

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN DENGAN  
KEPUASAN PASIEN DI INSTALASI RAWAT INAP RUMAH  
SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN MAJENE  
SULAWESI BARAT TAHUN 2012**

**ANDI DESTRIMAWASITA A. TJINTA**

**K III 08 563**



*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat  
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana*

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

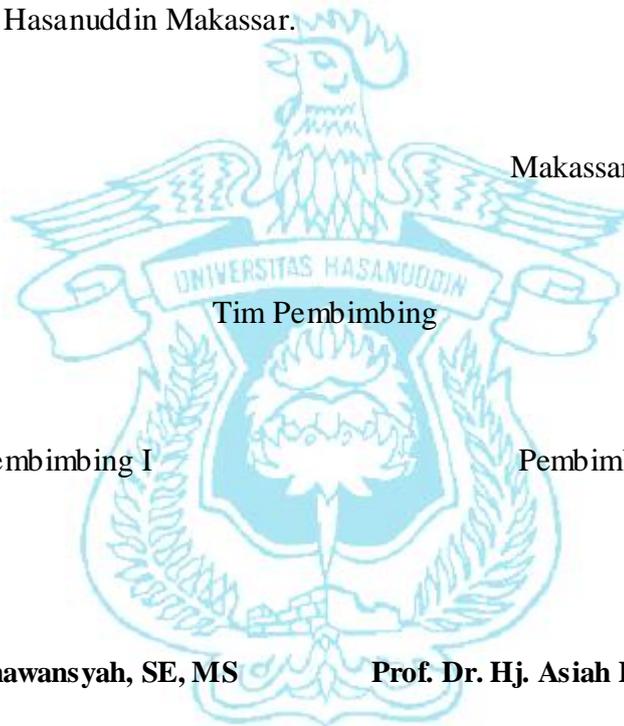
**MAKASSAR**

**2012**

## **PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji ujian skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat untuk mendapat gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Makassar, April 2012



Tim Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

**Dr. Darmawansyah, SE, MS**

**Prof. Dr. Hj. Asiah Hamzah, Dra, MA**

Mengetahui  
Ketua Bagian Administrasi Kebijakan Kesehatan  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Hasanuddin

**Dr. Darmawansyah, SE, MS**

## LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi  
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar Pada hari  
Kamis, 5 April 2012

Ketua : Dr. Darmawansyah, SE, MS (.....)

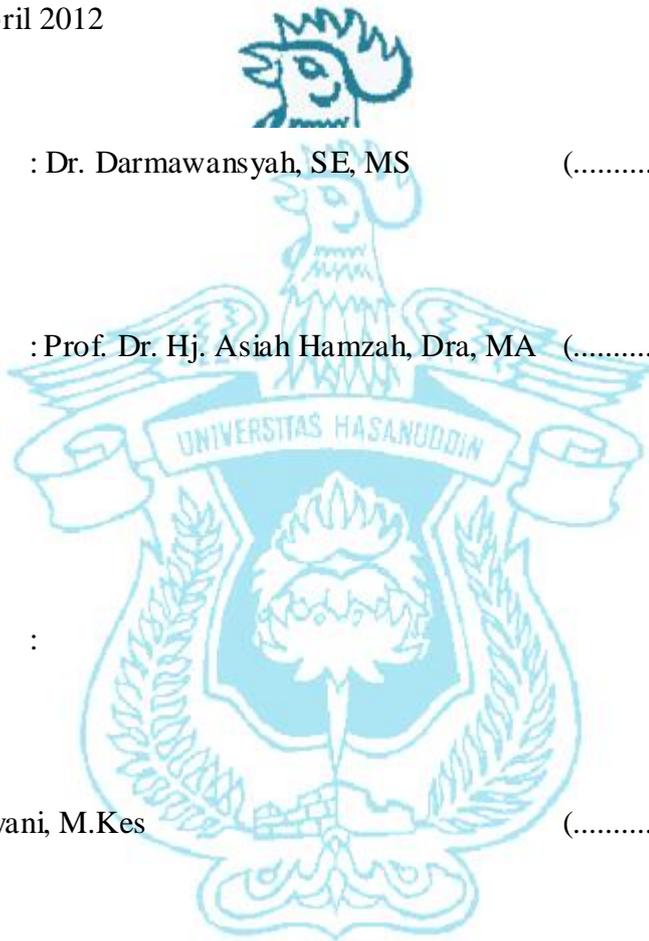
Sekretaris : Prof. Dr. Hj. Asiah Hamzah, Dra, MA (.....)

Anggota :

1. Ir. Nurhayani, M.Kes (.....)

2. Drs. H.M. Alwy Arifin, M. Kes (.....)

3. Jumriani Ansar, SKM, M. Kes (.....)



## **PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Andi Destrimawasita A. Tjinta

Nim : K11108 563

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan tulisan atau karya orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti bahwa pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Makassar, April 2012

Yang membuat pernyataan,

Andi Destrimawasita A. Tjinta

## RINGKASAN

Universitas Hasanuddin  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Skripsi, Maret 2012

ANDI DESTRIMAWASITA A. TJINTA

K III 08 563

**“HUBUNGAN KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN DENGAN KEPUASAN PASIEN DI INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT UMUM KABUPATEN MAJENE SULAWESI BARAT TAHUN 2012”**

xi + 69 Halaman + 13 Tabel + lampiran

Kualitas layanan kesehatan yang terdiri dari *Service Quality/kualitas layanan* dengan lima indikator yakni *tangible* (kenyataan), *empathy* (empati), *responsiveness* (ketanggapan), *assurance* (jaminan/kepastian), dan *reability* (kehandalan), *Product Quality/kualitas produk* dengan dua indikator *durability* (ukuran masa pakai), *estetika* (karakteristik bangunan) serta *Cost Quality/kualitas biaya* dengan dua indikator yakni *biaya penilaian* dan *biaya kegagalan* yang merupakan kualitas utama dalam melihat tingkat kepuasan pasien rawat inap di RSUD Kabupaten Majene.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan kualitas pelayanan kesehatan dengan kepuasan pasien di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Majene.

Metode penelitian ini adalah kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional study* yang bertujuan untuk mengetahui hubungan variable independen dengan dependen dimana pengukuran antara sebab dan akibat dalam waktu yang sama. jumlah sampel 90 responden dengan menyebarkan kuisioner serta menggunakan teknik *accidental sampling* yaitu pengambilan sampel dengan jalan mengambil individu siapa saja yang dapat dijangkau atau ditemui selama mendapatkan pelayanan di rawat inap RSUD Kabupaten Majene.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara *service quality/mutu layanan* dengan kepuasan pasien dimana nilai  $p$  (value)= 0,000

dengan nilai kekuatan hubungan ( $\phi$ ) 0,614 yang berarti hubungan kuat. Terdapat pula hubungan antara *product quality*/kualitas produk dengan kepuasan pasien dimana nilai  $p$  (value)= 0,001 dengan nilai kekuatan hubungan ( $\phi$ ) 0,410 yang berarti hubungan sedang, dan *cost quality*/kualitas biaya dengan kepuasan pasien dimana nilai  $p$  (value)= 0,000 dengan nilai kekuatan hubungan ( $\phi$ ) 0,494 yang berarti hubungan sedang.

Melalui penelitian ini disarankan hendaknya pihak rumah sakit lebih memperhatikan dan meningkatkan kualitas pelayanan dengan memperhatikan *service quality*/mutu layanan terutama pada saat petugas kesehatan memeriksa pasien, dan *product quality*/kualitas produk dalam hal adanya kejelasan informasi penggunaan obat serta *cost quality*/kualitas biaya dimana adanya jaminan biaya jika terjadi kesalahan yang diakibatkan oleh petugas kesehatan agar kepuasan pasien di RSUD Kabupaten Majene terpenuhi sesuai harapan.

**Kata Kunci :** Kualitas Pelayanan, Kepuasan Pasien, Rumah Sakit

**Jumlah Pustaka : 23 (1996-2011)**

## ABSTRACT

Hasanuddin University

Faculty of Public Health

Departement of Administration and Policy of Health

Skripsi, Maret 2012

ANDI DESTRIMAWASITA A. TJINTA

K III 08 563

“RELATIONSHIP QUALITY HEALTH CARE PATIENT  
SATISFACTION WITH INSTALLATION IN GENERAL INPATIENT  
HOSPITAL DISTRICT OF WEST SULAWESI MAJENE 2012”

(xi + 69 Pages + 13 Tables + Attachment)

**Background:** The quality of health care service consisting of quality/quality of service with five indicators of the tangible, empathy, responsiveness, assurance, and reliability, product quality/quality product with two indicators of durability and aesthetics as well as the cost quality the two indicators of the quality of the assessment fee and the cost of failure is the main quality level of satisfaction in seeing inpatients in hospitals Majene district.

**Purpose:** To determine the relationship of quality health care with patient satisfaction in inpatient installation District General Hospital Majene.

**Methods:** This research method is a quantitative approach to cross-sectional study aimed to determine the independent relationship with the dependent variable in which the measurements between cause and effect in the same time. sample of 90 respondents with a number of questionnaires and deploy using accidental sampling technique that is sampling by taking individual who can be reached or found during a service at the district hospital inpatient Majene.

**Results:** The study found a relationship between service quality with patient satisfaction which the  $p$  value) = 0.000 with the strength of the relationship ( $\phi$ ) 0.614, which means strong ties. There is also a relationship between product quality with patient satisfaction where the of  $p$  (value)= 0.001 with the strength of the relationship ( $\phi$ ) is 0.410 which means ties, and cost quality to the satisfaction

of patients where the  $p$  (value)= 0.000 with the strength of the relationship ( $\phi$ ) which means the relationship is 0.494.

**Advice:** The advice given is the hospital should pay more attention to and improve the quality of care with respect to the Service Quality, especially when health workers examined the patient, and Product Quality in terms of clarity of information and drug use Cost Quality where the guarantee fee in case of errors caused by health care workers in hospitals for patient satisfaction Majene district met as expected.

**Keyword:** Service Quality, patient satisfaction, Hospitals

**Number of References:** 23 (1996-2011).

## KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Wr.Wb

Puji syukur kehadiran ALLAH SWT atas limpahan ilmu, karunia dan hidayah-Nya sehingga penulisan Tugas Akhir Skripsi ini dapat diselesaikan. Adapun penyusunan skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan studi menempuh jenjang S1 pada Jurusan Administrasi & Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Penyusun menyadari bahwa terselesainya acuan ini berkat bantuan dari berbagai pihak, maka pada kesempatan yang baik ini penyusun mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Kedua Orang Tuaku, **Drs. H. M. Tasrif A. Tjinta** dan **Hj. Triwani Burhanuddin, SE** atas limpahan kasih sayang dan perhatian yang tak pernah usai, semoga mereka senantiasa berada dalam lindungan ALLAH SWT.
2. Adikku **Andi Devalty A. Tjinta**, terima kasih atas do'a dan perhatiannya.
3. Bapak **Dr. Darmawansyah, SE, MS** selaku Pembimbing I dan Ibu **Prof. Dr. Hj. Asiah Hamzah, Dra, MA** selaku Pembimbing II yang telah bersedia meluangkan waktu memberikan arahan dan bimbingan sejak penyusunan proposal hingga penulisan skripsi ini.
4. Ibu **Ir. Nurhayani, M. Kes** dan Bapak **Drs. H.M. Alwy Arifin, M. Kes** selaku Penguji dari AKK serta Ibu **Jumriani Ansar, SKM, M. Kes** selaku penguji dari Epidemiologi

yang telah bersedia meluangkan waktu dalam memberikan masukan dalam penyusunan skripsi.

5. Ibu **Indra Fajarwati Ibnu, SKM, MA** selaku Penasehat Akademik yang telah memberikan arahan selama penulis mengikuti pendidikan di FKM UNHAS.
6. Bapak **Prof. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH** selaku dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin beserta para dosen dan staf.
7. Para dosen Fakultas kesehatan Masyarakat khususnya dosen-dosen Jurusan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan atas bimbingan pendidikan selama kuliah.
8. Staf Jurusan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, **Kak Hera, Kak Ririn, Pak Salim** dan **Kak Ros** atas segala bantuannya dalam menghadapi seminar-seminar dan ujian skripsi serta staf Akademik **Kak Ipin** atas bantuannya dalam kelancaran urusan administrasi.
9. Direktur dan staf RSUD Kabupaten Majene atas bantuan dan kerjasama yang telah diberikan dalam proses penelitian ini.
10. Teman-teman PBL Kaluku Bo'doa , Teman-teman KKN Kessing, dan teman-teman Magang Jamsostek Kota Makassar.
11. Saudara-saudaraku di Kos Antara khususnya **Om Lukman, Rani, Diana, Sari, Caya, A'na** dan **Salni** yang selalu menemaniku begadang.
12. Keluarga besar Romusa, teman seperjuangan dari tahun 2008 until end yag tak kan pernah terlupakan. Kisah kita akan menjadi sebuah kisah klasik untuk masa depan yang akan selalu ku rindukan.
13. Sahabat-sahabatku tersayang **Marwah, Fahria, Reny, Isma, Imma, Najo, Vita, Uchy, Mutma, Hasra, Samhan, Ade, Rahmiani, Jayyi, Adhi, n' Ikha.**

14. Anggota Ikatan Mahasiswa Mandar Majene Indonesia (Im3i) dan anak-anak ILSA 08 (alumni SMA Neg. 1 Majene angkatan 2008).
15. Special to **Muh. Arswin Aras, ST** atas bantuannya, semangat dan cinta yang diberikan.

