540-32827-8>

- Permenkes RI No. 75. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014.* , (2014).
- Permenkes RI No.74. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2016.* , 23 § (2016).
- Pribadi, P., Kristina, S. A., & Syahlani, S. P. (2019). *The empirical test of pharmacist-patient relationship model in hospital pharmacy practice: Indonesia context ABSTRACT: 12(October), 4623–4627.*
<https://doi.org/10.5958/0974-360X.2019.00795.9>
- Rachbini, W. (2017). Peran Social Support Terhadap Relationship Quality dan Social. *Jurnal Ilmiah Manajemen, VII(3)*, 330–347.
- Rahmadiana, M. (2015). Komunikasi Kesehatan : Sebuah Tinjauan. *Journal Psikogenesis, 1(1)*, 88–94. Retrieved from <http://academicjournal.yarsi.ac.id/index.php/Jurnal-Online-Psikogenesis/article/view/38/pdf>
- Rahman, I., & Reynolds, D. (2016). Predicting green hotel behavioral intentions using a theory of environmental commitment and sacrifice for the environment. *International Journal of Hospitality Management., 52(January)*, 107–116. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2015.09.007>
- Rusmawati, A. (2016). *Upaya Meningkatkan Kemampuan Perawat Dalam Menerapkan Patient Centered Care (Pcc) Di Rumah Sakit.* Thesis. Semarang: Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- Salim, N. A., Susilowati, & Probandari, A. (2013). Evaluasi Efek Relationship Marketing Pada Pelayanan Skin Care di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Komunitas, 2(3)*, 122–127. <https://doi.org/10.25311/jkk.vol2.iss3.58>
- Sangadji, E. M. & S. (2018). *Perilaku Konsumen Pendekatan Praktis.* Yogyakarta: Andi.
- Santoso, S. (2012). *Panduan Lengkap SPSS Versi 20.* Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Shaller, D. (2007). Patient Centered Care What Does It Take? Common Wealth Fund. *Commonwealthfund, (1067)*. Retrieved from www.commonwealthfund.org.
- Singh, A. (2012). Impact of Perceived Service Quality on Customer Loyalty Intentions in Retail Outlets. *European Journal of Business and Management, 4(21)*, 138–149.

- Sugiyono, P. D. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan R &D*. Bandung: Alfabeta.
- Suhartono, Athiyah U, U. W. (2015). Analisis Hubungan Profesionalisme Apoteker dengan Praktek Asuhan Kefarmasian: Studi pada Kasus Terapi Diabetes di Apotek Wilayah Kabupaten Sidoarjo (Analysis of Relationship between Pharmacist Professionalism and Pharmaceutical Care Practice: Case Study o. *Jurnal Ilmu Kefarmasian Indonesia*, 13(2), 166–173.
- Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2002). “Individualised care” from patients’, nurses’ and relatives’ perspective - A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 39(6), 645–654. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00004-4](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00004-4)
- Thamrin, A., & Tantri, F. (2012). *Manajemen Pemasaran*. Depok: PT Raja Grafindo Persada.
- Uin, N., & Hidayatullah, S. (2011). *Pola Komunikasi Perawat Dan Pasien Rawat Inap Dalam Pelayanan Medis Di Rumah Sakit Universitas Islam Negeri (Uin) Syarif Hidayatullah Jakarta*.
- Wahyuningsih, N. (2009). Analisis lost Pasien Polinik Rawat Jalan Rumah Sakit Pertamina Jaya Tahun 2008. *Skripsi*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Wang, D., Liu, C., Zhang, Z., Ye, L., & Zhang, X. (2018). Testing a healthcare provider – patient communicative relationship quality model of pharmaceutical care in hospitals. *International Journal of Clinical Pharmacy*, (13).
- Wasisto B, Sudjana G, Zahir H, Sisi IP, Witjaksono M, Claramita M, et al. (2006). *Komunikasi Efektif Dokter-Pasien*. Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia.
- World Health Organization. (2013). Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks. In *WHO: Geneva*. <https://doi.org/978-92-890-0294-3>
- Worley, M. M. (2006). Testing A Pharmacist-Patient Relationship Quality Model Among Older Persons With Diabetes. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 2(1), 1–21.
- Wu, I. L., Chuang, C. H., & Hsu, C. H. (2014). Information sharing and collaborative behaviors in enabling supply chain performance: A social exchange perspective. *International Journal of Production Economics*, 148, 122–132. <https://doi.org/10.1016/j.ijpe.2013.09.016>
- Yamin, Sofyan & Kuniawan, H. (2011). *Generasi Baru Mengolah Data*

Penelitian dengan Partial Least Square Path Modeling. Jakarta: Salemba Infotek.

Yudha, M. K. (2014). Pengaruh Manfaat Keyakinan dan Dimensi Kepribadian Terhadap Loyalitas Pelanggan Melalui Relationship Quality (Studi pada Pelanggan Busana Muslimah di Kota Malang). *Jurnal Akuntansi, Bisnis Dan Manajemen (JABM)*, 21, 59.

Zaniarti, D. (2011). Hubungan Kualitas Pelayanan Kesehatan Dengan Kepuasan Pasien Rawat Inap Jamkesmas di Salatiga. *Skripsi*. Semarang: Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang.