

**ANALISIS KEPENTINGAN PASIEN DAN KINERJA PELAYANAN
UNTUK MENENTUKAN SKALA PRIORITAS DI RAWAT INAP
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MASOHI
KABUPATEN MALUKU TENGAH
TAHUN 2013**

**PATIENT INTEREST AND SERVICE PERFORMANCE ANALYSIS TO DETERMINE PRIORITY
SERVICE AT IN-PATIENT INSTALLATION OF RSUD MASOHI IN 2013**

ABD MUTHALIB LATUAMURY



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Abd. Muthalib Latuamury

Nomor Mahasiswa : P1806210521

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Mei 2013

Yang menyatakan

Abd. Muthalib L

ABSTRAK

ABD MUTHALIB LATUAMURY, **Analisis Kepentingan Pasien Dan Kinerja Pelayanan Untuk Menentukan Skala Prioritas Di Instalasi Rawat Inap RSUD Masohi Tahun 2013** (didampingi oleh Noer Bahry Noor dan Burhanuddin bahar)

Latar Belakang penelitian dilaksanakan untuk menganalisis sejauh mana kepentingan pasien dan kinerja pelayanan yang diterima dari sisi *professionalism and skill, accessibility and flexibility, serviscape, attitude and behavior, reliability, recovery, reptation and credibility* sehingga dapat menentukan prioritas layanan rawat inap, sekaligus oleh pihak manajemen rumah sakit dicarikan solusi penyelesaian masalah. Penelitian dilakukan terhadap pasien rawat inap di RSUD Masohi Kabupaten Maluku Tengah selama bulan April sampai dengan Mei 2013.

Metode yang digunakan adalah analisis deskriptif eksploratif dengan menggunakan pendekatan kuantitatif, dimana pengumpulan datanya secara observasional menggunakan kuisioner. dengan pendekatan cross sectional pada 80 sampel yang dipilih secara *proporsional random sampling*, dan pengumpulan data kualitatif dilakukan melalui FGD dengan sampel pihak manajemen rumah sakit.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa bahwa terdapat 11 sub variabel pelayanan masuk dalam kuadran A: (1) Perawat melayani dengan tepat waktu, (2) Biaya pelayanan yang terjangkau, (3) Dokter ada saat dibutuhkan selama 24 jam, (4) Ruangan dan tempat tidur bersih dan rapi, (5) Ketersediaan tempat parkir dan aman, (6) Kamar mandi/WC bersih dan tersedia air, (7) Kebersihan lingkungan RSUD Masohi, (8) Kecepatan dokter jaga memberikan pelayanan, (9) Dokter melayani sesuai jadwal visite, (10) Terjamin keamanan terhadap pelayanan dan (11) Rumah Sakit mempunyai peralatan yang lengkap (sub variabel dengan tingkat kepentingan pasien tinggi, namun memiliki tingkat kinerja yang rendah) dari diagram Kartesius pada setiap ruangnya. Terdapat 3-4 sub variabel prioritas dapat diselesaikan pada tahun 2013.

Kesimpulan: variabel *professionalism and skill* dan *attitude and behavior* menunjukkan kinerja yang baik di semua ruangan, sedangkan *serviscape* menunjukkan kinerja paling buruk di semua ruangan.

Untuk meningkatkan kinerja rumah sakit perlu diprioritaskan peningkatan pelayanan khususnya pada variabel *serviscape* tersebut.

Kata Kunci: Kepentingan pasien, Kinerja Pelayanan, Prioritas Pelayanan.

ABSTRACT

ABD. MUTHALIB LATUAMURY, Patient Interest and Service Performance Analysis To Determine Priority Service at In-patient Installation Of RSUD Masohi in 2013 (supervised by Noer Bahry Noor and Baharuddin Bahar).

The aim of this research were to analysis the extent to which the interests of patients and the received of the service performance from the professionalism and skill, accesibility and flexibility, serviscape, attitude and bahavior, reliability, recovery, reputation and credibility, to determine the priority of in-patient services, and the hospital management tried to find the solution of their priority problems. This Research were conducted on in-patient installation Of RSUD Masohi, Central Maluku from April to May 2013.

Method of the research was Importance-Performance Services Analysis, using cross sectional approach, The sample was 80 patients selected by proportional random sampling, and qualitative data collection through focus group discussions with the hospital management employee as a sample.

The results showed that there were 10 sub-variables the entered service into quadrant A (sub variables with the highest of patient interest level and the lowest of performance level) from the Cartesius diagram in each room. There are 3 to 4 sub-priority variables can be completed in 2013.

Conclusion: variables of professionalism and skill, attitude and bahavior, shows a good performance in all the rooms, while Serviscape showed the worst performance in all rooms.

To improve hospital performance, it needs to give priority to improvement of service, specificaly in the Serviscape variables.

Keywords: The interest of patients, service performance, priority of services

ABSTRACT

ABD. MUTHALIB LATUAMURY, Patient Interest and Service Performance Analysis To Determine Priority Service at In-patient Installation Of RSUD Masohi in 2013 (supervised by Noer Bahry Noor and Baharuddin Bahar).

The aim of this research were to analysis the extent to which the interests of patients and the received of the service performance from the professionalism and skill, accesibility and flexibility, serviscape, attitude and bahavior, reliability, recovery, reputation and credibility, to determine the priority of in-patient services, and the hospital management tried to find the solution of their priority problems. This Research were conducted on in-patient installation Of RSUD Masohi, Central Maluku from April to May 2013.

Method of the research was Descriptive Explorative Analysis, using quantitative approach, which the data collection through observation with questionnaire. With Cross sectional approach to 80 patients sample selected by proportional random sampling, and qualitative data collection through focus group discussions with the hospital management employee as a sample.

The results showed that there were 11 sub-variables the entered service into quadrant A: (1) The Nurse served on time, (2) Service fee are available, (3) Doctor was there in 24 hour, (4) Bedrooms and rooms are clean and tidy, (5) There are parking lot, (6) Bathrooms are clean and have water supply, (7) Hospital environment are clean, (9) Shift doctor were there when visit time, (10) Guarantee in services, (11) Hospital with full equipment. (sub variables with the highest of patient interest level and the lowest of performance level) from the Cartesius diagram in each room. There are 3 to 4 sub-priority variables can be completed in 2013.

Conclusion: variables of professionalism and skill, attitude and bahavior, shows a good performance in all the rooms, while Serviscape showed the worst performance in all rooms.

To improve hospital performance, it needs to give priority to improvement of service, specifiically in the Serviscape variables.

Keywords: The interest of patients, service performance, priority of services

KATA PENGANTAR



Puji Syukur kehadiran Allah SWT berkat limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga pada kesempatan ini penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul "Analisis Kepentingan pasien dan Kinerja pelayanan untuk menentukan skala prioritas di Instalasi Rawat Inap RSUD Masohi Kabupaten Maluku Tengah". Sesuai dengan eksistensi penulis, maka apa yang tertuang dalam tulisan ini perwujudan dan upaya optimal yang penulis lakukan.

Tesis ini lahir atas kerja keras yang tak terhingga dengan harapan hasilnya yang maksimal tentulah tidak diperoleh dengan mudah melainkan atas bantuan dari berbagai pihak, baik bantuan moril maupun materil sehingga segala sesuatunya dapatlah penulis atasi, yang pada akhirnya terwujud hasil penelitian ini sebagaimana adanya. Sebagaimana kata pepatah, *Tak ada gading yang tak retak*, seperti itulah kiranya yang bisa penulis ungkapkan, jika dalam hasil penelitian ini terdapat adanya kekurangan, baik dalam hal sistematika, pola penyampaian, bahasa, maupun materi yang di luar kemampuan penulis. Hal itu tidak terlepas dari keterbatasan penulis sebagai manusia biasa. Sehingga saran yang bersifat konstruktif sangat penulis harapkan demi kesempurnaan hasil penelitian ini.

Ucapan terima kasih penulis persembahkan kepada kedua orang tuaku tercinta, yang telah menjelma sebagai malaikat-malaikat yang selalu ada, ayahanda Syarif Latuamury, Ibunda Rukia Salampessy dan istri tercinta Nasmaun Tuasikal, S.Hut, yang selalu setia memberikan motivasi, materi, dan kasih sayang

yang tak terhingga serta mendoakan perjalanan studi penulis agar dapat selesai dan sukses.

Selain itu, mengucapkan terima kasih sedalam-dalamnya kepada Bapak Dr. dr. H. Noer Bahry Noor, MSc selaku pembimbing I dan Bapak Dr. dr. Burhanuddin Bahar, MS selaku Pembimbing II yang telah meluangkan waktu dan pikirannya dalam mengarahkan penulis dalam penyusunan hasil penelitian ini.

Ucapan terima kasih penulis sampaikan pula kepada yang terhormat:

1. Rektor Universitas Hasanuddin
2. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
3. Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin
4. Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin, Ketua Konsentrasi Magister Administrasi Rumah Sakit serta Dosen Pengajar dan Staf Pengelola, Masna, Eda, K'ruri, Ima, Ugayang telah banyak memberikan dukungan, bantuan serta arahan-arahan selama penulis mengikuti pendidikan.
5. Pihak RSUD MASOHI Kabupaten Maluku Tengah.
6. PEMDA Kabupaten Maluku Tengah
7. Bapak Prof.Dr. dr. H.M. Alimin Maidin, MPH, Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS, dan Prof, Sangkala, MA selaku penguji yang telah memberikan banyak pengetahuan serta memberikan motivasi kepada penulis.
8. Sahabat, teman, sekaligus orang terbaik, terhebat dan tersayang yang selalu menemani, memberikan semangat, motivasi, bantuannya selama ini dan kesetiaannya yang selalu nyata.

9. Sahabat-sahabatku tercinta M. Rum Namakule, dr. Masdar Murtada, Dian Ekawaty, Wiwin, dan teman-teman yang lain yang selalu memberikan motivasi dan dukungan yang tiadahenti.
10. Seluruh teman-teman seperjuangan konsentrasi Administrasi Rumah Sakit Angkatan 2010 "MARS Crew" atas bantuan dan dorongannya, khususnya dr. Vika, dr. Leni, drg. Reni, dr. Neni, Ayu, Hasan, Rizal, Helni, Puji, Wiwin, terima kasih atas kekompakannya.

Akhir kata penulis mengucapkan semoga Allah SWT. senantiasa memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua. Amin.

Makassar, Mei 2013

Abd Muthalib L

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Halaman Pengajuan	ii
Lembar Pengesahan	iii
Pernyataan Keaslian Tesis	iv
Abstrak	v
Kata Pengantar	vii
Daftar Isi	x
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar	xvi
Daftar Lampiran	xvii
Daftar Singkatan.....	xviii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Kajian Masalah	10
C. Rumusan Masalah	13
D. Tujuan Penelitian	15
E. Manfaat Penelitian	16
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	18
A. Tinjauan Umum Tentang Harapan Pelanggan	18
B. Tinjauan Tentang Kinerja	21
C. Tinjauan Umum Tentang Rumah Sakit	26
D. Tinjauan Umum Tentang Rawat Inap	45
E. Tinjauan Tentang Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.....	47
F. Tinjauan Tentang Mutu Pelayanan Kesehatan.....	50
G. Tinjauan Tentang Kepuasan	64
H. Kerangka Teori	70
I. Kerangka Operasional Penelitian	71
J. Kerangka Konsep	72

K. Sintesis Penelitian	73
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	76
A. Jenis dan Rancangan Penelitian	76
B. Lokasi dan Waktu	76
C. Populasi dan Sampel	76
D. Uji Validitas dan Reliabilitas	79
E. Teknik Pengolahan dan Analisa Data	81
F. Defenisi Operasional	87
G. Skala Prioritas	91
H. Tahapan Penelitian	91
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	94
I. HASIL	94
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	94
B. Uji Validitas dan Reliabilitas	95
C. Karakteristik Responden	101
D. Distribusi Penilaian	104
E. Hasil Penentuan Strategi Peningkatan Kinerja Berdasarkan Skala Prioritas145	
II. PEMBAHASAN	147
BAB V PENUTUP.....	185
A. Kesimpulan	185
B. Saran	187
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel Nomor		Halaman
1	Indikator SPM Rawat Inap RSUD Masohi.....	6
2	Sintesa Penelitian.....	73
3	Matriks Defenisi Operasional.....	87
4	Data koefisien validitas kuesioner <i>professionalism and skill</i>	96
5	Data koefisien validitas kuesioner <i>accessibility and fleksibilitas</i> ...	96
5	Data koefisien validitas kuesioner <i>serviscape</i>	96
6	Data koefisien validitas kuesioner <i>attitude and behavior</i>	97
7	Data koefisien validitas kuesioner <i>reliabilitas</i>	97
8	Data koefisien validitas kuesioner <i>recovery</i>	97
9	Data koefisien validitas kuesioner <i>reputation and credibility</i>	98
10	Data koefisien validitas kuesioner ketujuh variabel	98
11	Data koefisien reliabilita kuesioner	98
12	Distribusi responden menurut jenis kelamin	99
13	Distribusi responden menurut pendapatan perbulan	99
14	Distribusi responden menurut pendidikan	100
15	Distribusi responden menurut pekerjaan	100
16	Distribusi responden menurut lama hari rawat	101
17	Distribusi responden menurut kelas perawatan	101
18	Distribusi responden menurut jenis kunjungan	102
19	Distribusi responden menurut ruang perawatan	102
20	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang VIP terhadap variabel <i>profesionalism and skill</i>	104
21	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang VIP terhadap variabel <i>accessibility</i>	105

22	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang VIP terhadap variabel <i>serviscape</i>	105
23	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang VIP terhadap variabel <i>attitude</i>	106
24	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang VIP terhadap variabel <i>reliability</i>	107
25	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang VIP terhadap variabel <i>recovery</i>	107
26	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang VIP terhadap variabel <i>reputation and credibility</i>	108
27	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang mawar terhadap variabel <i>professionalism and skill</i> .	109
28	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang mawar terhadap variabel <i>accessibility</i>	109
29	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang mawar terhadap variabel <i>serviscape</i>	110
30	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang mawar terhadap variabel <i>attitude</i>	111
31	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang mawar terhadap variabel <i>reliability</i>	111
32	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang mawar terhadap variabel <i>recovery</i>	112
33	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang mawar terhadap variabel <i>reputation and credibility</i>	113
34	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang anggrek terhadap variabel <i>professionalism and skill</i>	114

35	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang anggrek terhadap variabel <i>accessibility</i>	114
36	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang anggrek terhadap variabel <i>serviscape</i>	115
37	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang anggrek terhadap variabel <i>attitude</i>	116
38	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang anggrek terhadap variabel <i>reliability</i>	116
39	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang anggrek terhadap variabel <i>recovery</i>	117
40	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang anggrek terhadap variabel <i>reputation and credibility</i>	118
41	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang anak terhadap variabel <i>professionalism and skill</i>	119
42	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang anak terhadap variabel <i>accessibility</i>	119
43	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang anak terhadap variabel <i>serviscape</i>	120
44	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang anak terhadap variabel <i>attitude</i>	121
45	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang melati terhadap variabel <i>reliability</i>	121
46	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang melati terhadap variabel <i>recovery</i>	122
47	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang melati terhadap variabel <i>reputation and credibility</i>	123

48	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang bedah terhadap variabel <i>professionalism and skill</i>	124
49	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang bedahi terhadap variabel <i>accessibility</i>	124
50	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang bedahi terhadap variabel <i>serviscape</i>	125
51	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang bedahi terhadap variabel <i>attitude</i>	126
52	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang bedahi terhadap variabel <i>reliability</i>	126
53	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang bedahi terhadap variabel <i>recovery</i>	127
54	Hasil perhitungan kepentingan pasien dan kinerja pelayanan pada ruang bedahi terhadap variabel <i>reputation and credibility</i>	128
55	Hasil penghitungan rata-rata tingkat kepentingan dan kinerja Pelayanan pada ruangan VIP.....	129
56	Hasil penghitungan rata-rata tingkat kepentingan dan kinerja Pelayanan pada ruangan mawar	132
57	Hasil penghitungan rata-rata tingkat kepentingan dan kinerja Pelayanan pada ruangan anggrek	135
58	Hasil penghitungan rata-rata tingkat kepentingan dan kinerja Pelayanan pada ruangan melati	138
59	Hasil penghitungan rata-rata tingkat kepentingan dan kinerja Pelayanan pada ruangan Bedah	141

DAFTAR GAMBAR

Gambar:		Nomor
Halaman		
1	Diagram Kartesius	84
2	Flow Chart Penelitian	93
3	Distribusi sub variabel pelayanan ruangan VIP pada diagram Kartesius	130
4	Distribusi sub variabel pelayanan ruang mawar pada diagram Kartesius	133
5	Distribusi sub variabel pelayanan ruangan Anggrek pada diagram Kartesius	136
5	Distribusi sub variabel pelayanan ruang multi pada diagram Kartesius	139
6	Distribusi sub variabel pelayanan ruang Bedah pada diagram Kartesius	142

DAFTAR SINGKATAN

1. BOR (Bed Over Rate)
2. DEPKES (Departemen Kesehatan)
3. FKM (Fakultas Kesehatan Masyarakat)
4. H (Harapan)
5. H1 (Harapan satu)
6. H2 (Harapan dua)
7. H3 (Harapan tiga)
8. IGD (Instalasi Gawat darurat)
9. KESBANG (Kesatuan Bangsa)
10. N (Jumlah Responden)
11. P (Persepsi)
12. P1 (Persepsi satu)
13. P2 (Persepsi dua)
14. P3 (Persepsi tiga)
15. RS (Rumah Sakit)
16. RSUD (Rumah Sakit Umum Daerah)
17. RSUP (Rumah Sakit Umum Pusat)
18. SDM (Sumber Daya Manusia)
19. ServQual (*Service Quality*)
20. SBB (Seram Bagian Barat)
21. SBT (Seram Bagian Timur)
22. UU (Undang Undang)
23. UNHAS (Universitas Hasanuddin)
24. X (Nilai Rata-rata Harapan)
25. X1 (Skor Penilaian Harapan)
26. Y (Nilai Rata-rata Pelayanan)
27. Y1 (Skor Penilaian Kinerja)

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
1. Kuesioner Penelitian.....	1
2. Master Tabel.....	5
3. Undangan pertemuan FGD.....	10
4. Daftar Hadir FGD	11
5. Notulen FGD.....	12
6. Dokumentasi FGD.....	13
7. Permohonan Ijin Penelitian.....	14
8. Surat Keterangan dari Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat.....	15
9. Rekomendasi Penelitian.....	16
10. Surat Penyampaian Melaksanakan Penelitian.....	17

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Rumah sakit merupakan organisasi pelayanan jasa yang mempunyai kespesifikan dalam hal SDM, sarana prasarana dan peralatan yang dipakai. Sering rumah sakit dikatakan sebagai organisasi yang padat modal, padat sumber daya manusia, padat teknologi dan ilmu pengetahuan serta padat regulasi. Padat modal karena rumah sakit memerlukan investasi yang tinggi untuk memenuhi persyaratan yang ada. Padat sumber daya manusia karena didalam rumah sakit pasti terdapat berbagai profesi dan jumlah karyawan yang banyak. Padat teknologi dan ilmu pengetahuan karena didalam rumah sakit terdapat peralatan-peralatan canggih dan mahal serta kebutuhan berbagai disiplin ilmu yang berkembang secara cepat. Padat regulasi karena banyak regulasi/peraturan/peraturan yang mengikat berkenaan dengan syarat-syarat pelaksanaan pelayanan di rumah sakit.

Dalam kehidupan organisasi seperti halnya rumah sakit, tidak bisa terhindar dari arus persaingan dan kuatnya dorongan eksternal dan adanya tuntutan kebutuhan internal yang menuntut dilakukannya sebuah perubahan (Wibowo, 2011). Pertumbuhan rumah sakit yang semakin pesat, baik rumah sakit pemerintah (*public hospital*) maupun rumah sakit swasta (*private hospital*) memaksa para pengelola perumahsakititan untuk

siap bersaing dengan melakukan inovasi dan perubahan-perubahan sebagai salah satu upaya untuk memenuhi harapan pelanggan/pasien.

Masalah utama sebagai sebuah lembaga jasa pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan yang diberikan apakah sudah sesuai harapan pasien/konsumen atau belum? Oleh karena itu, rumah sakit dituntut untuk selalu menjaga kepercayaan dan kepuasan pasien/konsumen (pelanggan) dengan meningkatkan kualitas pelayanan agar kepuasan pasiennya meningkat (Rahmulyono, 2008)

Untuk itu pihak rumah sakit perlu secara cermat menentukan kebutuhan pasien/konsumen (pelanggan) sebagai upaya untuk memenuhi harapan/keinginan dan meningkatkan kepuasan atas pelayanan yang diberikan. Menjalin hubungan dan melakukan penelitian terhadap mereka perlu dilakukan agar pelayanan yang diberikan sesuai dengan yang diharapkan. Hal inilah yang disebut orientasi pada pasien/konsumen.

Faktor utama yang harus dilakukan untuk membentuk fokus kepada pelanggan adalah perusahaan harus menempatkan karyawan untuk berinteraksi secara langsung dengan pelanggan dan memberikan kebebasan kepada karyawan untuk melakukan tindakan yang diperlukan dalam rangka memuaskan pelanggan. Kepuasan pelanggan menjadi fokus strategi, sehingga perusahaan harus memiliki sistem pengukuran strategi. Sistem pengukuran tersebut harus diintegrasikan dengan barometer kepuasan pelanggan dan persepsi harapan pelanggan karyawan (Rangkuti, 2006).

Dari aspek pasien, pelayanan rumah sakit dikatakan bermutu jika penyampaianya 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 puasny 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 tidak dipuaskan, bila pelayanan sebanding dengan harapan, pasien puas dan apabila pelayanan melebihi harapan, pasien 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).

Zeithmal dan Berry (1988) yang dikutip oleh Tjiptono (2005) mengemukakan ada 5 (lima) dimensi yang digunakan pasien untuk mengukur kualitas pelayanan yaitu kehandalan, daya tanggap, jaminan, empati dan bukti fisik. Ada 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 dikutip dari Muninjaya (2012), untuk mengukur kualitas total suatu pelayanan jasa menurut pelanggannya mencakup 3 komponen utama yakni: (1) *Technical quality (skill & professionalism)*, yaitu komponen yang berkaitan dengan kualitas output/keluaran jasa yang diterima pelanggan, (2) *Functional quality (attitudes & behaviour, accessibility & flexibility, reliability & trustworthiness, service recovery, serviscape)* yaitu komponen yang berkaitan dengan kualitas cara penyampaian suatu jasa dan (3) *Corporate image (reputation & credibility)* yaitu profil, reputasi, citra umum dan daya tarik khusus suatu perusahaan.

Salah satu upaya yang dapat dilakukan Rumah Sakit Umum Masohi untuk mengidentifikasi sumber-sumber ketidakpuasan adalah

dengan melakukan survei kepuasan pasien terhadap mutu pelayanan secara intermiten dan selanjutnya melakukan intervensi terhadap sumber-sumber ketidakpuasan yang ada.

Untuk melakukan survei terhadap tingkat kepuasan pasien dapat menggunakan dimensi mutu dari Gronroos (2000). Adapun beberapa keunggulan dari dimensi mutu Gronroos yakni mutu sudah dipandang sebagai suatu sistem, dimana secara spesifik sudah ada pemisahan dimensi mutu berdasarkan 3 (tiga) komponen sistem yaitu dimensi yang berhubungan dengan *outcome* dari pelayanan (*skill* dan *professionalism*), berhubungan dengan proses layanan (*attitudes* dan *behavior*, *accessibility* dan *flexibility*, *reliability* dan *trustworthiness*, *service recovery* dan *serviscape*). Dan adanya dimensi yang berhubungan dengan strategi pemasaran yakni *brand image* (*reputation* dan *credibility*).

Rumah Sakit Umum Daerah Masohi merupakan rumah sakit tipe C yang dikelola oleh Pemerintah Kabupaten Maluku Tengah Propinsi Maluku, yang terletak di kawasan Seram Bagian Tengah. RSUD Masohi melayani rujukan pasien di kawasan Seram bagian Tengah, Utara dan Selatan serta juga menerima rujukan dari dua kabupaten tetangga yakni Kabupaten Seram Bagian Timur (SBT) dan Kabupaten Seram Bagian Barat (SBB).

Sebagai salah satu rumah sakit tipe C dari sisi jumlah dan kualifikasi sumber daya manusia pada Rumah Sakit Umum Masohi telah memiliki empat dokter spesialis dasar dan satu spesialis penunjang serta

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

Indikator kinerja dapat menggambarkan kualitas pelayanan rumah sakit, seperti digambarkan pada tabel indikator SPM berikut ini :

Tabel 1. Indikator SPM Rawat Inap RSUD Masohi Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2012

No	Indikator	Standar	Capaian Awal
			Tahun 2012 (%)
1.	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap.	a. dr Sp b. Perawat min D3	a. 50 b. 100
2.	Dokter penanggungjawab pasien rawat inap	100%	100
3.	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap.	a. Anak b. Peny. Dalam c. Kebidanan d. Bedah	100
4.	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 – 14.00 setiap hari	100
5.	Kejadian infeksi pasca operasi	$\leq 1.5\%$	3
6.	Kejadian infeksi nosokomial	$\leq 1.5\%$	3
7.	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian.	100%	100
8.	Kematian pasien > 48 Jam	$\leq 0.24\%$	0,57
9.	Kejadian pulang paksa.	5 %	5,9
10	Kepuasan Pelanggan.	$\geq 90\%$	58,2

Sumber : Rekam Medik RSUD. Masohi

Berdasarkan tabel 1 diatas dapat kami gambarkan bahwa jumlah dokter spesialis dasar yang dimiliki RSUD Masohi berjumlah 4 orang (50 %) yang rencananya akan ditingkatkan mencapai 100 % di akhir tahun 2013. Angka kejadian infeksi nosokomial, kematian pasien lebih dari 48 jam dan kejadian pulang paksa masih di bawah standar pencapaian SPM. Hal ini menunjukan kinerja pencapaian SPM masih dibawah standar dan akan terus ditingkatkan pencapaiannya. Terkait dengan survei angka kepuasan SPM tahun 2012 tersebut diperoleh angka pencapaian sebesar 58,2 % yang masih jauh dari nilai standar yang ditetapkan. Angka pencapaian ini rencananya akan ditingkatkan dari tahun ke tahun.

Berdasarkan data dari rekammedis BOR 5 (lima) tahun terakhir pada RSUD Masohi yaitu tahun 2008 (61,7), tahun 2009 (58,3%), tahun 2010 (48,6%), tahun 2011 (59,1%), tahun 2012 (56,9%) (*profil RSUD Masohi, 2012*).

Kemungkinan penyebab terjadinya penurunan BOR pada RSUD Masohi 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 Masohi sehingga orang lain pun juga tidak mau dirawat di RSUD Masohi.

Permasalahan lain yang terjadi di RSUD Masohi adalah kepedulian perawat terhadap keluhan pasien sangat menurun, petugas yang tidak

disiplin dan banyak keluhan lain. Salah satu bentuk keluhan yang membuat pihak manajemen dipanggil pimpinan DPRD setempat adalah RSUD Masohi dihadapkan pada opini media. Salah satu media lokal yang memuat kematian pasien akibat kelalaian petugas RSUD Masohi (Ambon Ekspres, 2012). Kejadian seperti ini menunjukkan bahwa kinerja pelayanan kesehatan (Rumah Sakit) dipandang jelek oleh pengguna karena tidak sesuai dengan tingkat kepentingan pelanggan sebelum menerima pelayanan. Karena kepuasan pelanggan dapat diartikan sebagai tanggapan penerima jasa terhadap ketidaksesuaian tingkat kepentingan pelanggan dengan kinerja yang nyata-nyata dapat dirasakan setelah pengguna jasa menerima pelayanan (Muninjaya, 2012). Keadaan yang terjadi di ruang obsgyn itu membuat pihak manajemen perlu membenah diri.

Mutu menurut Donabedian (1980) adalah nilai kepatutan yang sebenarnya 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. Jadi pada prinsipnya ada 2 komponen utama yang harus diperhatikan sebelum menilai mutu pelayanan secara obyektif dan menyeluruh yaitu *technical quality* atau mutu pelayanan dari aspek pemberi pelayanan dan *interpersonal quality*, mutu pelayanan dari aspek pasien (Rochmanadji Widajat, 2009)

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).

Berapapun nilai ketidakpuasan adalah tetap menjadi masalah yang perlu ditindaklanjuti oleh rumah sakit, karena keluhan adalah salah satu indikator/gejala dan tanda adanya suatu ketidakpuasan (Supriyanto S. & Ratna D. Wulandari, 2011). Hal ini membuktikan bahwa pihak rumah sakit perlu meningkatkan kinerjanya, dengan memahami kebutuhan dan keinginan pasien atau berfokus kepada kepuasan pasien (Supranto, 2001), sehingga tingkat kepercayaan terhadap rumah sakit menjadi tinggi dan dapat menjadikan RSUD Masohi sebagai rumah sakit yang senantiasa menjadi pilihan masyarakat.

Penelitian pada tahun 2002 di Rumah Sakit Swasta Samarinda menunjukkan hasil bahwa 47% responden mengatakan tidak puas terhadap kinerja perawat dalam memberikan pelayanan dan 53% mengatakan puas terhadap kinerja pelayanan perawat. Khusus terhadap kinerja perawat, keluhan terbesar adalah perawat jarang menengok pasien bila tidak diminta dan bila di panggil tidak segera datang, perawat datang sekitar 10 menit (Gusti Hidayatullah, 2002).

Potensial pasien pulang paksa atau pasien pulang atas keinginan sendiri yang pernah dirawat di instalasi rawat inap, karena pasien merasa kurang puas atas mutu pelayanan atau bentuk fisik yang tidak memadai di Rumah Sakit Umum Daerah Masohi sehingga menyebabkan BOR empat

tahun terakhir tidak memenuhi standar. Upaya yang harus dilakukan oleh pihak Rumah Sakit Umum Daerah Masohi yaitu mengidentifikasi sumber-sumber masalah yang berhubungan dengan ketidakpuasan, yaitu dengan melakukan survey terhadap tingkat kepuasan pasien terhadap mutu pelayanan dan dilakukan intervensi terhadap sumber-sumber ketidakpuasan tersebut.

Dari uraian singkat tersebut di atas maka penelitian ini yang menjadi variabel adalah *professionalism* dan *skill*, *accessibility* dan *flexibility*, *attitudes* dan *behavior*, *reliability*, serta *reputation* dan *credibility* karena sesuai dengan masalah yang ada pada RSUD Masohi

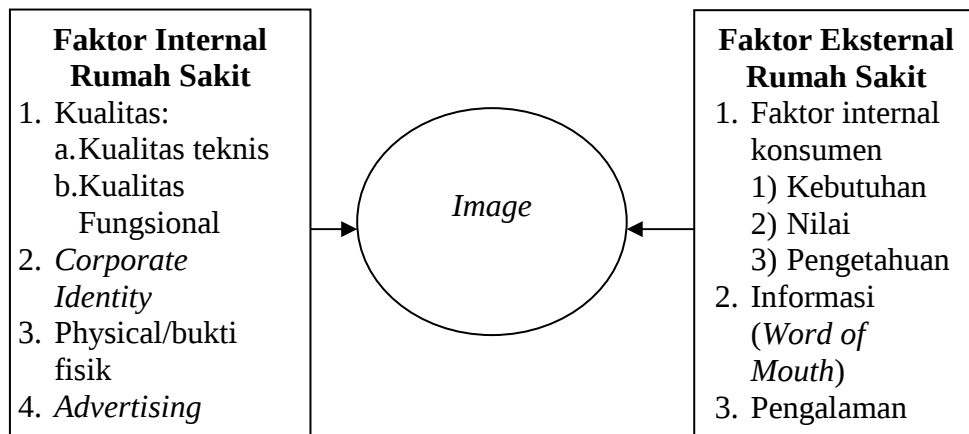
B. Kajian Masalah

Salah satu faktor yang mempengaruhi rendahnya kepuasan di rumah sakit adalah kualitas pelayanan. Sedangkan baik tidaknya kualitas pelayanan salah satunya dipengaruhi oleh *image* pasien, proses layanan dan *outcome*.

Image merupakan sebuah peran yang terpusat pada persepsi pelanggan. Proses adalah seluruh kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga kesehatan dan interaksinya dengan pasien. *Outcome* merupakan hasil akhir kegiatan dan tindakan petugas profesional terhadap pasien. Dengan kata lain adanya perubahan derajat kesehatan dan kepuasan baik positif maupun negatif.

Oleh karena itu penting sekali untuk mengelola *image*, proses dan *outcome* dengan suatu cara yang tepat menurut Gronroos dalam Puspita (2009) pelayanan kesehatan di rumah sakit tersebut.

Berdasarkan latar belakang diatas, dapat ditarik kesimpulan bahwa kajian masalahnya sebagai berikut :



Modifikasi : Gronroos 2000, Le Blanc et al 1998, Andreassen et al 1997, Prasetijo 2005.

Menurut beberapa peneliti (Le Blanc et al 1998; Andreassen et al 1997), adapun upaya yang dilakukan untuk membentuk *image* yang positif dalam benak masyarakat yaitu melalui *advertising* ataupun usaha penyampaian informasi, *corporate identity* dan juga *physical* atau bukti fisik. Dalam hal ini, *corporate identity* dan *physical* atau bukti fisik merupakan manifestasi visual tentang realitas organisasi yang sengaja diciptakan melalui bentuk identifikasi fisik yang mudah dilihat dan gampang diingat dengan tujuan untuk memberi kesan kepada konsumen. Hal tersebut merupakan faktor yang dapat mempengaruhi konsumen dalam mempercepat proses pengambilan keputusan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit tersebut. Informasi ataupun

pengetahuan yang didapatkan dan yang dimiliki oleh konsumen bisa berasal dari pengalaman, informasi yang disampaikan secara langsung oleh pihak rumah sakit ataupun *word of mouth*.

Karakteristik pelayanan rumah sakit (jasa) berbeda dengan karakteristik dari barang atau produk. Dengan terlibatnya pasien secara langsung dalam proses pelayanan, maka pasien akan mempersepsikan apakah pelayanan tersebut berkualitas atau tidak. Kualitas bersifat subjektif. Kualitas yang baik akan menimbulkan *image* yang baik, begitu pula sebaliknya.

Gronroos dalam Puspita (2009) juga mengatakan bahwa *image* dibentuk oleh kualitas pelayanan (kualitas teknis dan kualitas fungsional), kegiatan-kegiatan pemasaran (periklanan, humas, dan penetapan harga), dan pengaruh-pengaruh eksternal (tradisi dan komunikasi dari mulut ke mulut). Dan menurut Gronroos, kualitas pelayananlah yang mewakili faktor penentu tunggal yang paling penting dari *image*, karena *image* merupakan realitas.

Gronroos juga mengatakan bahwa pengalaman dalam menggunakan jasa merupakan sebuah fungsi dari dua dimensi kualitas yaitu kualitas teknis dan kualitas fungsional. Kualitas teknis adalah komponen yang berkaitan dengan kualitas *output* (keluaran) jasa yang diterima oleh pasien, dan *professionalism and skills* sebagai indikatornya. *Professionalism and skills* adalah konsumen menganggap bahwa penyedia jasa memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam mengatasi masalah

yang dihadapi. Sedangkan kualitas fungsional adalah komponen yang berkaitan dengan kualitas cara penyampaian jasa kepada pasien (proses pelayanan), dengan indikator *attitudes and behavior* yaitu konsumen merasa bahwa penyedia jasa dalam membantu memecahkan masalah dilakukan dengan senang hati, *accessibility and flexibility* yaitu kemudahan konsumen dalam mengakses pelayanan yang dibuat secara fleksibel oleh penyedia jasa, *reliability and trustworthiness* adalah konsumen menganggap bahwa penyedia jasa dapat diandalkan dalam memberikan pelayanan, *service recovery* adalah konsumen menganggap bahwa penyedia jasa memiliki kemampuan untuk menyelesaikan masalah atau kesalahan tertentu yang tidak terduga (cepat tanggap), dan *serviscape* adalah kondisi fisik dari lingkungan, fasilitas, peralatan maupun penampilan dari petugas..

Berdasarkan permasalahan dan kajian masalah di atas maka penulis tertarik untuk melakukan kajian analisis tentang sejauhmana tingkat kepentingan pasien terhadap kinerja pelayanan pada instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Masohi dan menuangkannya dalam penelitian yang berjudul '*Analisis kepentingan pasien terhadap dan pelayanan untuk menentukan skala prioritas di rawat inap Rumah Rakit Umum Daerah Masohi.*'

C. Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang dan kajian masalah seperti diuraikan sebelumnya, maka terdapat permasalahan yang perlu diperhatikan oleh

manajemen Rumah Sakit Umum Daerah Masohi sebagai berikut:
“Rendahnya tingkat kepuasan pasien berdasarkan SPM menyebabkan rendahnya tingkat hunian di rawat inap RSUD Masohi.”

Bertitik tolak dari hal tersebut diatas, maka dapat diajukan pertanyaan penelitian sebagai berikut :

1. Bagaimana tingkat kepentingan pasien dan kinerja pelayanan ditinjau dari variabel *professional and skill* di ruang rawat inap RSUD Masohi?
2. Bagaimana tingkat kepentingan pasien dan kinerja pelayanan ditinjau dari variabel *accessibility and flexibility* di ruang rawat inap RSUD Masohi?
3. Bagaimana tingkat kepentingan pasien dan kinerja pelayanan ditinjau dari variabel *serviscape* di ruang rawat inap RSUD Masohi?
4. Bagaimana tingkat kepentingan pasien dan kinerja pelayanan ditinjau dari variabel *attitude and behavior* di ruang rawat inap RSUD Masohi?
5. Bagaimana tingkat kepentingan pasien dan kinerja pelayanan ditinjau dari variabel *reliability* di ruang rawat inap RSUD Masohi?
6. Bagaimana tingkat kepentingan pasien dan kinerja pelayanan ditinjau dari variabel *recovery* di ruang rawat inap RSUD Masohi?
7. Bagaimana tingkat kepentingan pasien dan kinerja pelayanan ditinjau dari variabel *credibility and reputation* di ruang rawat inap RSUD Masohi?

8. Bagaimana skala prioritas pengembangan rawat inap berdasarkan tingkat kepentingan pasien dan kinerja pelayanan di RSUD Masohi?
9. Bagaimana strategi peningkatan kinerja pelayanan rawat inap berdasarkan tingkat kepentingan pasien dan kinerja pelayanan di RSUD Masohi?

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis pelayanan rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Masohi berdasarkan tingkat kepentingan pasien yang telah menjalani pelayanan rawat inap yang telah diberikan oleh rumah sakit dari segi *Professionalisme, Accessibility, Attitude, Credibility, Serviscape, Recovery, Reliability* dan selanjutnya akan digunakan untuk rekomendasi kepada pihak manajemen rumah sakit untuk ditindaklanjuti.

2. Tujuan Khusus:

- a. Menganalisis tingkat kepentingan pasien dan kinerja pelayanan ditinjau dari sisi *professional and skill* di instalasi rawat inap RSUD Masohi.
- b. Menganalisis tingkat kepentingan pasien dan kinerja pelayanan ditinjau dari sisi *accessibility and flexibility* di instalasi rawat inap RSUD Masohi.
- c. Menganalisis tingkat kepentingan pasien dan kinerja pelayanan ditinjau dari sisi *serviscape* di instalasi rawat inap RSUD Masohi.

- d. Menganalisis tingkat kepentingan pasiendan kinerja pelayanan ditinjau dari sisi *attitude and behavior* di instalasi rawat inap RSUD Masohi.
- e. Menganalisis tingkat kepentingan pasiendan kinerja pelayanan ditinjau dari sisi *reliability* di instalasi rawat inap RSUD Masohi.
- f. Menganalisis tingkat kepentingan pasiendan kinerja pelayanan ditinjau dari sisi *recovery* di instalasi rawat inap RSUD Masohi.
- g. Menganalisis tingkat kepentingan pasien dan kinerja pelayanan ditinjau dari sisi *credibility and reputation* di instalasi rawat inap RSUD Masohi.
- h. Menganalisis penentuan pengembangan skala prioritas berdasarkan tingkat kepentingan pasien dan kinerja pelayanan di instalasi rawat inap RSUD Masohi.
- i. Merumuskan strategi peningkatan kinerja pelayanan berdasarkan skala prioritas rawat inap di RSUD Masohi.

E. Manfaat

1. Bagi pengembangan ilmu

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.

2. Bagi Rumah Sakit

Bagi manajemen rumah sakit hasil penelitian dapat memberikan gambaran tentang bagaimana sebenarnya penilaian serta kepuasan pasien, khususnya pasien rawat inap terhadap pelayanan yang diberikan sehingga manajemen rumah sakit mengetahui dan memahami kelemahan ataupun keunggulan yang dimiliki. Berangkat dari hal ini diharapkan manajemen rumah sakit dapat merumuskan skala prioritas pelayanan yang lebih baik, sehingga dapat mendorong keinginan pasien untuk menggunakan fasilitas rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Masohi.

3. Bagi Peneliti

Bagi peneliti akan memperluas pengetahuan dan pengalaman dalam menganalisa produk layanan rumah sakit, terutama pelayanan rawat inap.

4. Bagi Akademik

Secara akademik hasil penelitian ini akan membuka jalan bagi peneliti berikutnya tentang bagaimana hubungan antara beberapa faktor dengan kepuasan serta kinerja karyawan di rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Masohi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum tentang Harapan Pelanggan

1. Pengertian Harapan Pelanggan

Tingkat kepentingan pelanggan didefinisikan sebagai keyakinan pelanggan sebelum mencoba atau membeli suatu produk jasa yang akan dijadikan standar acuan dalam menilai kinerja produk jasa tersebut (Rangkuti, 2006).

Menurut Rahmayanty (2010), untuk memperkuat hubungan dengan pelanggan, upaya kita sebagai petugas pelayan dituntut melayani dengan baik sehingga mendapat pelanggan yang loyal. Siapa yang lebih mengenal, mengetahui, dan siap melayani kebutuhan dan harapan pelanggan dengan efektif dan efisien dipastikan sebagai pemenang pesaing. Memahami pelanggan antara lain:

1. Harapan Pelanggan Internal.

Setiap personil bertekad mengembangkan misi sesuai visi institusi dengan mengedepankan pelayanan yang berkualitas terhadap pelanggan.

- a. Kebersamaan dan kerjasama dalam bekerja
- b. Struktur, sistem kerja yang jelas dan efisien
- c. Peningkatan sumber daya manusia

- d. Hubungan kerja yang sehat dan aman, serta kepuasan kerja.
- e. Imbalan dan ganjaran/penghargaan yang sesuai.

2. Harapan pelanggan eksternal

Kemudahan dalam memperoleh pelayanan:

- a. Meliputi *Tangibles* (bukti fisik) dapat diartikan sebagai penampilan fasilitas fisik, peralatan, personil, dan materi komunikasi.
- b. Persyaratan kualitas jasa pelayanan (*Quality and Reability*).
- c. Harga yang kompetitif (*competitive price*).
- d. Cara pelayanan yang tepat, cepat, dan ramah (*best services*).
- e. Layanan purna jual sebagai jaminan dan tanggung jawab (*after sales service*).

Harapan konsumen atau pelanggan dapat dibentuk oleh pengalaman sebelumnya, komentar dari kerabatnya serta janji dan informasi pemasar dan saingannya. Pelanggan yang puas akan setia lebih lama serta dapat memberikan komentar yang baik tentang perusahaan. Kepuasan pelanggan Rumah sakit dalam hal ini adalah pasien dapat dipengaruhi oleh banyak faktor, antara lain pendekatan dan perilaku petugas, pengalaman masa lalu (saat pertama kali datang), mutu informasi yang diterima (*words of Mouth*) baik dari Rumah Sakit atau dari kerabatnya seperti apa yang dikerjakan, apa yang dapat diharapkan dari pelayanan Rumah Sakit, juga dapat dipengaruhi oleh janji pemberi pelayanan. Untuk mewujudkan dan mempertahankan pelanggan, organisasi jasa harus melakukan empat hal: Pertama, mengidentifikasi siapa pelanggannya. Kedua, memahami tingkat harapan

pelanggan atas mutu. Ketiga, memahami strategi mutu layanan pelanggan. Keempat, memahami siklus pengukuran dan umpan balik dari kepuasan pelanggan (Tjiptono, 2001).

Menurut Suprianto dan Ernawati, (2010) Harapan adalah keinginan akan produk atau jasa tertentu yang bersifat individual dengan memperhatikan bagaimana cara memenuhi kebutuhan dan keinginan, misalnya berobat ke rumah sakit dengan keinginan mendapatkan pelayanan dokter yang terampil dan cepat serta ramah (harapan). Faktor psikografi, gaya hidup, persepsi terhadap tempat pelayanan ikut menentukan harapan seseorang.

Harapan dibedakan menjadi:

- “*Ideal expectation*” (harapan yang optimal dari suatu kinerja jasa).
- “*Should expectation*” (harapan seharusnya dari sebuah jasa).
- “*Will expectation*” (harapan yang diprediksi dari kinerja sebuah jasa).

10 (sepuluh) faktor yang mempengaruhi harapan seseorang:

- 1) “***Enduring determinant intensifier***”. Harapan yang sifatnya stabil dan berasal dari luar diri individu.
- 2) “***Personal need***”. Harapan terkait dengan kebutuhan bio-psiko-sosio-budaya.
- 3) “***Transtory service intensifier***” Harapan yang berkaitan dengan kegawat-daruratan.
- 4) “***Perceived service alternatives***” Harapan individu dengan membandingkan produk sejenis dari pesaing.

- 5) ***“Self perceived service role”*** Harapan di mana diperlukan keterlibatan. Hal ini sering dijumpai pada layanan jasa kesehatan.
- 6) ***“Situational factors”*** Harapan diluar kendali penyedia jasa.
- 7) ***“Explicit service promise”*** Harapan karena ada janji yang pernah disampaikan oleh rumah sakit, puskesmas, atau program promosi.
- 8) ***“Implicit service promise”*** Harapan yang tidak tersirat dari penyampaian jasa.
- 9) ***“Word of mouth”***. Harapan yang timbul akibat perekomendasi orang lain.
- 10) ***“Past experience”***. Harapan sebagai hasil pengalamannya sebelumnya.

Dewasa ini rumah sakit sudah menyadari betapa pentingnya memberikan pelayanan yang berfokus pada harapan dan kepuasan pelanggan. Namun kepuasan itu sendiri relatif adanya tergantung seberapa besar harapan pelanggan terhadap layanan yang diinginkan.

B. Tinjauan Umum tentang Kinerja

Kinerja Pelayanan (*service performance*) adalah kinerja dari pelayanan yang diterima oleh konsumen itu sendiri dan menilai kualitas dari pelayanan yang benar-benar dirasakan (Cronin dan Taylor, 1994: p.102).

Pengukuran kualitas pelayanan/jasa seperti pada model ServQual telah menimbulkan kebingungan dan makna arti ganda, ukuran yang berdasarkan kinerja akan lebih merefleksikan kualitas pelayanan/jasa. Pengukuran ini akan memberikan harapan kepada konsumen/pelanggan terhadap kinerja

pelayanan. Kinerja Pelayanan (*service performance*) lebih tepatnya dalam mengukur kualitas pelayanan/jasa, sehingga konsep kualitas pelayanan/jasa yang diterima dihubungkan dengan konsepsi harapan. Definisi harapan yang digunakan bukan sebagai apa yang disediakan melainkan apa yang seharusnya diinginkan konsumen. Menurut Parasuraman (1994), harapan adalah harapan normatif konsumen yang mewakili harapan standar ideal kinerja pelayanan/jasa pada umumnya, bukan ukuran terhadap penyedia jasa tertentu. Terdapat problem yang serius dalam kualitas pelayanan/jasa yang dinyatakan sebagai perbedaan nilai antar harapan dan persepsi pelanggan atau pasien sehingga penggunaan pengukuran kualitas pelayanan/jasa yang paling tepat adalah berdasarkan kinerja (Peter, Churchill dan Brown, 1994). Hanya ada sedikit bukti yang mendukung relevansi dari adanya jarak atau gap yang terdapat diantara harapan dan persepsi sebagai dasar dalam menilai kualitas pelayanan/jasa sehingga kinerja pelayanan menjadi prediktor yang baik bagi kualitas pelayanan dan kepuasan konsumen (Alford dan Sherrell, 1996).