Semua pihak yang telah membantu baik dari segi moril maupun material, yang tidak dapat disebutkan satu per satu. Penyusun menyadari bahwa penyusunan skripsi ini masih jauh dari sempurna karena keterbatasan waktu, pengalaman, dan pengetahuan. Oleh karena itu penyusun sangat memerlukan kritik dan saran yang bersifat membangun agar penulisan ini menjadi lebih sempurna dan dapat memberikan manfaat bagi setiap orang yang membutuhkan.

Wassalamu`alaikum Wr.Wb

Makassar, April 2012

**Penulis**

## DAFTAR ISI

Halaman

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	
i	
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	
ii	
<b>RINGKASAN</b> .....	
iii	
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	
iv	
<b>DAFTAR ISI</b> .....	
vii	
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	
ix	
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	
xi	
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	
1	
B. Rumusan Masalah .....	
9	
C. Tujuan Penelitian .....	
9	

D. Manfaat Penelitian .....	
10	

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

A. Tinjauan Umum Tentang Kualitas Pelayanan.....	
11	
B. Tinjauan Umum Tentang Kepuasan Pasien.....	
14	
C. Tinjauan Umum Tentang Rawat Inap.....	
18	
D. Tinjauan Umum Tentang Rumah Sakit .....	
20	

## **BAB III KERANGKA KONSEP**

A. Dasar Pemikiran Variabel Yang Diteliti .....	
24	
B. Pola Pikir Variabel Yang Diteliti .....	
26	
C. Definisi Operasional dan Kriteria Obektif .....	
28	
D. Hipotesis Penelitian .....	
36	

## **BAB IV METODE PENELITIAN**

A. Jenis Penelitian .....	
38	

B. Lokasi Penelitian .....	
38	
C. Populasi dan Sampel .....	
38	
D. Pengumpulan Data .....	
40	
E. Pengolahan dan Penyajian Data .....	
41	
F. Analisis Data dan Pengujian Hipotesa .....	
42	

## **BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN**

A. Gambaran Umum Lokasi .....	
44	
B. Hasil Penelitian .....	
44	
C. Pembahasan .....	
57	
D. Keterbatasan Penelitian .....	
66	

## **BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN**

A. Kesimpulan .....	
67	

B. Saran .....  
.....

68

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

### Tabel

#### Halaman

1. Distribusi Kepegawaian RSUD Kabupaten Majene Tahun 2011  
47
2. Distribusi Responden Menurut Umur Pada Unit Rawat Inap  
48  
Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Majene Tahun 2012
3. Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin Pada Unit Rawat Inap  
49  
Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Majene Tahun 2012
4. Distribusi Responden Menurut Status Perkawinana Pada Unit Rawat Inap  
49  
Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Majene Tahun 2012
5. Distribusi Responden Menurut Pendidikan Pada Unit Rawat Inap  
50  
Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Majene Tahun 2012
6. Distribusi Responden Menurut Pekerjaan Pada Unit Rawat Inap  
51  
Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Majene Tahun 2012

7. Distribusi Responden Tentang *Service Quality*/Mutu Layanan Pada  
52  
Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Majene Tahun 2012
8. Distribusi Responden Tentang *Product Quality*/Kualitas Produk Pada  
52  
Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Majene Tahun 2012
9. Distribusi Responden Tentang *Cost Quality*/Kualitas Biaya Pada  
53  
Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Majene Tahun 2012
10. Distribusi Responden Tentang Kepuasan Pasien Pada  
54  
Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Majene Tahun 2012
11. Hubungan Kepuasan Pasien dengan *Service Quality*/Mutu Layanan  
54  
Pada Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Majene Tahun 2012
12. Hubungan Kepuasan Pasien dengan *Product Quality*/Kualitas Produk  
55  
Pada Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Majene Tahun 2012
13. Hubungan Kepuasan Pasien dengan *Cost Quality*/Kualitas Biaya  
56  
Pada Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Majene Tahun 2012

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 : Kuesioner Penelitian
- Lampiran 2 : Master Tabel
- Lampiran 3 : Hasil Analisis Data SPSS
- Lampiran 4 : Surat Izin Pengambilan Data Awal dari FKM UNHAS
- Lampiran 5 : Surat Izin Penelitian dari FKM UNHAS
- Lampiran 6 : Surat Izin Penelitian dari Pemerintah Kabupaten Majene Cq.  
Badan  
Kesbang Pol dan Linmas
- Lampiran 7 : Surat Keterangan Selesai Meneliti dari RSUD Kabupaten Majene
- Lampiran 8 : Foto-foto Kegiatan
- Lampiran 9 : Daftar Riwayat Hidup

]

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Pelayanan kesehatan adalah bagian penting dari hak asasi manusia. UUD RI 1945 mencantumkan pelayanan kesehatan merupakan tanggung jawab pemerintah untuk mengadakannya secara berkeadilan bagi seluruh masyarakat Indonesia ( UUD 1945 pasal 34 Ayat 2). Paradigma pelayanan rumah sakit milik pemerintah pada masa awalnya murni diberikan oleh negara untuk tujuan sosial. Model pelayanan sosial tersebut mulai berubah bertahap setelah tahun 1997 setelah krisis ekonomi melanda Indonesia (Thabrany,2000). Pihak manajemen setelah krisis ekonomi mulai menanggapi bahwa pelayanan rumah sakit harus dapat menghasilkan sedikit dana operasional dari sisa hasil usaha, karena kalo tidak demikian, pengembangan manajemen sulit dilaksanakan.

Sesuai dengan Undang-undang kesehatan bahwa pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional. Dalam Undang-undang No 23 Tahun 1992 tentang kesehatan ditetapkan bahwa kesehatan adalah : sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Tujuan pembangunan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang optimal ( UU Kesehatan 1992).

Rumah Sakit adalah suatu tempat yang terorganisasi dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi pasien, baik yang bersifat dasar, spesialisik maupun subspecialistik. Selain itu Rumah Sakit juga sebagai sarana upaya perbaikan kesehatan yang melaksanakan pelayanan kesehatan secara keseluruhan yang memberikan pelayanan kuratif maupun preventif serta menyelenggarakan pelayanan rawat jalan dan rawat inap. (Supriyanto dan Ernawaty, 2010: 31).

Dalam pelayanan rumah sakit, petugas, yang sangat banyak mendapatkan perhatian dari pasien, yaitu dokter dan perawat karena sangat berhubungan dengan kepuasan pasien. Kehadiran dan sentuhan pelayanan perawat mempunyai proporsi pelayanan yang terbesar di rumah sakit, sehingga tanpa mengabaikan pelayanan petugas yang lain, maka pelayanan dokter dan perawat tentu saja merupakan pelayanan yang seharusnya mendapatkan perhatian lebih besar bagi manajemen rumah sakit. ( Hikmayani, 2006).

Menurut Supriyanto dan Ernawaty (2010: 303) kepuasan pelanggan terjadi apabila apa yang menjadi kebutuhan, keinginan, atau harapan pelanggan dapat anda penuhi. Kepuasan pelanggan adalah perasaan senang atau puas bahwa produk atau jasa yang diterima telah sesuai atau melebihi harapan pelanggan. Selain itu, kepuasan pelanggan menurut model kebutuhan ialah suatu keadaan ketika kebutuhan, keinginan, dan harapan pasien dapat dipenuhi melalui produk/ jasa yang dikonsumsi. Oleh karena itu, kepuasan

pasien adalah rasio kualitas yang dirasakan oleh pasien dibagi dengan kebutuhan, keinginan, dan harapan pasien.

Penelitian yang dilakukan diberbagai rumah sakit di Indonesia seperti yang dilakukan oleh BA. Malachele (2011) dalam penelitiannya dengan pasien di instalasi rawat inap menemukan bahwa beberapa keluhan pasien terhadap pelayanan selama berobat di rumah sakit, mulai dari rumitnya prosedur administrasi, pengambilan obat di rumah sakit sampai cara kerja petugas, seperti : (1) Prosedur berobat terlalu rumit, (2) Tidak ada informasi yang jelas tentang petunjuk berobat, (3) Fasilitas dan kurangnya pelayanan(4) Terlalu rumitnya prosedur pengambilan obat, contohnya bagi penderita penyakit menahun, pengambilan obat yang dimaksud harus diulang tiap 10 hari dengan proses yang sama, (5) Kurangnya pelayanan petugas apotik terhadap waktu tunggu yang terlalu lama yang mempunyai hubungan dengan kepuasan pasien.

Menurut Zeithaml, Barry dan Pasuraman “*Penjaminan Mutu pelayanan Kesehatan dan aksep Tabilitasnya*” bahwa *Service Quality* terbagi atas 5 indikator yang digunakan oleh pelanggan dalam mengevaluasi kualitas jasa layanan, antara lain: *tangible* (kenyataan), *empathy* (empati), *responsiveness* (ketanggapan), *assurance* (jaminan/kepastian), dan *reability* (kahandalan) (Bustamin, 2011:5).

***Tangible (penampilan fisik)***, yaitu berupa penampilan fasilitas fisik, peralatan materi komunikasi yang menarik, dan lain-lain. Dalam memberikan bukti fisik sebagai media awal bagi pasien untuk melihat secara

nyata pertama kali apa yang ada, baik itu mengenai penampilan petugas maupun tentang saranafisik yang digunakan diruangan. Hasil penelitian A. muniarti (2006) menunjukkan dengan dimensi tangible yang sebesar 90,5% pasien puas dengan pelayanan perawat di instalasi rawat inap RSUD Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu kabupaten bantaeng. ([www.suaramerdeka.com](http://www.suaramerdeka.com)).

***Empathy (empati)***, yaitu kemudahan dalam melakukan hubungan komunikasi yang baik, perhatian pribadi dan memahami kebutuhan pasien . Dalam memberikan kemampuan untuk mengerti sepenuhnya tentang kondisi dan perasaan pasien (konsumen).Petugas memandang melalui pemandangan pasien, merasakan melalui perasaan pasien, kemudian mengidentifikasi masalah pasien serta membantu pasien mengatasi masalah tersebut. Jadi seseorang yang memiliki empati yang tinggi akan bermotivasi secara tinggi untuk menolong orang lain. Penelitian Rahmi (2006) tentang analisis hubungan antara kualitas pelayanan dengan kepuasan pasien rawat inap di Rumah Sakit Lanto Daeng Pasewang kabupaten Jeneponto tahun 2006, dimana menunjukkan dengan empathy yang sesuai sebesar 93% responden menyatakan puas dengan pelayan yang diberikan ([www.poskota.co.id](http://www.poskota.co.id)).

***Responsiveness (ketanggapan)***, yaitu keinginan atau ketersediaan pemberi pelayanan untuk memberikan pelayanan selama perawatan. Dyah Listiana (2006) dalam penelitiannya di RSUD Tenriwaru Kabupaten Bone menemukan dengan kesesuaian dimensi responsiveness maka sebesar 73% pasien menyatakan puas dengan pelayanan kesehatan di instalasi rawat inap (Mardi Santosa,1999 Harian bina Baru).

**Assurance (jaminan/kepastian)**, yaitu keinginan atau kesediaan petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan yang telah di janjikan. Penelitian Rahmi (2006) di instalasi rawat inap RSUD lanto Daeng Pasewang kabupaten Jeneponto, di peroleh bahwa dengan dimensi assurance yang sesuai maka sebesar 95,8% pasien menyatakan puas terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan. ([www.detiknews.com](http://www.detiknews.com)).

**Realibility (kahandalan)**, yaitu kemampuan untuk memberikan jasa sesuai dengan yang dijanjikan, terpercaya, akurat dan konsisten. Hasil penelitian Dyah Listiana (2006) menunjukkan dengan dimensi reability yang sesuai sebesar 93,5% pasien menyatakan puas dengan pelayanan yang diberikan oleh perawat dibagian rawat inap RSUD Tenriawaru kabupaten Bone. (<http://www.tempointeraktif.com>).

