

**GAMBARAN KEPUASAN PASIEN UMUM TENTANG
KUALITAS PELAYANAN PADA INSTALASI RAWAT INAP
RSUD DAYA MAKASSAR
TAHUN 2013**



SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Sarjana (S1)
pada Program Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin**

**Disusun Oleh:
Agustinus L. Wasa Wangge
K111 10 630**

**BAGIAN MANAJEMEN RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

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

Makassar, Mei 2013



dr.Hj.A.Indahwaty Sidin,MHSM

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar Pada Tanggal 24 Mei 2013

Ketua : dr. Hj. A. Indahwaty Sidin, MHSM (.....)

Sekretaris : Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH (.....)

Anggota : 1. Dr. dr. H. Noer Bahry Noor, M.Sc (.....)

2. Rini Angraeni, SKM, M.Kes (.....)

3. Dr. drg. H. A. Zulkifli Abdullah, M.Kes (.....)

PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI

Yang bertanda tangan dibawah ini saya, Agustinus L.Wasa Wangge, menyatakan bahwa skripsi dengan judul : **GAMBARAN KEPUASAN PASIEN UMUM TENTANG KUALITAS PELAYANAN PADA INSTALASI RAWAT INAP RSUD DAYA MAKASSAR TAHUN 2013** adalah hasil tulisan saya sendiri. Dengan ini saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi ini tidak terdapat keseluruhan atau sebagian tulisan orang lain yang saya ambil dengan cara menyalin atau meniru dalam bentuk rangkaian kalimat atau symbol yang menunjukkan gagasan atau pendapat atau pemikiran dari penulisan lain, yang saya akui seolah-olah sebagian tulisan saya sendiri, dan/atau tidak terdapat bagian atau keseluruhan tulisan yang saya salin itu, atau yang saya ambil dari tulisan orang lain tanpa memberikan pengakuan penulis aslinya.

Apabila saya melakukan tindakan yang bertentangan dengan hal tersebut diatas, baik disengaja maupun tidak, dengan ini saya menyatakan menarik skripsi yang saya ajukan sebagai hasil tulisan saya sendiri ini. Bila kemudian terbukti bahwa saya melakukan tindakan menyalin atau meniru tulisan orang lain seolah-olah hasil pemikiran saya sendiri, berarti gelar dan ijasah yang telah diberikan oleh universitas batal saya terima.

Makassar, Mei 2013

Yang membuat pernyataan,

(Agustinus L.W.Wangge)

ABSTRAK

Manajemen Rumah Sakit
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin
Skripsi, 2013

AGUSTINUS L.WASA WANGGE
K111 10 630

“GAMBARAN KEPUASAN PASIEN UMUM TENTANG KUALITAS PELAYANAN PADA INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DAYA MAKASSAR TAHUN 2013”

(xvi + 92 halaman + 10 lampiran + 35 tabel)

Pada era globalisasi dewasa ini, pertumbuhan rumah sakit baru sangat pesat sehingga terjadilah persaingan yang ketat antar rumah sakit dalam upaya untuk menarik atau mempertahankan pelanggan eksternal (pasien). Pasien merupakan pelanggan utama rumah sakit dan menjadi fokus dari semua bentuk pelayanan rumah sakit. Pasien akan memberikan penilaian berdasarkan pelayanan yang diterimanya dan bertindak atas dasar kepuasannya. Berdasarkan data sekunder dari RSUD Daya, pada tahun 2011 persentase pasien yang pulang paksa mencapai 8,3%, lebih tinggi dari standar yang ditetapkan Depkes yakni $\leq 5\%$ dan juga terjadi penurunan BOR yakni dari 77,9% pada tahun 2010 menjadi 60,33% pada tahun 2011. Hal ini bisa mengindikasikan semakin menurunnya tingkat kepuasan pasien terhadap mutu pelayanan pada RSUD Daya.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran tingkat kepuasan pasien umum tentang kualitas pelayanan pada instalasi rawat inap RSUD Daya Makassar. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian *kuantitatif* dengan pendekatan *deskriptif* dan metode *cross sectional*. Sampel adalah pasien umum/keluarga yang dirawat pada instalasi rawat inap yakni sebanyak 52 responden yang ditentukan dengan teknik *non probability sampling* dengan metode *purposive sampling*. Pengumpulan data penelitian dengan menggunakan *kuesioner*.

Hasil penelitian menunjukkan pasien/keluarga yang merasa puas dengan skill dan profesionalisme dokter sebesar 63% dan skill dan profesionalisme perawat sebesar 58,3%. Untuk aksesibilitas dan fleksibilitas pelayanan pasien/keluarga yang merasa puas sebesar 67,6%, untuk *serviscape* sebesar 61,4% serta untuk reputasi dan kredibilitas pasien/keluarga yang merasa puas sebesar 73,5%.

Melalui penelitian ini disarankan pihak RSUD Daya Makassar agar lebih meningkatkan pelayanan yang berkaitan dengan dimensi skill dan profesionalisme, aksesibilitas dan fleksibilitas, *serviscape* serta reputasi dan kredibilitas pelayanan. Rumah sakit perlu melakukan survey kepuasan pelanggan yang komprehensif dan berkesinambungan terutama bagi pasien rawat inap lama di rumah sakit. Bagi peneliti lain disarankan untuk meneliti dari dimensi mutu informasi dan ketepatan waktu.

Kata kunci : Skill dan profesionalisme, aksesibilitas dan fleksibilitas, serviscape, reputasi dan kredibilitas, kepuasan

Jumlah pustaka : 37 (1996-2012)

ABSTRACT

Hospital Management
Public Health Faculty
Hasanuddin University
Thesis, 2013

AGUSTINUS L. WASA WANGGE
K111 10 630

“DESCRIPTION OF USUAL PATIENT SATISFACTION FOR THE SERVICE QUALITY OF IN-PATIENT WARD INSTALLATION OF REGIONAL HOSPITAL OF DAYA IN MAKASSAR IN 2013”

(xvi + 92 pages + appendix + 35 tables)

In the globalization era today, new hospitals grow and spread so quickly recently that there are tight competitions among them in attracting and maintaining their customers. Patients are the prime customers of the hospital and therefore the focus of assessment based on the services received and will act accordingly. Based on the secondary data of the regional hospital of Daya in 2011, the percentage of patients being sent home against their will reached 8,53%, higher than the standard set by the ministry of health which is $\leq 5\%$ and a decrease in BOR also occurred from 77,9% in 2010 to 60,33% in 2011. This may indicate the decrease of the patients satisfaction for the services provided by the hospital.

The study therefore aims to describe the rate of patient's satisfaction for the services provide in the inpatient ward installation of the regional hospital of Daya in Makassar. It is a quantitative study with descriptive approach and cross-sectional method. Fifty-two respondents were selected by means of non-probability purposive sampling technique. The data were collected using questionnaire.

The study reveals that the patients/family who are satisfied with the skill and the professionalism of the doctors make a percentage of 63% and the skills and the professionalism of the nurses reach 58,3%. Meanwhile, the accessibility and flexibility of the services is 67,6%, servscape comprises 61,4% and the satisfaction rate for the reputation and credibility of the patients/family is 73,5%.

It is suggested that the hospital increase the services in relation to skills and professional dimension, accessibility, flexibility, servscape, and the reputation and service credibility. The hospital needs to carry out customer's satisfaction survey particularly to the patients who stay longer in the hospital. For researches is recommended to study of information quality and timeliness dimension

Keywords: skill and professionalism, accessibility and flexibility, servscape, reputation and credibility, and satisfaction

References: 37 (1996-2012)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat serta karunia yang telah diberikanNya kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi dengan judul “**GAMBARAN KEPUASAN PASIEN UMUM TENTANG KUALITAS PELAYANAN PADA INSTALASI RAWAT INAP RSUD DAYA-MAKASSAR TAHUN 2013**” Skripsi ini dibuat sebagai tugas akhir yang merupakan salah satu syarat penyelesaian studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Penulisan skripsi ini terlaksana atas petunjuk dan bimbingan Ibu dr. Hj. Indahwaty Sidin, MHSM selaku Dosen Pembimbing I, dan Bapak Prof.Dr.dr.H.M.Alimin Maidin, MPH selaku Dosen Pembimbing II, yang dengan tulus ikhlas dan penuh kesabaran telah meluangkan waktu dan pemikirannya untuk memberikan arahan kepada penulis mulai dari awal sehingga selesainya penulisan skripsi ini.

Pada kesempatan ini juga penulis ingin menyampaikan terima kasih yang tak terhingga kepada pihak-pihak yang telah membantu serta memberikan dukungan dalam penulisan skripsi ini :

1. Bapak Prof.Dr.dr.H.M.Alimin Maidin, MPH selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
2. Ibu dr. Hj. Indahwaty Sidin, MHSM selaku Ketua Bagian Manajemen Rumah Sakit
3. Bapak Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS selaku penasehat akademik selama menempuh kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Bapak Dr.dr. H.Noer Bahry Noor, M.Sc sebagai Penguji I, Ibu Rini Anggraeny. SKM. M.Kes sebagai Penguji II dan Dr.drg. H.A. Zulkifli Abdullah, M.Kes Sebagai Penguji III yang telah memberikan masukan dan saran demi penyempurnaan skripsi ini
5. Ibu Herlina Hamzah, SKM. MPH selaku tutor yang telah memberikan masukan dan saran dalam penyusunan skripsi ini
6. Bapak/Ibu Dosen Jurusan Manajemen Rumah Sakit dan Fakultas Kesehatan Masyarakat yang telah ikhlas memberikan bekal ilmu selama perkuliahan.
7. Pegawai Jurusan MRS (Mbak Eda, Mbak Masnah, Mbak Imah, dan Mas Rury) untuk segala bantuan dan dukungan kepada penulis selama penyusunan skripsi.
8. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Daya dr. Hj St. Saenab, NB, M.Kes beserta staf yang telah memberikan izin penelitian, bantuan dan arahan selama penulis melakukan penelitian

9. Kepada seluruh responden yang telah membantu peneliti dalam melaksanakan penelitian.

10 Teman-teman TUBEL MRS angkatan 2010, terima kasih atas segala dukungan dan kerjasamanya.

Secara khusus ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi - tingginya buat istriku Vianey Lamablawa dan Anak Emanuel Pius Rasi Wangge tercinta yang senantiasa mendoakan, menemani, memberi perhatian dan semangat kepada penulis selama mengikuti perkuliahan hingga selesainya pendidikan serta untuk orang tua(Bapak Benediktus Wangge dan Ibunda Almrh Helena B. Wanda Wangge).

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih terdapat banyak kekurangan. Kritik dan saran sangat diharapkan untuk kesempurnaan penelitian di masa datang. Semoga skripsi ini bermanfaat dan dapat digunakan sebagai tambahan informasi bagi semua pihak yang membutuhkan.

Makassar, April 2013

Penulis,

(Agustinus L.W.Wangge)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
LEMBARAN PERNYATAAN.....	iii
ABSTRAK.....	iv
ABSTRACT.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR ISTILAH ASING	x
DAFTAR SINGKATAN.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR BAGAN.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	11
C. Tujuan Penelitian	11
D. Manfaat Penelitian	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum Tentang Mutu Pelayanan Kesehatan dan Rumah Sakit.....	13
B. Tinjauan Umum Tentang Kepuasan Pelanggan.....	26

C. Tinjauan Umum Tentang Rumah Sakit.....	35
---	----

BAB III KERANGKA KONSEP

A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti	38
B. Kerangka Operasional Penelitian.....	41
C. Kerangka Teori	42
D. Sintesis Penelitian.....	43
E. Kerangka Konsep.....	45
F. Variabel Penelitian.....	45
G. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	46

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian.....	52
B. Lokasi Penelitian.....	52
C. Populasi dan Sampel.....	52
D. Jenis dan sumber Data.....	55
E. Cara pengumpulan Data.....	56
F. Pengolahan dan penyajian Data.....	56

BAB V HASIL DAN PENELITIAN

A. Hasil Penelitian.....	57
B. Pembahasan.....	81

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan.....	91
B. Saran	92

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR ISTILAH ASING

Accesibility & Flexibility	Preventive
Affordability	Performance
Amnety	Promotive
Amneties & extras	Proper value
Assurance	Provider
Attitudes & Behaviour	Professionalism & skills
Communication Gap	Public relation
Competence	Range
Corporate Image	Realibility
Cost effective	Rehabilitative
Cross sectional study	Recovery
Curative	Responsiveness
Customer satisfaction	Reputation & credibility
Delivery gap	Sales Marketing
Derived dissatisfaction	Serviscape
Directly reported statisfaction	Service gap
Economical reason	Self esteem
Efficiency	Standards gap
Empaty	Stake Holders
Expectation	Tangible
Functional Quality	The Maze factor
Ghost Shopping	Word of mouth
Humanistic reason	
Importance-performance analysis	
Interpersonal quality	
Kidgloves	
Kontinuitas	
Knowledge Gap	
Lost customer analysis	
Marketing	
On call	

DAFTAR SINGKATAN

BALITBANGDA	: Badan Penelitian Pengembangan Daerah
BOR	: Bed Occupacy Rate
BTO	: Bed Turn Over
DEPKES	: Depertemen Kesehatan
GSR	: Gangguan Sistem Reproduksi
ICU	: Intensif Care Unit
LOS	: Length Of Stay
PERDA	: Peraturan Daerah
PERMENKES	: Peraturan Menteri Kesehatan :
RS	: Rumah Sakit
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
RSUP	: Rumah Sakit Umum Pusat
SD	: Sekolah Dasar
SDM	: Sumber Daya Manusia
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SMU	: Sekolah Menengah Umum
TOI	: Turn Over Interval
UU	: Undang Undang
VIP	: Very Important Person

DAFTAR TABEL

Tabel:	Halaman
1. Jumlah pasien pulang paksa pada Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Tahun 2011.....	7
2. Jumlah pasien pulang paksa berdasarkan Status kepesertaan Pasien pada Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Tahun 2011.....	7
3. Jumlah pasien pulang paksa berdasarkan Unit Perawatan.....	8
4. Data Kinerja RSUD Daya.....	8
5. Persentase BOR masing-masing unit/ruangan pada Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Tahun 2011.....	9
6. Sintesis Penelitian.....	43
7. Jumlah pasien umum yang rawat inap bulan januari-september 2012.....	52
8. Jumlah sampel peruangan perawatan	54
9. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur Pada Instalasi Rawat Inap di RSUD Daya Tahun 2013.....	57
10. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Pada Instalasi Rawat Inap di RSUD Daya, Tahun 2013.....	57
11. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Pada Instalasi Rawat Inap RSUD Daya, Tahun 2013.....	58
12. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan Pada Instalasi Rawat Inap RSUD, Tahun Daya 2013.....	59

13. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jumlah Penghasilan Perbulan Pada Instalasi Rawat Inap RSUD Daya, Tahun 2013.....	60
14. Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Lama Hari Rawat Pasien/ Keluarga Di RSUD Daya Tahun 2013.....	61
15. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Ruang Kelas Perawatan Pada RSUD Daya 2013.....	61
16. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kunjungan Pasien Pada Instalasi rawat inap di RSUD Daya, Tahun 2013.....	62
17. Distribusi Frekuensi Tanggapan Responden Terhadap Pernyataan Skill dan Profesionalisme Dokter Pada Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Tahun 2013.....	63
18. Distribusi Frekuensi Tanggapan Responden Terhadap Pernyataan Skill dan Profesionalisme Perawat Pada Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Tahun 2013.....	64
19. Distribusi Frekuensi Tanggapan Responden Terhadap Pernyataan Aksesibilitas dan Fleksibilitas Pada Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Tahun 2013.....	65
20. Distribusi Frekuensi Tanggapan Responden Terhadap Pernyataan Serviscape Pada Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Tahun 2013.....	66
21. Distribusi Frekuensi Tanggapan Responden Terhadap Pernyataan Reputasi dan Kredibilitas Pada Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Tahun 2013.....	67
22. Distribusi Frekuensi Tanggapan Kepuasan Responden Terhadap Pelayanan Pada Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Tahun 2013.....	68
23. Tabulasi Silang Umur dengan Kepuasan Pada Instalasi Rawat inap RSUD Daya Tahun 2013.....	69
24. Tabulasi Silang Jenis Kelamin dengan Kepuasan Pada Instalasi Rawat Inap RSUD Daya, Tahun 2013.....	70
25. Tabulasi Silang Tingkat Pendidikan dengan Kepuasan Pada Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Tahun 2013.....	70

26. Tabulasi Silang Jenis Pekerjaan dengan Kepuasan Pada Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Tahun 2013.....	71
27. Tabulasi Silang Jumlah Penghasilan dengan Kepuasan Pada Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Tahun 2013.....	72
28. Tabulasi Silang Lama Hari Rawat dengan Kepuasan Pada Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Tahun 2013.....	72
29. Tabulasi Silang Ruang Kelas Perawatan dengan Kepuasan Pada Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Tahun 2013.....	73
30. Tabulasi Silang Jenis Kunjungan dengan Kepuasan Pada Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Tahun 2013.....	74
31. Tabulasi Silang Skill dan Profesionalisme Dokter dengan Tingkat Kepuasan Responden Pada Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Tahun 2013.....	74
32. Tabulasi Silang Skill dan Profesionalisme Perawat dengan Tingkat Kepuasan Responden Pada Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Tahun 2013.....	75
33. Tabulasi Silang Aksesibilitas dan Fleksibilitas Pelayanan dengan Tingkat Kepuasan Responden Pada Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Tahun 2013.....	76
34. Tabulasi Silang Serviscape Pelayanan dengan Tingkat Kepuasan Responden Pada Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Tahun 2013.....	77
35. Tabulasi Silang Reputasi dan Kredibilitas Pelayanan dengan Tingkat Kepuasan Responden Pada Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Tahun 2013.....	78

DAFTAR BAGAN

	Halaman
Bagan 1. Kerangka Operasional Penelitian Gambaran Kepuasan Pasien Umum Tentang Kualitas Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Daya Makassar Tahun 2013	41
Bagan 2. Kerangka Teori Hubungan dimensi mutu menurut Gronross dan kepuasan.....	42
Bagan 3. Kerangka Konsep Variabel Penelitian.....	45

DAFTAR LAMPIRAN

1. Penentuan Kriteria Obyektif
2. Daftar Pertanyaan/Kuesioner
3. Hasil Analisis Data
4. Master tabel Penelitian
5. Izin pengambilan Data Awal dari Fakultas Kesehatan Masyarakat UNHAS
6. Izin Penelitian dari Fakultas Kesehatan Masyarakat UNHAS
7. Izin rekomendasi penelitian dari pemerintah provinsi Sulawesi Selatan BALITBANGDA
8. Izin rekomendasi penelitian dari Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat kota Makassar
9. Surat Keterangan telah melakukan Penelitian dari RSUD Daya Makassar
10. Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Kesehatan merupakan salah satu aspek dari hak asasi manusia, sebagaimana yang tercantum dalam pasal 28 ayat(1) UUD 1945. Pembangunan Kesehatan di Indonesia bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum sebagaimana yang dimaksud dalam pembukaan Undang-Undang Dasar 1945.

Pembangunan kesehatan tersebut diselenggarakan dengan berdasarkan kepada Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yaitu suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Dalam sistem kesehatan, rumah sakit merupakan salah satu unsur yang strategis dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, khususnya melalui upaya pokok penyembuhan(*curative*) dan pemulihan kesehatan(*rehabilitative*). Program pelayanan Rumah Sakit juga bersifat pencegahan penyakit(*preventive*) maupun peningkatan kesehatan(*promotive*).

Pada tahun 2011, berdasarkan data dari Depkes RI, total jumlah rumah sakit di Indonesia telah mencapai 1721 buah rumah sakit sedangkan untuk propinsi Sulawesi Selatan sendiri terdapat 67 buah rumah sakit(Profil Depkes RI, 2012). Dengan semakin pesatnya pertumbuhan rumah sakit maka akan timbul persaingan yang ketat antar rumah sakit dalam upayanya untuk menarik serta mempertahankan pelanggan eksternal/pasien.

Setiap rumah sakit dituntut harus dan mampu mewujudkan pelayanan yang efisien, efektif dan bermutu secara paripurna serta berorientasi pada kepuasan pasien. Adapun salah satu upaya yang dapat dilakukan demi memenangkan persaingan ini adalah dengan memberikan pelayanan yang berkualitas melalui peningkatan sarana, fasilitas serta sumber daya manusia(Azis Wiyono, dkk 2006).

Pelayanan kesehatan yang bermutu menurut Azwar(1996), adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan yang telah ditetapkan. Sedangkan mutu pelayanan kesehatan menurut Donabedian(1980) adalah nilai kepatutan yang sebenarnya(*proper value*) terhadap unit pelayanan tertentu, baik dari aspek teknis(ilmu, ketrampilan dan teknologi medis atau kesehatan) dan interpersonal: tata hubungan dokter-pasien, komunikasi, empati dan kepuasan pasien.

Dari kedua pendapat diatas pada prinsipnya ada 2(dua) komponen utama yang harus diperhatikan sebelum menilai mutu pelayanan secara obyektif dan menyeluruh maupun dalam upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan yakni *technical quality* atau mutu pelayanan dari aspek pemberi pelayanan dimana berkaitan dengan pemenuhan standar yang telah ditetapkan dan *interpersonal quality*, mutu pelayanan dari aspek pasien yakni mencakup tingkat kepuasan pasien(Rochmanadji Widajat, 2009).

Dari aspek pasien, pelayanan rumah sakit dikatakan bermutu jika penyampiannya dirasakan melebihi harapan para penggunanya atau pelayanan yang memuaskan. Pasien adalah pelanggan utama rumah sakit yang menjadi fokus semua bentuk pelayanan rumah sakit dan pasien akan memberikan penilaian berdasarkan pelayanan yang diterimanya dan bertindak atas dasar kepuasannya. Puas atau tidak

puasnya pasien tergantung pada penampilan jasa pelayanan yang ditawarkan dalam hubungannya dengan harapannya(Wijono,2008).

Menurut Philip Kotler(1994) yang dikutip dari Wijono 2008, kepuasan adalah tingkat keadaan yang dirasakan seseorang yang merupakan hasil dari membandingkan penampilan atau output dari produk yang dirasakan dalam hubungannya dengan harapan seseorang. Ada tiga tingkat kepuasan, bila pelayanan kurang dari harapan; pasien akan merasa tidak puas, bila pelayanan sebanding dengan harapan: pasien akan merasa puas dan apabila pelayanan melebihi harapan; pasien akan merasa amat puas dan senang(Muninjaya, 2011).

Kualitas pelayanan dan kepuasan pasien mempunyai hubungan yang sangat erat. Pelayanan Rumah sakit yang berkualitas akan memberikan kepuasan kepada pasien dan menjadi awal membangun hubungan yang kuat untuk jangka waktu yang panjang(loyalitas). Dalam jangka waktu yang panjang ikatan seperti ini memungkinkan rumah sakit untuk memahami dengan seksama harapan pasien serta kebutuhan mereka. Ikatan tersebut memberikan keuntungan bagi rumah sakit berupa finansial dan juga pasien dengan kesembuhannya(Laksono, 2008).

Untuk mengukur mutu pelayanan di rumah sakit dilakukan secara tidak langsung yakni melalui petunjuk-petunjuk(indikator, kriteria dan standar) yang dianggap relevan dengan aspek-aspek tertentu yang ada perannya dalam produksi jasa ini. Indikator-indikator pelayanan rumah sakit digunakan untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu dan efisiensi pelayanan(Jacobalis,1990).

Menurut Donabedian 1980 yang dikutip dari Wiyono(2000), Rumah sakit merupakan suatu sistem yang terdiri dari input, proses dan outcome. Outcome dari proses pelayanan rumah sakit antara lain mencakup BOR, kepuasan, kesembuhan, cacat, kejadian pasien pulang paksa dan juga kematian(Sabarguna, 2009).

Kejadian pulang paksa adalah istilah yang digunakan untuk mendeskripsikan pasien yang menolak perawatan yang diajukan oleh pihak rumah sakit atau pasien yang minta pulang walaupun belum sembuh dari penyakit yang dideritanya. Pulang paksa merupakan tanda adanya perasaan ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit(Thenie H, 2002).

Kejadian pasien pulang paksa merupakan salah satu dari indikator mutu untuk dimensi efektifitas dan kesinambungan pelayanan. Jika prosentase kejadian pasien pulang paksa pada suatu rumah sakit lebih dari 5% bisa menjadi indikasi rendahnya kualitas pelayanan pada rumah sakit tersebut. Adapun beberapa alasan yang mengakibatkan pasien pulang paksa dari rumah sakit antara lain: kecewa/tidak puas dengan pelayanan yang diberikan, tidak ada harapan untuk sembuh, takut dan tidak setuju dengan tindakan yang akan diberikan, alasan biaya, konflik dengan sikap dan perlakuan petugas serta ingin pindah ke rumah sakit lain(Thenie H, 2002; Pramono, M.Ali.2005).

Tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit oleh pasien(BOR: *Bed Occupacy Rate*) merupakan salah satu outcome dari proses penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh rumah sakit. BOR(Angka penggunaan tempat tidur) adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu dengan nilai parameter yang idealnya adalah antara 60-85%(Depkes RI, 2005).

BOR(*bed occupacy rate*) merupakan indikator yang memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur pada rumah sakit dan juga merupakan salah satu indikator mutu pelayanan yang sering atau umum diperhatikan orang karena selain lebih akurat, nyata dan mudah dikontrol(Heru Susanto,1999).

Menurut Harold Koenig HFZ & Kleinsorge IK,1994 yang dikutip dari Heru Susanto(1999); faktor-faktor yang memengaruhi tingkat pemanfaatan tempat tidur RS

meliputi faktor internal dan eksternal rumah sakit. Faktor internal berasal dari rumah sakit yang meliputi faktor input yakni SDM, sarana dan fasilitas dan faktor proses pelayanan yang meliputi pelayanan medis, pelayanan keperawatan dan penunjang sedangkan faktor eksternal lebih kompleks tetapi lebih banyak dipengaruhi oleh faktor kondisi pasien. Selain itu ada juga faktor-faktor lain yang memengaruhi BOR suatu rumah sakit seperti struktur organisasi, budaya rumah sakit, standar pelayanan, PERDA, demografi dan lain-lain.

Adapun faktor-faktor yang bisa menyebabkan menurunnya tingkat pemanfaatan tempat tidur(BOR) pada instalasi rawat inap/rumah sakit adalah sebagai berikut: pelayanan yang kurang memuaskan kepada para pelanggan, fasilitas-fasilitas penunjang yang kurang lengkap, sumber daya manusia yang kurang memadai, transportasi ke rumah sakit sulit dijangkau dan letak rumah sakit yang tidak strategis serta sistem pemasaran yang masih tradisional(Soebroto dkk,2001).

Dengan melihat prosentase BOR maka bisa diperkirakan kualitas maupun kinerja pelayanan dari rumah sakit. Rendahnya tingkat BOR (*Bed Occupancy Rate*) yang dicapai sebenarnya dapat memberikan gambaran rendahnya kualitas pelayanan dan kinerja pada rumah sakit tersebut(Heru Susanto, 1999).

Menurut Zeithmal dan Berry(1988) yang dikutip dari Tjiptono(2005) mengungkapkan ada 5(lima) dimensi yang dapat digunakan pasien untuk mengukur kualitas pelayanan yaitu kehandalan, daya tanggap, jaminan, empati dan bukti fisik. Adapun beberapa penelitian yang menggunakan dimensi mutu ini seperti studi kasus: pengaruh kualitas pelayanan terhadap kepuasan dan *word of mouth* pada RSUP Sanglah Denpasar oleh Mirah Ayu P. Trarintya(2011) dan Analisis pengaruh kualitas terhadap kepuasan pasien(studi pada pasien poliklinik rawat jalan RS Dr. Cipto Mangunkusumo oleh Valentina A. Febriani(2012).