Menurut David Garvin (1987) “Total Quality Management” Mendefinisikan dua indikator yang dapat digunakan untuk menganalisis karakteristik *Product Quality*/Kualitas Produk, (Vincent Gaspersz:37) sebagai Berikut :

**Durabilty**, yaitu ukuran masa pakai produk, yang memiliki masa pakai yang lebih panjang tentu akan merupakan salah satu karakteristik kualitas produk yang dipertimbangkan oleh pelanggan (pasien) ketika akan membeli (obat). Hasil penelitian yang dilakukan oleh dr. Kartono Muhammad (2001) 192.000 pasien di cina meninggal dunia setelah menggunakan obat palsu dan obat kadaluarsa. Di Indonesia memang belum ada laporan separah itu, namun jika peredaran obat palsu dan obat kadaluarsa terus dibiarkan meraja lelah,

suatu saat hal serupa bisa terjadi. WHO memperkirakan peredaran obat palsu mencapai 10% ([www.scribd.com/25448278](http://www.scribd.com/25448278))

*Estetika*, yaitu Karakteristik yang bersifat subjektif sehingga berkaitan dengan pertimbangan pribadi dan refleksi dari preferensi atau pilihan individual, dengan demikian estetika lebih banyak berkaitan dengan perasaan pribadi dan mencakup karakteristik tertentu. Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Renzo Piano (2005) Rumah sakit anak-anak penderita “Neuromuscular disorder”(epilepsi) yang dibuat dengan ide dasar “Bahtera Nuh” (Noah’s Ark) yang menceritakan bagaimana Nuh membawa dan merawat bermacam-macam binatang dalam bahteranya melalui badai dan banjir besar. Dan interpretasi pada kenyataannya yaitu sebagai tempat penampungan dan perawatan anak-anak dari berbagai usia, latar belakang, dan jenis penyakit yang cukup beragam ternyata estetika tersebut mendapat respon dari pasien epilepsi sebesar 75% mengatakan puas. ([www.energy.savers.com](http://www.energy.savers.com))

Menurut Campanella (1990) dalam “Total Quality Management” Mendefinisikan dua indikator yang dapat digunakan untuk menganalisis karakteristik *Cost Quality*/kualitas biaya, (Campanella:357) sebagai Berikut :

**Biaya Penilaian** adalah biaya yang dikeluarkan pada akhir proses untuk mengevaluasi dan melaksanakan inspeksi terhadap pelaksanaan proses agar kualitas produk dan layanan yang diberikan dapat dijaga sesuai keinginan dan kebutuhan konsumen. Hasil penelitian Rahmat Nurcahyo di salah satu Rumah Sakit Di Jakarta mengatakan bahwa 60% biaya penilaian

dibutuhkan dalam melakukan pemeliharaan peralatan medis untuk menunjang kepuasan pasien. Sehingga nantinya pasien mengeluarkan biaya yang sesuai dengan apa yang diinginkan selama dirawat. ([www.kompas.com](http://www.kompas.com))

**Biaya Kegagalan**, yaitu biaya yang dapat diidentifikasi setelah pelayanan dan produk yang tidak sesuai diterima oleh konsumen. Biasanya kualitas pelayanan ini baru disadari setelah menerima keluhan dari konsumen. Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Suzanti Amalia (2007) di RSUD Polewali 40%, adanya petugas rumah sakit melakukan kesalahan prosedur misalnya dalam hal penanganan pasien dan pemberian obat pada pasien sehingga pasien merasa tidak puas. ([www.kompas.com](http://www.kompas.com)).

Berdasarkan profil Rumah Sakit Umum Daerah Majene pemanfaatan fasilitas rumah sakit pada bagian instalasi rawat inap mengalami penurunan. Hal ini dapat dilihat dari jumlah pasien instalasi rawat inap pada tahun 2009 tercatat sebanyak 4.144 pasien, kemudian angka ini mengalami penurunan pada tahun 2010 yaitu sebanyak 3.852 pasien, pada tahun 2011 jumlah pasien berbanding sama dengan jumlah pasien pada tahun 2009 yaitu 4.144 pasien. Apabila di bandingkan dengan indikator yang menunjukkan tingkat efisiensi pelayanan rumah sakit justru mengalami ketidakstabilan.

Hal ini dapat kita lihat pada indikator penggunaan tempat tidur (Bed Occupancy Rate). Pada tahun 2009 BOR-nya sebesar 70,16% dengan jumlah tempat tidur 70 buah. Sedangkan pada tahun 2010 BOR-nya 73,68% dengan jumlah tempat tidur 80 buah. Namun pada tahun 2011 BOR-nya mengalami penurunan yaitu 70,24% dengan jumlah tempat tidur 80 buah, justru

mengalami penurunan sebesar 3,44%. Menurut Kepmenkes RI nomor 129/Menkes/SK/II/2008 standar BOR rumah sakit Indonesia 75-90%.

Selain itu masih banyak masalah yang timbul di rumah Sakit Umum Daerah Majene antara lain adanya dijumpai alat – alat kesehatan yang masih baik justru disimpan didalam gudang padahal terkadang pasien membutuhkannya, misalnya alat- alat operasi ataupun tempat tidur. (Adiakshan, Anggota DPRD, 2010).

Sealain itu pula adanya stok obat yang terdapat digudang maupun di apotik RSUD ternyata masih cukup banyak sehingga terkadang keluarga pasien membeli obat di luar apotik RSUD Majene. Bahkan tindakan yang paling fatal adalah penerapan tarif kepada pasien yang sudah baik terkadang disalah gunakan dengan tidak dilengkapi kwitansi pada pasien. Hal tersebut sudah dianggap sebagai pelanggaran sebab Pemkab. Majene menggancurkan program kesehatan gratis kepada warga kurang mampu.(Bakri, pasien 2011)

Sejumlah keluarga pasien berharap direktur RSUD membenahi sistem yang diterapkan sehingga tidak ada lagi keluhan-keluhan, pelayanan kesehatan harus dimaksimalkan untuk membuktikan bahwa penerapan gratis betul-betul berjalan.

Dengan memperhatikan uraian latar belakang diatas dan untuk pengembangan pelayanan kesehatan dimasa datang khususnya RSUD Majene maka penulis melakukan penelitian tentang “Hubungan Kualitas Pelayanan Kesehatan Dengan Kepuasan Pasien Di Instalasi Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Kabupaten Majene”.

## **A. Rumusan Masalah**

Dari uraian latar belakang di atas dapat dirumuskan masalah penelitian yaitu :

1. Apakah ada hubungan *Service Quality*/Mutu Layanan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Majene dengan Kepuasan Pasien?
2. Apakah ada hubungan *Product Quality*/Kualitas Produk di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Majene dengan kepuasan pasien?
3. Apakah ada hubungan *Cost Quality*/Kualitas Biaya di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Majene dengan kepuasan pasien?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **a. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui hubungan kualitas pelayanan kesehatan dengan kepuasan pasien di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Majene.

### **b. Tujuan Khusus**

1. Untuk mengetahui Hubungan *Service Quality*/mutu layanan Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Majene dengan kepuasan pasien.

2. Untuk mengetahui Hubungan *Product Quality*/Kualitas Produk Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Majene dengan Kepuasan Pasien.
3. Untuk mengetahui Hubungan *Cost Quality*/Kualitas Biaya Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Majene Dengan Kepuasan Pasien.

#### **D. Manfaat Penelitian**

a. Manfaat Teoritis

Dapat memperkaya ilmu pengetahuan khususnya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dengan kepuasan pasien.

b. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini merupakan salah satu bahan informasi dan masukan bagi rumah sakit umum daerah Kabupaten Majene Sulawesi Barat dalam rangka mengetahui kualitas pelayanan dengan tingkat kepuasan pasien di masa yang akan datang.

c. Manfaat Peneliti

Merupakan pengalaman berharga dalam memperluas wawasan dan pengetahuan tentang hubungan kualitas pelayanan kesehatan dengan kepuasan pasien melalui penelitian lapangan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum Tentang Kualitas Pelayanan**

Kata kualitas atau mutu memiliki banyak definisi yang berbeda, dan bervariasi dari yang konvensional sampai yang lebih strategi. Definisi konvensional dari kualitas (mutu) biasanya menggambarkan karakteristik langsung dari suatu produk seperti: performansi (performance), keandalan (reliability), mudah dalam penggunaan (ease of use), estetika (esthetics), dan sebagainya. Sedangkan pada definisi strategik, yang menyatakan bahwa kualitas adalah segala sesuatu yang mampu memenuhi keinginan atau kebutuhan pelanggan (meeting the needs of customers) Vincent (2005: 4).

Dalam ISO 8402 (Quality Vocabulary), kualitas didefinisikan sebagai totalitas dari karakteristik suatu produk yang menunjang kemampuannya untuk memuaskan kebutuhan yang dispesifikasikan atau ditetapkan. Kualitas seringkali diartikan sebagai kepuasan pelanggan (customer satisfaction) atau konformansi terhadap kebutuhan atau persyaratan (conformance to the requirements). Disamping pengertian kualitas (mutu) seperti telah disebutkan, kualitas juga dapat diartikan sebagai segala sesuatu yang menentukan kepuasan pelanggan dan upaya perubahan ke arah perbaikan terus-menerus sehingga dikenal istilah : Q-MATCH (Quality = Meets Agreed Terms and Changes). Vincent (2005: 4-5).

Berdasarkan definisi tentang kualitas baik yang konvensional maupun yang lebih strategis, kita boleh menyatakan bahwa dasarnya kualitas mengacu kepada pengertian pokok berikut:

1. Kualitas terdiri dari sejumlah keistimewaan produk, baik keistimewaan langsung maupun keistimewaan atraktif yang memenuhi keinginan pelanggan dan dengan demikian memberikan kepuasan atas penggunaan produk itu.
2. Kualitas terdiri dari segala sesuatu yang bebas dari kekurangan atau kerusakan.

Secara umum, mutu (quality) dapat didefinisikan sebagai keseluruhan karakteristik barang atau jasa yang menunjukkan kemampuannya dalam memuaskan kebutuhan konsumen, baik berupa kebutuhan yang dinyatakan maupun kebutuhan yang tersirat. Jadi mutu pelayanan kesehatan menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, dimana di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, akan tetapi di pihak lain dalam tata cara penyelenggaraannya juga sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesi yang telah ditetapkan ( Satrianegara & Saleha, 2009: 140).

Menurut Bustami (Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan 2011:21) Suatu standar pelayanan haruslah valid, artinya ada kaitan yang kuat antara standar di inginkan bisa tercapai. Standar harus ditulis dengan jelas sehingga petugas tidak salah menterjemahkannya kedalam pelayanan. Dalam pelayanan, standar harus berkembang sesuai dengan konsep kaizen

(continuous improvement), artinya jika suatu standar yang sudah ditetapkan tercapai dengan baik, maka standar harus ditingkatkan dan begitu seterusnya sehingga ketercapaian ideal dapat diwujudkan.

Dalam pelaksanaannya agar standar yang sudah ditetapkan bisa dicapai, maka diperlukan prosedur tetap (Protap) atau *standard operating procedure* (SOP). Untuk mengukur tercapainya atau tidaknya standar, maka di gunakan indikator yang menunjuk kepada kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan. Standar dapat dibedakan atas:

a. Standar Masukan

Standar masukan dapat berupa tenaga, peralatan, fasilitas, sumber dana, bahan, organisasi, dan sebagainya.

b. Standar Proses

Standar proses berfokus pada interaksi profesi dengan pasien/konsumen/masyarakat dan digunakan menilai pelaksanaan proses pelayanan kesehatan dan merupakan kinerja pelayanan kesehatan.

c. Standar Keluaran

Standar keluaran merupakan ketentuan ideal yang menunjuk pada hasil langsung pelayanan. Karena menunjuk pada hasil keluaran, maka standar keluaran sering juga disebut dengan standar penampilan.

d. Standar Hasil

Standar hasil merupakan hasil intervensi pelayanan kesehatan terhadap konsumen/pasien/masyarakat. Standar hasil biasanya

ditentukan oleh pihak ketiga, bukan oleh pemberi pelayanan atau sarana pelayanan kesehatan.

Standar dalam penjamin mutu pelayanan kesehatan bukanlah tujuan akhir, tetapi merupakan alat untuk menjamin pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, standar harus terintegrasi kedalam penjaminan mutu pelayanan kesehatan dengan cara menyebarluaskan standar, memasyarakatkan standar, dan menetapkan standar.