Sedangkan Menurut Gronroos(2000) dikutip dari Muninjaya(2011), untuk mengukur kualitas total suatu pelayanan jasa menurut pelanggannya mencakup 3 komponen utama yakni: *technical quality(skill & professionalism)*, yaitu komponen yang berkaitan dengan kualitas output/keluaran jasa yang diterima pelanggan, *functional quality(attitudes & behaviour, accesibility & flexibility, realibility & trustworrthiness, service recovery, serviscape)* yaitu komponen yang berkaitan dengan kualitas cara penyampaian suatu jasa dan *corporate image(reputation & credibilty)* yaitu profil, reputasi, citra umum dan daya tarik khusus suatu perusahaan. Adapun penelitian yang menggunakan dimensi mutu menurut Groonroos (2000) seperti yang dilakukan oleh Nurhasimah(2011) dengan judul pengaruh kualitas pelayanan terhadap kepuasan pasien di instalasi rawat Inap RS. Bhayangkara Maupodang – Makassar.

Rumah sakit umum Daya sebagai satu-satunya rumah sakit milik pemerintah kota Makassar saat ini menghadapi persaingan yang semakin ketat, dimana kita ketahui telah beroperasinya beberapa rumah sakit swasta baru seperti RS Awal Bross, dan RS Siloam serta disisi lain ada beberapa RS milik pemerintah yang lokasinya berdekatan dengan rumah sakit Daya seperti RS Tajduddin Chalid, RS Wahidin Sudirohusodo dan RS UNHAS.

RSUD Daya merupakan konversi dari puskesmas plus Daya dan sejak tahun 2002 menjadi RS Tipe C dan menjadi salah satu rumah sakit rujukan untuk wilayah utara yakni kab. Maros, Pangkep dan Barru serta puskesmas-puskesmas disekitarnya(Profil RSUD Daya 2010).

Sebagai salah satu rumah sakit tipe C dari sisi jumlah dan kualifikasi sumber daya manusia pada rumah sakit umum Daya telah memenuhi standar dimana dokter spesialis medis dasar dan medis penunjang serta sub spesialis lainnya berjumlah 31

orang dan rata-rata perawatnya berpendidikan perawat minimal D3. Sedangkan bila ditinjau dari segi fasilitas pemeriksaan penunjang cukup tersedia, dan memenuhi standar RS tipe C(Pedoman penyelenggaraan RS, 2008).

Berdasarkan data dari rekam medis jumlah pasien yang pulang paksa atau pulang atas permintaan sendiri pada tahun 2011 mencapai 511 pasien dari total pasien yang dirawat sebanyak 5991 atau 8,53% lebih dari standar yang telah ditetapkan yakni $\leq 5\%$ (Standar pelayanan Minimal RS. 2008). Selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 1
Jumlah pasien pulang paksa di Instalasi Rawat Inap
RSUD Daya Tahun 2011

NO	Unit/Ruangan				Total	Prosentase(%)	Standar
	Anak	Nifas	Interna	Bedah			
1	189	122	154	46	511	8,53%	$\leq 5\%$
	Jumlah Pasien Rawat Inap				5991		

Sumber: rekam medis RSUD Daya

Sementara jumlah pasien rawat inap yang pulang paksa berdasarkan status kepesertaan atau jenis pasien selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 2
Jumlah Pasien Pulang Paksa Berdasarkan Status Kepesertaan Pasien
di Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Tahun 2011

NO	Status Kepesertaan	Jumlah Pasien Pulang Paksa
1	ASKES	39
2	UMUM	120
3	JAMKESMAS/YANKES GRATIS	352
	TOTAL	511

Sumber: rekam medis RSUD Daya

Dari tabel tersebut dapat disimpulkan bahwa jumlah pasien yang pulang paksa terbanyak adalah pasien Jamkesmas dan Yankes gratis kemudian diikuti oleh pasien

umum ini berbanding lurus dengan jumlah pasien yang terbanyak pada rumah sakit umum Daya.

Untuk jumlah pasien umum yang pulang paksa berdasarkan masing masing unit perawatan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3
Jumlah Pasien Umum Yang Pulang Paksa Berdasarkan Unit Perawatan di RSUD Daya Tahun 2011

No	Unit/Ruangan	Jumlah
1	Ruang Anak	31
2	Ruangan Nifas	39
3	Ruangan Bedah	15
4	Ruangan Interna	45
Total		120

Sumber: rekam medis RSUD Daya

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan terhadap 4(empat) pasien dan 1 (satu) keluarga yang mewakili pasien pulang paksa menunjukkan bahwa faktor-faktor yang menyebabkan pasien pulang paksa antara lain: anak tidak betah, rewel dan menangis terus, kecewa dengan pelayanan yang diberikan, proses penyembuhan yang lama dan ingin mencoba pengobatan alternatif serta masalah kekurangan biaya.

Data kinerja Rumah Sakit Umum Daya Kota Makassar tertera pada tabel berikut:

Tabel 4
DATA KINERJA RSUD DAYA
TAHUN 2008-2011

NO	INDIKATOR	2008	2009	2010	2011	Standar Depkes
1	BOR	78,7%	73,4 %	77,9%	60,35%	60 – 85%
2	LOS	4,4 Hr	4 hr	3,53 hr	3,70 hr	6 – 8 hr
3	TOI	1,2 Hr	1 hr	1,08 hr	2,5 hr	1-3 hr
4	BTO	74 Kl	69 kl	68 kl	59 Kl	40 – 50

Sumber: profil RSUD Daya,2011

Dari tabel 4 tersebut diatas bisa dilihat bahwa selama kurun waktu empat tahun BOR RSUD Daya cenderung fluktuatif bahkan pada tahun 2011, BOR menurun secara signifikan(menurun 17,43% dari tahun 2010) walaupun masih sesuai dengan standar Depkes yakni 60-85%. Sementara indikator kinerja lainnya: LOS, TOI dan BTO masih dalam batas normal(Depkes,2005).

Sedangkan data BOR permasing-masing unit dapat dilihat pada tabel berikut

Tabel 5
Presentase BOR Masing-masing Unit/Ruangan
di Instalasi Rawat Inap Tahun 2011

No	Unit/Ruangan	BOR(%)
1	R.P. Interna	70,06
2	R.P. Anak	71,41
3	R.P. Bedah	54,57
4	R.P. Kebidanan	51,80
5	ICU	33,53
6	Gangguan Sistem Reproduksi(GSR)	44,38
TOTAL		54,29

Sumber: rekam medis RSUD Daya.

Pada unit perawatan interna dan anak BOR masih sesuai standar Depkes sedangkan unit ICU, GSR, Kebidanan dan Perawatan Bedah dibawah standar Depkes. Kemungkinan penyebab terjadinya penurunan BOR pada RSUD Daya adalah pasien yang pernah dirawat merasa kurang puas kemudian memutuskan tidak akan menggunakan jasa pelayanannya lagi baik bagi dirinya maupun keluarganya atau mereka juga mengeluhkan ketidakpuasannya tersebut kepada orang lain yang akhirnya membentuk persepsi orang lain tersebut terhadap pelayanan rawat inap RSUD Daya sehingga orang lain itupun juga tidak mau dirawat di RSUD Daya.

Pasien yang merasa puas terhadap pelayanan suatu rumah sakit 91% akan menganjurkan orang lain untuk menggunakan rumah sakit tersebut, sedang pasien

yang merasa kurang puas hanya 40% menganjurkan orang lain menggunakan rumah sakit tersebut. Engel et al 1995 dikutip dari Laksono (2008).

Tingginya tingkat pasien pulang paksa dan menurunnya BOR secara signifikan pada rumah sakit Daya ini mengindikasikan adanya ketidakpuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diterimanya. Salah satu upaya yang dapat dilakukan Rumah sakit umum Daya untuk mengidentifikasi sumber-sumber ketidakpuasan adalah dengan melakukan survey terhadap tingkat kepuasan pasien terhadap mutu pelayanan secara intermiten dan selanjutnya melakukan intervensi terhadap sumber-sumber ketidakpuasan yang ada.

Untuk melakukan survey terhadap tingkat kepuasan pasien dapat menggunakan dimensi mutu dari Groonroos(2000). Adapun beberapa keunggulan dari dimensi mutu Groonross yakni mutu sudah dipandang sebagai sebagai suatu sistem, dimana secara spesifik sudah ada pemisahan dimensi mutu berdasarkan 2(dua) komponen sistem yaitu dimensi yang berhubungan dengan outcome dari pelayanan (*skill dan professionalism*) dan berhubungan dengan proses layanan(*attitudes dan behavior, accesibility dan flexibility, reability dan trustworthness, service recovery dan serviscape*).

Adanya dimensi mutu dari Groonroos yang berhubungan dengan strategi pemasaran yakni *brand image(reputation dan credibility)* serta disisi lain ada dimensi *service recovery*: yang mana bila ada kesalahan atau terjadi kejadian yang tidak diharapkan penyedia jasa akan segera dan secara aktif mengambil tindakan untuk mengendalikan situasi dan menemukan solusi yang tepat.

Dalam penelitian ini yang menjadi variabel adalah *professionalism* dan *skill*, *accessibility* dan *fleksibility*, *serviscape*, serta *reputation* dan *credibility* karena sesuai dengan masalah yang ada pada RSUD Daya. Sementara untuk variabel *attitudes* dan

behaviour, reliability dan trustworthness serta service recovery tidak menjadi variabel penelitian.

B. Rumusan masalah

Berdasarkan pada uraian tersebut diatas yang menjadi permasalahan dalam kegiatan penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut: Bagaimana gambaran kepuasan pasien umum tentang kualitas pelayanan (*profesionalisme* dan *skills*, *accessibility* dan *flexibility*, *service* serta *reputation* dan *credibility*) pada Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Kota Makassar tahun 2012.

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui gambaran tingkat kepuasan pasien umum tentang kualitas pelayanan pada instalasi rawat inap RSUD Daya

2. Tujuan Khusus:

- a) Untuk mengetahui gambaran kepuasan pasien umum tentang skill dan profesionalisme pelayanan pada instalasi rawat inap RSUD Daya
- b) Untuk mengetahui gambaran kepuasan pasien umum tentang aksesibilitas dan fleksibilitas pelayanan pada instalasi rawat inap RSUD Daya
- c) Untuk mengetahui gambaran kepuasan pasien umum tentang service pelayanan pada instalasi rawat inap RSUD Daya
- d) Untuk mengetahui gambaran kepuasan pasien umum tentang reputasi dan kredibilitas pelayanan pada instalasi rawat inap RSUD Daya

D. Manfaat penelitian

a. Bagi pengembangan ilmu pengetahuan

Bagi pihak-pihak yang berkepentingan bisa dijadikan sebagai suatu bahan masukan dan perbandingan dalam pembahasan masalah yang berkaitan dengan penelitian ini. Serta menambah dan memperluas literatur yang berkaitan dengan bidang kualitas pelayanan dan kepuasan pasien.

b. Bagi Rumah sakit

Dengan hasil penelitian ini kiranya dapat dipakai sebagai bahan masukan dan pertimbangan bagi pihak RSUD Daya dalam rangka melakukan kegiatan peningkatan kualitas pelayanan dan mewujudkan kepuasan pasien demi mencapai visi dan misi RSUD Daya.

c. Bagi peneliti

Sebagai penambah pengetahuan dalam bidang pemasaran khususnya pada masalah kualitas pelayanan dan kepuasan pasien serta sebagai kesempatan menerapkan teori-teori yang telah didapatkan selama perkuliahan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan umum tentang mutu pelayanan kesehatan dan rumah sakit

1. Tinjauan Umum Tentang Mutu

Istilah mutu atau kualitas menjadi sesuatu yang menarik dan menjadi harapan serta keinginan dari konsumen baik mutu produk barang ataupun jasa. Mutu secara umum sering dikaitkan dengan suatu derajat keberhasilan atau penampilan yang patut mendapat pujian, sesuatu yang ekselen, suatu derajat kesempurnaan.

Beberapa definisi mutu yang diungkapkan para pakar mutu sebagai berikut: menurut Philip Crosby(1984); mutu adalah kepatuhan terhadap suatu spesifikasi dan keadaan tanpa cacat dan menurut Juran(1988); mutu adalah gambaran total sifat dari suatu produk atau jasa pelayanan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk memberikan kebutuhan kepuasan. Sedangkan menurut Deming(1900-1993); mutu adalah apapun yang menjadi kebutuhan dan keinginan konsumen(Tjiptono 2005: 11-12).

Parasuraman, Zeihtmal dan Bery(1991) dikutip dari Supranto(2011: 230) membuat model kualitas yang menyoroti syarat-syarat utama untuk memberikan kualitas jasa yang diharapkan. Model tersebut mengidentifikasi lima kesenjangan yang mengakibatkan kegagalan penyampaian jasa yaitu:

- a. Gap 1 adalah adanya kesenjangan antara harapan konsumen dengan persepsi manajemen atas harapan pelanggan (knowledge gap). Dimana pihak manajemen tidak selalu

dapat memahami secara akurat apa yang diinginkan oleh pelanggannya.

- b. Gap 2 adalah perbedaan persepsi manajemen atas harapan pelanggan dengan spesifikasi kualitas jasa (standards gap). Manajemen mungkin benar dalam memahami keinginan pelanggan tetapi tidak menetapkan standar pelaksanaan yang spesifik.
- c. Gap 3 adalah perbedaan antara spesifikasi kualitas jasa dan penyampaian jasa (delivery gap). Dalam hal ini personil mungkin kurang terlatih (belum menguasai tugasnya); beban kerja terlalu berlebihan; tidak mampu memenuhi standar kerja yang telah ditetapkan atau dihadapkan pada standar yang berlawanan, seperti menyediakan waktu untuk mendengarkan keluhan pasien tetapi dilain sisi mereka diharuskan melayaninya dengan cepat.
- d. Gap 4 adalah perbedaan antara penyampaian jasa dengan komunikasi eksternal (communications gap). Disini harapan pelanggan dipengaruhi oleh iklan dan pernyataan/janji/slogan yang dibuat perusahaan. Resikonya adalah harapan pelanggan akan membumbung tinggi dan sulit dipenuhi. Terutama jika perusahaan memberikan janji yang muluk-muluk.
- e. Gap 5 adalah perbedaan antara jasa yang dipersepsikan dan jasa yang diharapkan (service gap). Perbedaan ini terjadi apabila pelanggan mengukur kinerja perusahaan dengan cara

yang berbeda atau mereka bisa juga memiliki persepsi yang keliru mengenai kualitas.

2. Mutu pelayanan kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan sering diartikan sebagai mutu asuhan kesehatan, mutu pemeliharaan kesehatan, atau mutu perawatan kesehatan, yang menjadi acuan dalam pelaksanaan kegiatan sehari-hari, yaitu; derajat dipenuhinya standar profesi yang baik dalam pelayanan pasien terwujudnya hasil-hasil atau outcomes seperti yang diharapkan, yang menyangkut pelayanan pasien, diagnosa, prosedur atau tindakan pemecahan masalah klinis, definisi ini berorientasi pada proses dan hasil. Wijono(2008:36)

Mutu menurut Donabedian(1980) dikutip dari Wijono(2000:36-37) adalah nilai kepatutan yang sebenarnya(proper value) terhadap unit pelayanan tertentu, baik dari aspek technical(ilmu, ketrampilan dan teknologi medis atau kesehatan) dan interpersonal: tata hubungan dokter-pasien; komunikasi, empati dan kepuasan pasien.

Mutu pelayanan dapat diketahui dengan membandingkan antara kenyataan yang dirasakan oleh pelanggan dibandingkan dengan harapan yang ingin dicapai oleh pelanggan. Konsumen akan menilai pelayanan berkualitas setelah mereka mengetahui bahwa harapan yang diinginkan dapat tercapai.

3. Mutu pelayanan rumah sakit

Mutu pelayanan rumah sakit menurut direktorat pelayanan medik adalah suatu derajat kesempurnaan pelayanan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan masyarakat konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi sumber daya yang tersedia di rumah sakit secara

wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai norma, etika, hukum dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat konsumen(Depkes, 1988)

Menurut Donabedian(1980) yang dikutip dari Wiyono(2000), terdapat 3(tiga) pendekatan dalam menilai mutu pelayanan kesehatan atau rumah sakit yaitu:

a. Input atau struktur

Meliputi sarana fisik, perlengkapan dan peralatan, organisasi dan manajemen, keuangan, sumber daya manusia dan sumber daya lainnya dibidang kesehatan. Jadi yang dimaksudkan dengan struktur adalah input. Asumsinya bila struktur atau input di suatu organisasi pelayanan kesehatan baik, maka besar kemungkinan akan baik pula mutu pelayanannya.

Baik tidaknya struktur sebagai input dapat diukur dari jumlah atau besarnya input, mutu struktur atau mutu input, besarnya dana/biaya, dan kewajaran. Penilaian terhadap struktur, termasuk penilaian terhadap perlengkapan dan instrumen yang tersedia, yang sebagai alat untuk pelayanan. Walaupun termasuk aspek fisik dari fasilitas dan peralatan, penilaian struktur lebih jauh lagi mencakup karakteristik dari administrasi organisasi dan kualifikasi dari profesi kesehatan.

Dengan kata lain, struktur adalah sumber daya yang digunakan untuk memberikan pelayanan dan cara bagaimana sumber daya tersebut diorganisasikan.

b. Proses

Proses adalah seluruh kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga kesehatan dan interaksinya dengan pasien. Penilaian terhadap proses adalah evaluasi terhadap profesi kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

Kriteria umum yang digunakan adalah derajat dimana pelayanan kepada pasien sesuai dengan harapan dan standar profesi. Asumsinya adalah semakin patuh petugas kesehatan kepada standar yang baik dan diakui oleh masing-masing profesi, maka akan semakin tinggi pula mutu pelayanan terhadap pasien.

Baik tidaknya proses dapat diukur dari relevan atau tidaknya proses tersebut bagi pasien fleksibel dan efektifitas, mutu proses dan kewajaran. Pendekatan proses merupakan pendekatan paling langsung terhadap mutu pelayanan.

c. Outcome

Outcome merupakan hasil akhir kegiatan dan tindakan petugas kesehatan profesional terhadap pasien. Dengan kata lain, adanya perubahan derajat kesehatan dan kepuasan baik positif maupun negative.

Banyak pendapat mengenai ruang lingkup, sasaran serta tujuan dari mutu asuhan kesehatan, tetapi secara garis besar persepsi yang operasional tentang mutu asuhan kesehatan(rumah sakit) yang baik adalah apabila asuhan itu: tersedia dan terjangkau, tepat kebutuhan, tepat tujuan, tepat sumber daya, tepat standar profesi, wajar dan aman serta memuaskan pasien(Sabarguna,2009: 83)

Mutu pelayanan Rumah sakit dapat pula dilihat dari segi aspek yang berpengaruh. Aspek berarti termasuk hal-hal yang secara langsung atau tidak langsung berpengaruh terhadap penilaian. Keempat aspek itu adalah seperti berikut:

a) Aspek klinis

Yaitu menyangkut pelayanan dokter, perawat dan terkait dengan teknis medis

b) Efisiensi dan efektifitas

Yaitu: pelayanan yang murah, tepat guna, tidak ada diagnosa dan terapi berlebihan

c) Keselamatan pasien

Yaitu upaya perlindungan terhadap pasien, misalnya perlindungan jatuh dari tempat tidur, kebakaran.

d) Kepuasan pasien

Yaitu berhubungan dengan kenyamanan, keramahan dan kecepatan pelayanan(Sabarguna 2009: 81-82).

Pengukuran mutu suatu jasa pelayanan rumah sakit dilakukan secara tidak langsung dan yang diukur adalah petunjuk yang dianggap relevan dengan aspek-aspek tertentu yang ada peranannya dalam produksi jasa ini.

Petunjuk ini dibedakan dalam indikator, kriteria dan standar(Jacobalis,1990):

1) Indikator

Dalam bidang pelayanan kesehatan, indikator-indikator adalah fenomena yang menunjuk pada kewajaran dan derajat mutu pelayanan yang diberikan. Indikator ini mengacu pada berbagai aspek mutu yaitu: klinis atau penampilan profesi, efisiensi dan efektifitas, keamanan atau keselamatan pasien dan kepuasan pasien. Contoh; indikator klinis: angka infeksi nosokomial, angka kematian rumah sakit(NDR/GDR). Indikator efisiensi dan efektifitas; BOR dan pasien pulang paksa dan prosedur administrasi yang rumit. Indikator keselamatan pasien: pasien lupa diberi obat, pasien tejatuh di tempat tidur. Indikator kepuasan pasien: jumlah keluhan dari pasien atau keluarga, hasil penilaian dengan kuesioner atau survey tentang derajat kepuasan pasien.

2) Kriteria

Untuk lebih spesifik maka indikator perlu diuraikan dalam kriteria sehingga dapat diukur dan dihitung. Misalnya indikator infeksi pasca bedah dapat dispesifikasikan menjadi kriteria 2%, angka ini merupakan suatu ambang.

3) Standar

Standar merupakan tingkat ideal pencapaian yang diinginkan. Biasanya dalam bentuk minimal dan maksimal(range), dan penyimpangan yang terjadi disebut toleransi.

Untuk memandu atau tetap berpedoman pada standar yang telah dibuat maka dibuatkan protap(prosedur tetap), protap ini tersusun secara sistematis dan dapat dipakai untuk mengambil keputusan ataupun melaksanakan pelayanan kesehatan.

Mutu pelayanan rumah sakit secara total dalam pandangan pasien terdiri: *quality technical* meliputi pelayanan dokter, perawat dan petugas lain. *Functional quality* meliputi proses layanan yang diterima misalnya reliability, assurance dan lain-lain *Amnety* meliputi keamanan dan kenyamanan pasien(Supriyanto dkk, 2010:300)

4. Dimensi mutu

Sebenarnya banyak pihak yang berkepentingan dengan mutu pelayanan kesehatan maupun rumah sakit, adapun pihak-pihak tersebut antara lain: konsumen(pasien), pemberi jasa pelayanan kesehatan (provider), pembayar (pihak ketiga atau asuransi), manajemen rumah sakit, karyawan rumah sakit, pemerintah dan ikatan profesi.

Pihak-pihak ini memiliki sudut pandang dan kepentingan yang berbeda terhadap mutu. Sehingga mutu pelayanan kesehatan dapat ditinjau dari berbagai sudut pandang atau perpektif yaitu:

a) Dimensi konsumen atau dimensi pasien

Dalam persektif pasien, mutu pelayanan yaitu apakah pelayanan kesehatan itu dapat memenuhi apa yang diharapkan konsumen yang diukur dengan kepuasan pasien dan keluhan pasien. Dimensi mutu pelayanan ini lebih terkait dengan penilaian mutu pelayanan kesehatan berdasarkan persepsi masing-masing individu.

Mutu pelayanan kesehatan bagi pasien lebih banyak dilihat pada dimensi ketanggapan petugas dalam memenuhi kebutuhan pasien, memberikan suatu empati, respek, kelancaran komunikasi petugas dengan pasien, keramahtamahan petugas dalam melayani pasien dan atau kesembuhan penyakit yang sedang diderita.

Walaupun penilaian mutu pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien merupakan nilai subyektif, tetapi tetap ada dasar obyektif yang dilandasi oleh pengalaman masa lalu, pendidikan, situasi psikis waktu pelayanan dan pengaruh lingkungan.

Dalam penilaian performance pemberi jasa pelayanan kesehatan terdapat dua elemen yang perlu diperhatikan yaitu teknis medis dan hubungan interpersonal. Hal ini meliputi penjelasan dan pemberian informasi kepada pasien tentang penyakitnya serta memutuskan bersama pasien tindakan yang akan dilakukan atas dirinya.

Hubungan interpersonal ini berhubungan dengan pemberian informasi, empati, kejujuran, ketulusan hati, kepekaan dan kepercayaan dengan memperhatikan privasi pasien.

b) Dimensi profesi atau dimensi petugas kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan yang dilihat dari sudut pandang petugas profesi kesehatan sebagai penyelenggaraan pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi kesesuaian

pelayanan yang diselenggarakan dengan perkembangan ilmu dan teknologi mutakhir dan atau otonomi profesi dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien dan untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien dan masyarakat.

c) Dimensi manajemen atau dimensi proses

Dalam perspektif manajemen, mutu pelayanan berhubungan dengan suatu cara menjalankan proses pelayanan kesehatan dengan menggunakan sumber daya yang paling efisien di dalam memenuhi kebutuhan konsumen.

d) Dimensi Pemilik Pelayanan Kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan yang dilihat dari sudut pandang penyandang dana pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi efisiensi pemakaian sumber dana, kewajaran pembiayaan kesehatan dan atau kemampuan pelayanan kesehatan mengurangi kerugian penyandang dana pelayanan kesehatan.

Menurut Lori Di Pete Brown dkk yang dikutip dari Wijono(2008) faktor-faktor yang mempengaruhi dimensi mutu pelayanan kesehatan ialah:

- a. Kompetensi teknis: terkait dengan ketrampilan, kemampuan dan penampilan petugas
- b. Akses terhadap pelayanan: pelayanan kesehatan yang tak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, budaya, organisasi atau hambatan bahasa.

- c. Efektivitas: menyangkut norma pelayanan kesehatan dan petunjuk klinik sesuai standar yang ada
- d. Efisiensi: terkait dengan pemilihan intervensi yang cost effective, karena terbatasnya sumber daya pelayanan kesehatan.
- e. Kontinuitas: pelayanan yang diberikan lengkap sesuai yang dibutuhkan tanpa interupsi, berhenti atau mengulangi prosedur diagnosis dan terapi yang tak perlu.
- f. Keamanan: berarti mengurangi resiko cedera, infeksi, efek samping dan bahaya lain yang berkaitan dengan pelayanan.
- g. Hubungan antar manusia: berkaitan dengan interaksi antara petugas kesehatan dengan pasien, manajer dan petugas, dan antara tim kesehatan dengan masyarakat.
- h. Kenyamanan: berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang tak berhubungan langsung dengan efektifitas klinis, tapi dapat mempengaruhi kepuasan pasien dan bersedianya kembali ke fasilitas kesehatan untuk memperoleh pelayanan berikutnya.

Sementara itu menurut Zeithmal, Bery dan Parasuraman(1985) yang dikutip dari Tjiptono 1997 mengidentifikasi lima dimensi pokok yang berkaitan dengan kualitas jasa meliputi:

- a. *Tangible*(berwujud): dimensi mutu pelayanan yang meliputi penampilan fisik dari fasilitas, peralatan, karyawan dan peralatan komunikasi.
- b. *Realibility*(keandalan): dimensi mutu pelayanan yang berupa kemampuan untuk memberikan pelayanan/jasa yang telah dijanjikan secara konsisten dan dapat diandalkan (akurat).

- c. *Responsiveness*(cepat tanggap): dimensi mutu pelayanan tentang kemauan untuk membantu pelanggan (pasien) dan menyediakan jasa/pelayanan yang cepat dan tepat.
- d. *Assurance* (kepastian): dimensi mutu pelayanan yang mencakup pengetahuan dan keramah-tamahan para karyawan dan kemampuan mereka untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf, bebas dari bahaya, risiko atau keragu-raguan.
- e. *Empaty*(empati): dimensi mutu pelayanan yang meliputi pemahaman pemberian perhatian secara individual kepada pelanggan, kemudahan dalam melakukan komunikasi yang baik, dan memahami kebutuhan pelanggan.

Gronroos(2000) dikutip dari Muninjaya(2011:8) memaparkan tiga dimensi utama atau faktor yang dipergunakan konsumen dalam menilai kualitas yaitu outcome-related(technical quality), process-related(functional quality), image-related dimensions. Ketiga dimensi ini kemudian dijabarkan sebagai berikut:

a) *Professionalism and skills*:

Kriteria penilaian ini berhubungan dengan outcome: yaitu tingkat kesembuhan pasien. Dimana, pelanggan menganggap bahwa penyedia jasa, para karyawan, sistem operasional, dan sumber daya fisiknya memiliki pengetahuan dan ketrampilan yang dibutuhkan untuk memecahkan masalah pelanggan secara profesional.

b) *Attitudes and behavior*

Kriteria sikap dan perilaku staf akan berhubungan dengan proses pelayanan. Pelanggan merasa bahwa karyawan dalam memberikan pelayanan selalu memperhatikan mereka dan berusaha membantu memecahkan masalah pelanggan secara spontan dan senang hati.

c) *Accessibility and fleksibility*

Kriteria penilaian ini berhubungan dengan proses pelayanan. Pelanggan merasa bahwa penyedia jasa, lokasi, jam kerja, karyawan dan sistem operasionalnya dirancang dan dioperasikan sedemikian rupa sehingga pelanggan dapat mengaksesnya dengan mudah. Selain itu juga dirancang dengan maksud agar dapat bersifat fleksibel dalam menyesuaikan permintaan dan keinginan pelanggan.

d) *Reliability and trustworthiness*

Kriteria penilaian ini juga berhubungan dengan proses pelayanan. Pelanggan meyakini bahwa apapun yang terjadi atau telah disepakati, mereka bisa mengandalkan penyedia jasa, karyawan dan sistemnya dalam memenuhi janji-janjinya dan bertindak demi kepentingan pelanggan.

e) *Recovery*

Kriteria penilaian ini berhubungan dengan proses pelayanan. Pelanggan meyakini bahwa bila ada kesalahan atau bila terjadi sesuatu yang tidak diharapkan, penyedia jasa akan

segera dan secara aktif mengambil tindakan untuk mengendalikan situasi dan menemukan solusi yang tepat.

f) *Serviscape*

Kriteria penilaian ini berhubungan dengan proses pelayanan. Pelanggan merasa bahwa kondisi fisik dan aspek lingkungan service encounter lainnya mendukung pengalaman positif atas proses jasa.

g) *Reputation and credibility*

Kriteria ini berhubungan dengan image. Pelanggan akan meyakini benar bahwa institusi penyedia jasa pelayanan kesehatan memang memiliki reputasi baik, dapat dipercaya, dan punya rating tinggi dibidang pelayanan kesehatan. Kepercayaan ini sudah terbukti dari reputasi pelayanan yang sudah ditunjukkan selama ini oleh institusi penyedia jasa pelayanan kesehatan ini.

B. Tinjauan Umum Tentang Kepuasan Pelanggan

Sesungguhnya kepuasan pelanggan merupakan tujuan akhir dari pelayanan rumah sakit pada umumnya dan berkaitan dengan kesembuhan, bebas dari cacat, kelemahan serta kesesuaian pembayarannya. Engel, et al(1990) menyatakan bahwa kepuasan pelanggan merupakan evaluasi purnabeli dimana alternatif yang dipilih sekurang-kurangnya sama atau melampaui harapan pelanggan, ketidakpuasan muncul apabila hasil tidak memenuhi harapan. Sedangkan menurut Philip Kotler(1994), kepuasan pelanggan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang ia rasakan dengan harapannya(Tjiptono,1997)

Ada kesamaan diantara beberapa definisi diatas, yaitu menyangkut komponen kepuasan pelanggan(harapan dan kinerja/hasil yang dirasakan). Umumnya harapan pelanggan merupakan perkiraan atau keyakinan pelanggan tentang apa yang akan diterimanya bila ia membeli atau mengkonsumsi suatu produk (barang atau jasa). Sedangkan kinerja yang dirasakan adalah persepsi pelanggan terhadap apa yang ia terima setelah mengkonsumsi produk yang diberi atau pelayanan yang telah dirasakan.

Merkourius et al(1999) dikutip dari Suryawati(2004) menyatakan bahwa mengukur kepuasan dapat digunakan sebagai alat untuk: 1) Evaluasi kualitas pelayanan kesehatan, 2) Evaluasi terhadap konsultasi intervensi dan hubungan antara perilaku sehat dan sakit, 3) Membuat keputusan administrasi, 4) Evaluasi efek dan perubahan organisasi pelayanan, 5) Administrasi staf, 6) Fungsi pemasaran, 7) Formasi etik profesional

Tingkat kepuasan pasien adalah suatu fungsi dari perbedaan antara penampilan pelayanan kesehatan yang diterimanya dan yang seharusnya diterima. Kepuasan pengguna jasa pelayanan rumah sakit dapat disimpulkan sebagai selisih kinerja institusi pelayanan rumah sakit dengan harapan pelanggan(pasien atau kelompok masyarakat). Kepuasan pelanggan(customer satisfaction) dapat dirumuskan sebagai berikut: $Satisfaction = f(\text{performance} - \text{expectation})$ dari rumus ini menghasilkan tiga kemungkinan:

1. $Performance < Expectation$

Jika kinerja institusi penyedia pelayanan kesehatan(rumah sakit) lebih jelek dari yang diharapkan oleh para penggunanya maka pengguna merasa kurang puas dengan pelayanan yang diterima.

2. Performance = Expectation

Jika kinerja institusi penyedia pelayanan kesehatan(rumah sakit) sama dengan harapan para penggunanya maka pengguna akan merasa puas dengan pelayanan yang diterimanya

3. Performance > Expectation

Bila kinerja institusi pelayanan kesehatan(rumah sakit) lebih tinggi dari harapan penggunanya maka pengguna akan merasa sangat puas(Muninjaya, 2011: 13-14)

Adapun dasar pertimbangan rumah sakit harus memberikan pelayanan yang memuaskan pasien adalah sebagai berikut:

a) Pertimbangan kemanusiaan(*humanistic reason*)

Pasien adalah orang yang menderita sakit fisik maupun mental, kecemasan, nyeri dan kekhawatiran tentang keadaan ekonomi mereka

b) Pertimbangan ekonomi(*economical reason*)

Pasien adalah pelanggan secara ekonomi seperti pelanggan pada umumnya, mereka menuntut pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai pengeluaran biaya yang dikeluarkannya.

c) Pertimbangan pemasaran(*marketing*)

Pasien merupakan figure “ *Public relation*” dan “*sales marketing*” rumah sakit yang potensial yang dapat menguntungkan atau merugikan, yang berhubungan dengan rasa puas atau tidak puas berkaitan dengan pelayanan yang diterima.

d) Pertimbangan efisiensi(*efficiency*)

Pasien yang puas dengan pelayanan akan mudah segalanya bagi petugas RS namun pasien yang tidak puas akan sangat merepotkan dan menghabiskan

waktu, tenaga dan pikiran dan juga pengeluaran biaya yang sesungguhnya tidak perlu(Wijono,2008: 53)

Sedangkan manfaat dari memberikan pelayanan yang memuaskan pasien menurut Aswar(1999) adalah:

- a. Rekomendasi medis untuk kesembuhan pasien akan dengan senang hati diikuti oleh pasien yang merasa puas terhadap pelayanan rumah sakit
- b. Terciptanya citra positif dan nama baik rumah sakit karena pasien yang puas tersebut akan memberitahukan kepuasannya kepada orang lain. Hal ini secara kumulatif akan menguntungkan rumah sakit karena pemasaran rumah sakit secara tidak langsung
- c. Citra positif rumah sakit akan menguntungkan secara sosial dan ekonomi. Bertambahnya jumlah pasien yang berobat, karena ingin mendapatkan pelayanan yang memuaskan seperti yang selama ini mereka dengar akan menguntungkan rumah sakit secara sosial ekonomi(meningkatnya pendapatan rumah sakit)
- d. Berbagai pihak yang berkepentingan(*stake holders*) rumah sakit seperti perusahaan asuransi, akan lebih menaruh kepercayaan pada rumah sakit yang mempunyai citra positif
- e. Di dalam rumah sakit yang berusaha mewujudkan kepuasan pasien akan lebih diwarnai dengan situasi pelayanan yang menjunjung hak-hak pasien rumah sakit akan berusaha sedemikian rupa hingga malpraktik tidak terjadi.

Kepuasan pasien rumah sakit dipengaruhi banyak faktor, antara lain yang berkaitan dengan: pendekatan dan perilaku petugas berhubungan dengan perasaan

pasien terutama saat pertama kali datang, mutu informasi yang diterima, prosedur perjanjian, waktu tunggu, fasilitas umum(ruang tunggu, tempat parkir dll) yang tersedia, fasilitas perhotelan untuk pasien seperti mutu makanan, privasi dan pengaturan kunjungan serta outcome dari terapi dan perawatan yang diterima.