Dalam pelayanan kesehatan dibagi menjadi tiga elemen dasar mutu yaitu:

- 1) **Layanan Teknik** (Technical care) yaitu penerapan ilmu dan teknis bagi kedokteran atau ilmu kesehatan lainnya ke dalam penanganan masalah kesehatan.
- 2) **Layanan Interpersonal** (Interpersonal care) yaitu manajemen interaksi sosial dan psikososial antara pasien dan praktisi kesehatan lainnya, misalnya dokter dan perawat
- 3) **Kenyamanan** (Amenities) yaitu menggambarkan berbagai kondisi seperti ruang tunggu yang menyenangkan, ruang periksa yang nyaman, dan lain-lain (Satrianegara dan Saleha, 2009: 115).

## **B. Tinjauan Umum Tentang Kepuasan Pasien**

### **1. Definisi Kepuasan Pasien**

Woordruff dan Gardial (2002) mendefinisikan kepuasan sebagai model kesenjangan antara harapan (standar kinerja yang seharusnya) dengan

kinerja nyata yang diterima pelanggan (pasien) (S.Suprianto dan Ernawaty, 2010: Hal. 311).

Dibawah ini dijelaskan beberapa pengertian kepuasan pelanggan(pasien) oleh beberapa ahli :

- a. Day (Dalam Tse dan Wilton, 1998) dan Fandy Tjiptono (1996):

Kepuasan atau tidak puasan pelanggan adalah respon pelanggan terhadap evaluasi ketidaksesuaian dan dikonfirmasi yang disesuaikan antara harapan sebelumnya (Norma kinerja lainnya) dan kinerja aktual yang dirasakan setelah pemakaiannya.

- b. Kotler (1994)

Kepuasan adalah tingkat kepuasan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakan dibandingkan dengan harapannya.

- c. Engel, et al dalam fandy Tjiptono (1996)

Kepuasan pelanggan merupakan evaluasi pembeli dimana alternatif yang dipilih sekurang-kurangnya memberikan hasil (out come) sama atau melampaui harapan pelanggan, sedangkan ketidakpuasan timbul apabila hasil yang diperoleh tidak memenuhi harapan pelanggan.

Kepuasan pelanggan (pasien) menurut model kebutuhan ialah suatu keadaan ketika kebutuhan, keinginan dan harapan pasien dapat dipenuhi melalui produk/jasa yang dikonsumsi (S.Supriyanto dan Ernawaty, 2010).

Menurut Zeithaml, Barry dan Parasuraman "*Penjaminan Mutu pelayanan Kesehatan dan akseptabilitasnya*" mengidentifikasi lima kelompok karakteristik yang digunakan oleh pelanggan dalam mengevaluasi

kualitas jasa layanan, antara lain: *tangible* (kenyataan), *empathy* (empati), *responsiveness* (ketanggapan), *assurance* (jaminan/kepastian), dan *reability* (kahandalan) (Bustamin, 2011:5).

1. *Tangible* (kenyataan), yaitu berupa penampilan fasilitas fisik, peralatan materi komunikasi yang menarik, dan lain-lain;
2. *Empati*, yaitu kesediaan karyawan dan pengusaha untuk memberikan perhatian secara pribadi kepada konsumen;
3. Cepat tanggap, yaitu kemauan dari karyawan dan pengusaha untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa dengan cepat serta mendengar dan mengatasi keluhan dari konsumen;
4. Keandalan, yaitu kemampuan untuk memberikan jasa sesuai dengan yang dijanjikan, terpercaya dan akurat dan konsisten;
5. Kepastian, yaitu berupa kemampuan karyawan untuk menimbulkan keyakinan dan kepercayaan terhadap janji yang telah dikemukakan kepada konsumen.

Keluhan adalah tanda ketidakpuasan dan memiliki hubungan dengan pelayanan para petugas. Ketidakpuasan yang sering terjadi pada puskesmas/rumah sakit yaitu sikap dan perilaku petugas, keterlambatan pelayanan oleh dokter dan perawat, kurang berkomunikasi serta memberikan informasi yang kurang jelas, proses pendaftaran yang lama, serta kebersihan lingkungan, dan ruangan.

Berdasarkan apa yang disebutkan di atas, pengertian kepuasan pasien dapat dijabarkan sebagai berikut : kepuasn pasien adalah suatu tingkat

perasaan pasien yang timbul sebagai akibat dari kinerja layanan kesehatan yang di perolehnya setelah pasien membandingkannya dengan apa yang diharapkannya. Tingkat terhadap pelayanan kesehatan akan dinyatakan melalui hal-hal sebagai berikut (satrianegara dan salehan, 2009:141 )  
bahwa:

a. Komunikasi dari mulut ke mulut

Informasi yang diperoleh dari pasien atau masyarakat yang memperoleh pelayanan yang memuaskan ataupun tidak, akan menjadi informasi yang dapat digunakan sebagai referensi untuk menggunakan atau memilih jasa pelayanan kesehatan tersebut.

b. Kebutuhan Pribadi

Pasien atau masyarakat selalu membutuhkan pelayanan kesehatan yang tersedia sebagai kebutuhan pribadi yang tersedia pada waktu dan tempat sesuai dengan kebutuhan. Pasien atau masyarakat mengharapkan adanya kemudahan dalam memperoleh pelayanan kesehatan baik dalam keadaan biasa ataupun gawat darurat.

c. Pengalaman Masa lalu

Pasien atau masyarakat yang pernah mendapatkan pelayanan kesehatan yang memuaskan akan kembali ke pelayanan kesehatan yang terdahulu untuk memperoleh layanan yang memuaskan sesuai dengan kebutuhan berdasarkan pengalaman masa lalu.

d. Komunikasi Eksternal

Sosialisasi yang luas dari segi system pelayanan kesehatan mengenai fasilitas, sumber daya manusia, serta kelebihan-kelebihan yang dimiliki suatu institusi pelayanan kesehatan akan mempengaruhi pemakaian jasa pelayanan oleh masyarakat atau pasien.

Dalam penelitian ini peneliti menitik beratkan pada kepuasan pasien. Karena pasien atau masyarakat melihat layanan kesehatan yang berkualitas sebagai suatu layanan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan yang dirasakan dan diselenggarakan dengan cara yang sopan dan santun, tepat waktu, tanggap serta mampu menyembuhkan keluhan serta mencegah berkembangnya atau meluasnya penyakit. Pandangan pasien ini sangat penting karena pasien yang merasa puas akan mematuhi pengobatan dan mau datang berobat kembali (Sastrianegara dan Saleha, 2009).

### **C. Tinjauan Umum Tentang Rawat Inap**

Menurut Keputusan Kesehatan Republik Indonesia Nomor 560/Menkes/SK/IV/2003, pelayanan rawat inap adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau upaya pelayanan kesehatan lainnya dengan menginap di rumah sakit.