Menurut Wendy Leebov et al yang dikutip dari Wijono 2008, faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien meliputi:

- a. Faktor kompetensi(*competence*): pengalaman memberikan pelayanan medis/ keperawatan seperti; dokter, perawat, resepsionis dan staf lain.
- b. Keterjangkauan(*Affordability*): faktor pembiayaan
- c. Faktor *ambience*: faktor seputar lingkungan rumah sakit(kebersihan)
- d. Faktor sistem: keruwetan(*The Maze Factor*)/kemudahan menemukan pelayanan/perawatan
- e. Faktor kelembutan(*kidgloves*)/faktor hubungan antar manusia
- f. Faktor kenyamanan dan keistimewaan(*ammunities and extras*): keramahtamahan, kesabaran petugas.
- g. Faktor waktu pelayanan; waktu penyelenggaraan yang efisien, kemampuan untuk memenuhi janji secara cepat, waktu yang digunakan untuk melakukan pelayanan dan waktu tunggu untuk tes pemeriksaan/diagnostik dan perawatan

Sedangkan aspek- aspek yang memengaruhi kepuasan pasien rawat inap untuk rumah sakit antara lain:

- a. Petugas kantor penerimaan pasien rawat inap melayani dengan sopan dan ramah
- b. Petugas melayani dengan cepat, tepat, tidak berbelit-belit.

- c. Kursi untuk pasien dan keluarga yang sedang menunggu giliran layanan tersedia dengan cukup
- d. Kursi roda/ troli tersedia pada kantor penerimaan untuk membawa pasien ke ruangan rawat inap.
- e. Perawat pada ruangan rawat inap melayani dengan sopan, ramah dan tanggap.
- f. Tempat tidur telah disiapkan dalam keadaan rapi, bersih, dan siap pakai
- g. Perawat menolong/mengangkat pasien dari kursi roda/troli ke tempat tidur
- h. Perawat segera menghubungi dokter menanyakan tentang obat dan jenis makanan pasien
- i. Ruangan rawat inap tertata rapi, bersih dan nyaman
- j. Kelengkapan dan kebersihan peralatan yang dipakai
- k. Perawat memberi informasi tentang peraturan, waktu makan, jenis makanan, waktu tidur, kunjungan dokter, penyimpanan barang berharga, jam besuk dan lain-lain
- l. Perawat memberikan kesempatan bertanya
- m. Penampilan perawat yang bertugas rapi bersih serta bersikap mau menolong
- n. Perawat memperhatikan kebutuhan dan keluhan setiap pasien
- o. Perawat memperhatikan keluhan keluarga pasien
- p. Perawat berupaya menjaga privasi pasien selama berada dalam ruangan rawat inap
- q. Perawat selalu memberi obat pasien sesuai prosedur pemberian obat

- r. Perawat menanyakan tentang kecukupan dan rasa makanan pasien serta makanan yang menjadi kesukaan/tidak disukai pasien dan berupaya memenuhi jika dimungkinkan oleh penyakit pasien.
- s. Dokter mengunjungi pada ruangan rawat inap dua kali sehari dan berkomunikasi dengan pasien dan perawat
- t. Perawat melaporkan segala detail perubahan pasien kepada dokter sewaktu melakukan kunjungan
- u. Dokter selalu menanyakan perubahan keluhan pasien dan melakukan pemeriksaan dan jika perlu mengganti obat pasien
- v. Jika perlu dokter mengkonsultasikan pasien ke dokter lain
- w. Perawat menginformasikan persiapan yang harus dilakukan oleh pasien sebelum dibawah berkonsultasi dengan dokter lain
- x. Perawat membawa pasien dengan menggunakan kursi roda/troli sewaktu akan berkonsultasi dengan dokter lain
- y. Dokter jaga tersedia selama 24 jam dan dokter yang menangani pasien selalu on call?(Pohan, Imbalo, 2007; 177-178)

Untuk menentukan tingkat kepuasan menurut Fitsimmons et al(2001) yang dikutip dari Agustiono dkk(2004) terdapat lima faktor utama yang harus diperhatikan oleh perusahaan / rumah sakit, yaitu:

- a. Kualitas produk.

Pelanggan akan merasa puas bila hasil evaluasi mereka menunjukkan bahwa produk yang mereka gunakan berkualitas.

b. Kualitas pelayanan.

Terutama untuk industri jasa, pelanggan akan merasa puas bila mereka mendapatkan pelayanan yang baik atau yang sesuai dengan yang diharapkan.

c. Emosional.

Pelanggan akan merasa bangga dan mendapatkan keyakinan bahwa orang lain akan kagum terhadap dia bila menggunakan produk dengan merek tertentu yang cenderung mempunyai tingkat kepuasan lebih tinggi. Kepuasan yang diperoleh bukan karena kualitas dari produk tetapi nilai sosial atau *self esteem* yang membuat pelanggan menjadi puas terhadap merek tertentu.

d. Harga.

Produk yang mempunyai kualitas sama tetapi menetapkan harga yang relatif murah akan memberikan nilai yang lebih tinggi kepada pelanggannya.

e. Biaya.

Pelanggan tidak perlu mengeluarkan biaya tambahan atau tidak perlu membuang waktu untuk mendapatkan suatu produk atau jasa cenderung puas terhadap produk atau jasa itu.

Menurut Kotler (1994) yang dikutip dari Tjiptono (1997) terdapat empat metode untuk mengukur kepuasan pasien yaitu :

1) Sistem keluhan dan saran.

Metode ini dilakukan dengan cara pasien menyampaikan keluhan dan saran melalui kotak saran, kartu komentar, saluran telepon khusus dll.

2) Survei kepuasan pelanggan.

Pengukuran kepuasan pelanggan melalui metode ini dapat dilakukan dengan berbagai cara, diantaranya :

- *Directly reported satisfaction* yakni pengukuran langsung dengan pertanyaan-pertanyaan yang disampaikan kepada pasien tentang tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan.
- *Derived dissatisfaction* yakni pengukuran yang dilakukan dengan cara mengajukan pertanyaan tentang seberapa besar harapan dan hasil dari kinerja pelayanan yang telah dirasakan pasien.
- *Problem analysis* yakni pengukuran kepuasan yang dilakukan dengan cara meminta responden untuk menuliskan masalah yang berkaitan dengan pelayanan yang telah diberikan beserta menuliskan saran-saran untuk perbaikan dalam pelayanan.
- *Importance-performance analysis* yakni pengukuran kepuasan yang dilakukan dengan cara meminta responden untuk merangking berbagai elemen dari pelayanan yang ditawarkan berdasarkan derajat

pentingnya setiap elemen dan seberapa baik kinerja pelayanan masing-masing elemen.

3) *Ghost shopping*.

Metode ini dilakukan dengan cara mempekerjakan beberapa orang untuk berperan atau bersikap sebagai pasien dengan tujuan untuk melihat kekurangan atau kelebihan dari pelayanan.

4) *Lost customer analysis*.

Metode ini dilakukan dengan cara pemberi pelayanan menghubungi pelanggan yang berhenti atau pindah ke tempat pelayanan lain dan memantau angka kehilangan pelanggan yang menunjukkan kelemahan dalam memuaskan pelanggan.

C. Tinjauan Umum Tentang Rumah Sakit

Berdasarkan UU RS: 44 Thn 2009: Rumah Sakit adalah salah satu institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat sedangkan pengertian rumah sakit sebagaimana tertera dalam PERMENKES RI No. 159b/Men Kes/Per/1998, rumah sakit adalah sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan, serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian

Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna(Pasal 4, UU RS No: 44 tahun 2009). Dalam menjalankan tugasnya serta mengelola rumah sakit agar tetap dapat memenuhi

kebutuhan pasien dan masyarakat yang dinamis maka setiap komponen yang ada di rumah sakit harus terintegrasi dalam suatu sistem.

Rumah sakit memiliki fungsi (UU RI No: 44 tahun 2009):

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan;

Klasifikasi Rumah sakit umum berdasarkan pada: pelayanan, sumber daya manusia, peralatan, sarana dan prasarana, administrasi serta manajemen diklasifikasikan menjadi rumah sakit umum tipe A, B, C dan D.

Pelayanan kesehatan di rumah sakit terdiri dari:

- a. Pelayanan medis

Merupakan pelayanan yang diberikan oleh tenaga medis yang profesional dalam bidangnya baik dokter umum maupun dokter spesialis.

b. Pelayanan keperawatan

Merupakan pelayanan yang bukan tindakan medis terhadap pasien, tetapi merupakan tindakan yang dilakukan oleh perawat sesuai aturan keperawatan.

c. Pelayanan penunjang medik

Pelayanan yang diberikan terhadap pasien seperti: gizi, farmasi, laboratorium, radiologi dan lain-lain.

d. Pelayanan administrasi dan keuangan

Pelayanan administrasi antara lain bidang ketatausahaan seperti loket pendaftaran, rekam medis dan kerumahtanggaan.

Secara umum pelayanan rumah sakit terdiri dari pelayanan rawat inap dan rawat jalan. Pelayanan rawat inap adalah suatu kelompok pelayanan kesehatan yang terdapat di rumah sakit yang merupakan gabungan dari beberapa fungsi pelayanan. Kategori pasien yang masuk rawat inap adalah pasien yang perlu perawatan intensif atau observasi ketat karena penyakitnya.

Pelayanan rawat inap adalah pelayanan pasien yang perlu menginap dengan cara menempati tempat tidur untuk keperluan observasi, diagnosa dan terapi bagi individu dengan keadaan medis, bedah, kebidanan, penyakit kronis atas rehabilitasi medik atau pelayanan medik lainnya dan memerlukan pengawasan dokter dan perawat serta petugas medik lainnya setiap hari.