Rawat inap merupakan salah satu aspek pelayanan kesehatan rumah sakit dan puskesmas. Pada unit rawat inap ini dilakukan pengawasan secara kontinyu terhadap keadaan umum pasien yang sewaktu-waktu memerlukan tindakan-tindakan segera. Ruang rawat inap

dapat dikelompokkan menurut perawatan yang secara umum meliputi ruang bedah, penyakit dalam, anak dan kebidanan. Namun demikian di beberapa rumah sakit, golongan tersebut lebih dikembangkan sesuai dengan jenis spesialis yang ada pada rumah sakit yang bersangkutan. Selain pengelompokan menurut golongan pelayanan kesehatan perawatan, adapula pengelola memberi pengelompokan menurut kelas perawatan.

Tujuan dan kebijaksanaan unit rawat inap adalah :

1. Memberikan akomodasi/fasilitas dan perawatan medis secepat mungkin kepada pasien.
2. Memberikan pelayanan kesehatan secara optimal kepada pasien sesuai kebutuhan.
3. Adanya surat pengantar dokter untuk rawat inap.
4. Adanya tempat tidur yang tersedia sesuai kebutuhan.

Secara umum hal yang penting dalam penilaian kinerja rawat inap antara lain :

1. Kepuasan pelayanan pasien.
2. Hubungan administrasi di rumah sakit
3. Hubungan antara perawat dan pasien
4. Difensiasi lokasi pelayanan.

Menurut Hikmayani (2006) ruang rawat inap adalah tempat atau ruangan yang digunakan oleh penderita atau pasien untuk dirawat yang tentunya menepati tempat tidur yang tersedia yang terhitung 2 x 24 jam

guna keperluan observasi, diagnose, pengobatan, dan pelayanan kesehatan lainnya yang diperlukan oleh penderita atau pasien.

Adapun ukuran ruang rawat yaitu:

- a. Untuk ruang perawatan bayi luasnya minimal 2 m<sup>2</sup>/tempat tidur.
- b. Untuk ruang isolasi bayi luasnya minimal 3,5 m<sup>2</sup>/tempat tidur.
- c. Untuk ruang perawatan orang dewasa luasnya minimal 4,5 m<sup>2</sup>/tempat tidur.
- d. Untuk ruang isolasi orang dewasa luasnya minimal 6 m<sup>2</sup>/tempat tidur.

#### **D. Tinjauan Umum Tentang Rumah Sakit**

Sesuai paradigma kesehatan pada saat ini, rumah sakit perlu meningkatkan pelayanannya sehingga masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan dari rumah sakit dapat merasa puas atas layanan yang diberikan. Dalam Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 dinyatakan bahwa rumah sakit adalah institusi yang menyelenggarakan layanan kesehatan perorangan secara paripurna dalam bentuk layanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Sebagai suatu institusi, rumah sakit mempunyai hak dan kewajiban. Haknya antara lain mendapatkan perlindungan hukum terhadap tindakan konsumen atau pasien yang beritikad tidak baik, sedangkan kewajibannya adalah melayani konsumen atau pasien secara benar, jujur dan tidak diskriminatif.

Rumah sakit merupakan salah satu subsistem pelayanan kesehatan menyelenggarakan dua jenis pelayanan untuk masyarakat yaitu pelayanan kesehatan dan pelayanan administrasi (Muninjaya 2004). Adapun tujuan Rumah sakit, yaitu melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya-upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan. Dimana rumah sakit berfungsi sebagai tempat pemnyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Fungsi yang dimaksud memiliki makna tanggung jawab yang seyogyanya merupakan tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat. Adapun misinya adalah memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Depkes RI, 1992).

Sasaran rumah sakit meliputi :

- a. Masyarakat umum: golongan masyarakat yang bebas dan tidak terikat oleh instansi apa pun. Mereka bebas memilih pelayanan rumah sakit mana pun bila dikehendaki.
- b. Masyarakat yang terkoordinasi: masyarakat dalam wadah suatu organisasi, misalnya instansi, perkantoran, pabrik, hotel, dan lain-lain. dalam mencari pengobatan umumnya mereka terikat peraturan-peraturan yang telah dibuat oleh perusahaan tersebut. Oleh karena itu, mereka tidak bebas menentukan rumah sakit yang diinginkan. Golongan ini potensial menjadi sasaran rumah sakit.

- c. Masyarakat keluarga: masyarakat yang telah mempunyai langganan seorang dokter keluarga. Umumnya golongan ini bila memerlukan pelayanan rumah sakit selalu berkonsultasi terlebih dahulu dengan dokter keluarga. Hubungan timbal balik dokter keluarga dengan pihak rumah sakit dalam arti komunikasi hasil rujukan.

Menurut Kep. Menkes RI No. 983/Menkes/SK/XI/1992 yang dimaksud dengan jenis rumah sakit adalah :

1. Rumah Sakit Umum, adalah Rumah Sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialisik dan sub spesialisik.
2. Rumah Sakit Umum Pemerintah, adalah Rumah Sakit Umum Pemerintah baik pusat, daerah, Departemen Pertahanan dan Keamanan maupun Badan Usaha Milik Negara.
3. Rumah sakit Pendidikan, adalah Rumah Sakit Umum Pemerintah kelas A dan B yang dipergunakan sebagai tempat pendidikan tenaga medis oleh Fakultas Kedokteran.
4. Rumah Sakit Swadana, adalah Rumah Sakit milik Pemerintah yang diberi wewenang untuk menggunakan penerimaan fungsionalnya secara langsung.

Jika ditinjau dari kemampuan yang dimiliki, Rumah Sakit Umum di Indonesia diklasifikasikan menjadi :

- a. Rumah Sakit Umum Kelas A, adalah Rumah Sakit Umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialisik luas dan sub spesialisik luas.

- b. Rumah Sakit Umum Kelas B, adalah Rumah sakit Umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis sekurang-kurangnya 11 spesialisik dan sub spesialisik terbatas.
- c. Rumah Sakit Umum Kelas C, adalah Rumah Sakit Umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialisik dasar.
- d. Rumah Sakit Umum Kelas D, adalah Rumah Sakit Umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis dasar (Depkes, 1992).
- e. Rumah Sakit kelas E, Rumah sakit khusus yang hanya menyelenggarakan satu macam pelayanan kedokteran saja.