Kinerja Pelayanan (*service performance*) lebih bisa menjawab permasalahan yang muncul dalam menentukan kualitas pelayanan/jasa karena bagaimana konsumen hanya akan bisa menilai kualitas yang mereka terima dari suatu produsen tertentu bukan pada persepsi mereka atas kualitas pelayanan/jasa pada umumnya (Balton dan Drew, 1991). Dari beberapa teori diatas dapat disimpulkan bahwa kinerja pelayanan (*service performance*) adalah penilaian menyeluruh konsumen terhadap hasil pelayanan yang dirasakan saat menerima pelayanan dari penyedia pelayanan/jasa sehingga

kualitas pelayanan/jasa lebih tepat dan spesifik menggunakan model kinerja pelayanan (*service performance*).

Menurut Notoatmodjo, (2000) ada teori yang mengemukakan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja yang disingkat dengan “ACHIEVE” yang artinya *Ability* (kemampuan pembawaan), *Capacity* (kemampuan yang dapat dikembangkan), *Help* (bantuan untuk terwujudnya kinerja), *Incentive* (insentif material maupun non material), *Environment* (lingkungan tempat kerja karyawan), *Validity* (pedoman atau petunjuk dan uraian kerja) dan *Evaluation* (adanya umpan balik hasil kerja). Davis (1985) juga mengatakan bahwa faktor yang dapat mempengaruhi pencapaian kinerja seseorang adalah faktor iklim kerja yaitu yang menyangkut lingkungan yang ada atau yang dihadapi oleh manusia yang berada dalam suatu organisasi yang mempengaruhi seseorang dalam melakukan tugas dan pekerjaannya.

Menurut Kepmenkes No. 228 Tahun 2002, untuk mengukur kinerja rumah sakit ada beberapa indikator, yaitu:

- a. *Input*, yang dapat mengukur pada bahan alat sistem prosedur atau orang yang memberikan pelayanan misalnya jumlah dokter, kelengkapan alat, prosedur tetap dan lain-lain.
- b. *Proses*, yang dapat mengukur perubahan pada saat pelayanan yang misalnya kecepatan pelayanan, pelayanan dengan ramah dan lain-lain.
- c. *Output*, yang dapat menjadi tolok ukur pada hasil yang dicapai, misalnya jumlah yang dilayani, jumlah pasien yang dioperasi, kebersihan ruangan.

- d. *Outcome*, yang menjadi tolok ukur dan merupakan dampak dari hasil pelayanan sebagai misalnya keluhan pasien yang merasa tidak puas terhadap pelayanan dan lain-lain.
- e. *Benefit*, adalah tolok ukur dari keuntungan yang diperoleh pihak rumah sakit maupun penerima pelayanan atau pasien yang misal biaya pelayanan yang lebih murah, peningkatan pendapatan rumah sakit.
- f. *Impact*, adalah tolok ukur dampak pada lingkungan atau masyarakat luas misalnya angka kematian ibu yang menurun, meningkatnya derajat kesehatan masyarakat, meningkatnya kesejahteraan karyawan.

Kepuasan pengguna jasa pelayanan kesehatan dapat juga disimpulkan sebagai selisih kinerja institusi pelayanan kesehatan dengan harapan pelanggan (pasien atau kelompok masyarakat). Dari penjelasan ini kepuasan pelanggan (*customer satisfaction*) dapat dibuatkan rumus sebagai berikut:

$$\text{Satisfaction} = f(\text{performance} - \text{expectation})$$

Dari rumus ini dihasilkan tiga kemungkinan:

1. *Performance < Expectation*

Jika kinerja institusi pelayanan kesehatan lebih jelek dari apa yang diharapkan para penggunanya (pasien & keluarga), kinerja pelayanan kesehatan akan dipandang jelek oleh pengguna, karena tidak sesuai dengan harapan pengguna sebelum menerima pelayanan kesehatan.

Hasilnya, pengguna pelayanan merasa kurang puas dengan pelayanan yang diterima.

2. *Performance = Expectation*

Jika kinerja institusi pelayanan kesehatan sama dengan harapan para penggunanya, pengguna jasa pelayanan kesehatan akan menerima kinerja pelayanan jasa dengan baik. Pelayanan yang diterima sesuai dengan yang diharapkan para penggunanya. Hasilnya, para pengguna pelayanan merasa puas dengan pelayanan yang diterima.

3. *Performance > Expectation*

Bila kinerja institusi pelayanan kesehatan lebih tinggi dari harapan para penggunanya, pengguna pelayanan kesehatan akan menerima pelayanan melebihi harapannya. Hasilnya, para pelanggan merasa sangat puas dengan pelayanan kesehatan yang mereka terima.

Kinerja yang baik harus ditanamkan oleh manajer institusi pelayanan kesehatan itu sendiri dan dipahami oleh karyawan sebagai bentuk kegiatan yang prosedural sesuai dengan tugas profesionalisme.

Manajemen institusi penyedia pelayanan kesehatan harus mengembangkan sistem manajemen kinerja institusi sesuai dengan standar kerja masing-masing unit kerja yang telah ditetapkan. Sistem ini dapat dimanfaatkan oleh pimpinan untuk menyadarkan staf tentang mutu kinerjanya masing-masing (*performance awareness*), pengukuran mutu kinerja dan peningkatannya.

Program *performance awareness* terdiri atas (1) identifikasi dan penetapan prioritas kunci pada proses yang dianggap kritis, (2) mengembangkan dan mensosialisasikan standar. Kriteria proses unit pelayanan yang dianggap kritis meliputi volume pekerjaan tinggi, resiko tinggi, rawan masalah, dan biaya tinggi. Misalnya, di IRD, kamar operasi, ruang partus, dsb. Standar kinerja dan proses yang sudah diprioritaskan harus ditetapkan sebagai proses yang kritis.

Menurut tingkatannya, standar kinerja ada dua, yaitu standar minimal dan standar optimum. Standar minimal menyajikan suatu tingkat dasar yang harus diterima. Standar optimum adalah sesuatu yang harus dipenuhi disamping standar lain yang secara terarah dan berkesinambungan harus dicapai. Standar minimum harus dipenuhi seluruhnya tanpa ditawar-tawar. Standar optimum mewakili suatu tingkatan terbaik sesuai dengan apa yang sudah ditetapkan dan ini hanya bisa dicapai oleh mereka yang berdedikasi tinggi (Muninjaya, 2012).

C. Tinjauan Umum tentang Rumah Sakit

1. Pengertian Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah suatu tempat yang terorganisasi dalam memberikan pelayanan kesehatan pada pasien, baik yang bersifat dasar, spesialistik, maupun substealistik, dimana orang-orang sakit mencari dan menerima pelayanan kedokteran, selain itu juga Rumah Sakit sebagai tempat dimana pendidikan klinik untuk mahasiswa kedokteran, keperawatan, dan berbagai tenaga kesehatan lainnya diselenggarakan (Adisasmito, 2009).

Rumah Sakit adalah suatu institusi yang fungsi utamanya adalah memberikan pelayanan kepada pasien, diagnostik dan terapeutik untuk berbagai penyakit dan masalah kesehatan, baik yang bersifat bedah maupun non bedah (Aditama, 2003).

UU RS No. 44 Tahun 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.

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.

2. Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan (No 340 Tahun 2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit) Berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan, Rumah Sakit Umum diklasifikasikan menjadi :

- a. Rumah Sakit Umum Kelas A;
- b. Rumah Sakit Umum Kelas B;
- c. Rumah Sakit Umum Kelas C;
- d. Rumah Sakit Umum Kelas D.
- e. Rumah Sakit Umum Kelas E

(1) Klasifikasi Rumah Sakit Khusus ditetapkan berdasarkan:

- a. Pelayanan;
- b. Sumber Daya Manusia;
- c. Peralatan;
- d. Sarana dan Prasarana; dan
- e. Administrasi dan Manajemen.

a. Rumah Sakit kelas A

- (1) Rumah Sakit Umum Kelas A harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar, 5 (lima) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, 12 (dua belas) Pelayanan Medik Spesialis Lain dan 13 (tiga belas) Pelayanan Medik Sub Spesialis.
- (2) Kriteria, fasilitas dan kemampuan Rumah Sakit Umum Kelas A sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi Pelayanan Medik Umum, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Medik Spesialis Dasar, Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, Pelayanan Medik Spesialis Lain, Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut, Pelayanan Medik Sub Spesialis, Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan, Pelayanan Penunjang Klinik, dan Pelayanan Penunjang Non Klinik.
- (3) Pelayanan Medik Umum terdiri dari Pelayanan Medik Dasar, Pelayanan Medik Gigi Mulut dan Pelayanan Kesehatan Ibu Anak/Keluarga Berencana.
- (4) Pelayanan Gawat Darurat harus dapat memberikan pelayanan gawat darurat 24 (dua puluh empat) jam dan 7 (tujuh) hari seminggu dengan kemampuan melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat, melakukan resusitasi dan stabilisasi sesuai dengan standar.

- (5) Pelayanan Medik Spesialis Dasar terdiri dari Pelayanan Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Bedah, Obstetri dan Ginekologi.
- (6) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik terdiri dari Pelayanan Anestesiologi, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Patologi Klinik dan Patologi Anatomi.
- (7) Pelayanan Medik Spesialis Lain sekurang-kurangnya terdiri dari Pelayanan Mata, Telinga Hidung Tenggorokan, Syaraf, Jantung dan Pembuluh Darah, Kulit dan Kelamin, Kedokteran Jiwa, Paru, Orthopedi, Urologi, Bedah Syaraf, Bedah Plastik dan Kedokteran Forensik.
- (8) Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut terdiri dari Pelayanan Bedah Mulut, Konservasi/Endodonsi, Periodonti, Orthodonti, Prosthodonti, Pedodonti dan Penyakit Mulut.
- (9) Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan terdiri dari pelayanan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.
- (10) Pelayanan Medik Sub spesialis terdiri dari Sub spesialis Bedah, Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Obstetri dan Ginekologi, Mata, Telinga Hidung Tenggorokan, Syaraf, Jantung dan Pembuluh Darah, Kulit dan Kelamin, Jiwa, Paru, Orthopedi dan Gigi Mulut.
- (11) Pelayanan Penunjang Klinik terdiri dari Perawatan Intensif, Pelayanan Darah, Gizi, Farmasi, Sterilisasi Instrumen dan Rekam Medik.

(12) Pelayanan Penunjang Non Klinik terdiri dari pelayanan *Laundry/Linen*, Jasa Boga/Dapur, Teknik dan Pemeliharaan Fasilitas, Pengelolaan Limbah, Gudang, *Ambulance*, Komunikasi, Pemulasaraan Jenazah, Pemadam Kebakaran, Pengelolaan Gas Medik dan Penampungan Air Bersih.

3. Sumber Daya Manusia (SDM)

(1) Ketersediaan tenaga kesehatan disesuaikan dengan jenis dan tingkat pelayanan.

(2) Pada Pelayanan Medik Dasar minimal harus ada 18 (delapan belas)

orang dokter umum dan 4 (empat) orang dokter gigi sebagai tenaga tetap.

(3) Pada Pelayanan Medik Spesialis Dasar harus ada masing-masing minimal 6 (enam) orang dokter spesialis dengan masing-masing 2 (dua) orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap.

(4) Pada Pelayanan Spesialis Penunjang Medik harus ada masing-masing minimal 3 (tiga) orang dokter spesialis dengan masing-masing 1 (satu) orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap.

(5) Pada Pelayanan Medik Spesialis Lain harus ada masing-masing minimal 3 (tiga) orang dokter spesialis dengan masing-masing 1 (satu) orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap.

- (6) Untuk Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut harus ada masing-masing minimal 1 (satu) orang dokter gigi spesialis sebagai tenaga tetap.
- (7) Pada Pelayanan Medik Subspesialis harus ada masing-masing minimal 2 (dua) orang dokter subspesialis dengan masing-masing 1 (satu) orang dokter subspesialis sebagai tenaga tetap.
- (8) Perbandingan tenaga keperawatan dan tempat tidur adalah 1:1 dengan kualifikasi tenaga keperawatan sesuai dengan pelayanan di Rumah Sakit.
- (9) Tenaga penunjang berdasarkan kebutuhan Rumah Sakit.

4. Sarana dan Prasarana

- (1) Sarana prasarana Rumah Sakit harus memenuhi standar yang ditetapkan oleh Menteri.
- (2) Peralatan yang dimiliki Rumah Sakit harus memenuhi standar yang ditetapkan oleh Menteri.
- (3) Peralatan radiologi dan kedokteran nuklir harus memenuhi standar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Jumlah tempat tidur minimal 400 (empat ratus) buah.

5. Struktrur Organisasi

- (1) Administrasi dan manajemen terdiri dari struktur organisasi dan tata laksana.
- (2) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit terdiri atas Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit, unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, komite medis, satuan pemeriksaan internal, serta administrasi umum dan keuangan.
- (3) Tatalaksana meliputi tatalaksana organisasi, standar pelayanan, standar operasional prosedur (SPO), Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS), *hospital by laws* dan *Medical Staff by laws*.

b. Rumah Sakit Umum Kelas B

- (1) Rumah Sakit Umum Kelas B harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar, 4 (empat) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, 8 (delapan) Pelayanan Medik Spesialis Lainnya dan 2 (dua) Pelayanan Medik Subspesialis Dasar.
- (2) Kriteria, fasilitas dan kemampuan Rumah Sakit Umum Kelas B sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi Pelayanan Medik Umum, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Medik Spesialis Dasar, Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, Pelayanan Medik Spesialis Lain, Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut, Pelayanan Medik Subspesialis, Pelayanan

Keperawatan dan Kebidanan, Pelayanan Penunjang Klinik dan Pelayanan Penunjang Non Klinik.

- (3) Pelayanan Medik Umum terdiri dari Pelayanan Medik Dasar, Pelayanan Medik Gigi Mulut dan Pelayanan Kesehatan Ibu Anak/Keluarga Berencana.
- (4) Pelayanan Gawat Darurat harus dapat memberikan pelayanan gawat darurat 24 (dua puluh empat) jam dan 7 (tujuh) hari seminggu dengan kemampuan melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat, melakukan resusitasi dan stabilisasi sesuai dengan standar.
- (5) Pelayanan Medik Spesialis Dasar terdiri dari Pelayanan Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Bedah, Obstetri dan Ginekologi.
- (6) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik terdiri dari Pelayanan Anestesiologi, Radiologi, Rehabilitasi Medik dan Patologi Klinik.
- (7) Pelayanan Medik Spesialis Lain sekurang-kurangnya 8 (delapan) dari 13 (tiga belas) pelayanan meliputi Mata, Telinga Hidung Tenggorokan, Syaraf, Jantung dan Pembuluh Darah, Kulit dan Kelamin, Kedokteran Jiwa, Paru, Orthopedi, Urologi, Bedah Syaraf, Bedah Plastik dan Kedokteran Forensik.
- (8) Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut terdiri dari Pelayanan Bedah Mulut, Konservasi/Endodonsi, dan Periodonti.

- (9) Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan terdiri dari pelayanan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.
- (10) Pelayanan Medik Sub spesialis 2 (dua) dari 4 (empat) sub spesialis dasar yang meliputi: Bedah, Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Obstetri dan Ginekologi.
- (11) Pelayanan Penunjang Klinik terdiri dari Perawatan intensif, Pelayanan Darah, Gizi, Farmasi, Sterilisasi Instrumen dan Rekam Medik.
- (12) Pelayanan Penunjang Non Klinik terdiri dari pelayanan *Laundry/Linen*, Jasa Boga/Dapur, Teknik dan Pemeliharaan Fasilitas, Pengelolaan Limbah, Gudang, *Ambulance*, Komunikasi, Pemulasaraan Jenazah, Pemadam Kebakaran, Pengelolaan Gas Medik dan Penampungan Air Bersih.

1. Sumber Daya Manusia (SDM)

- (1) Ketersediaan tenaga kesehatan disesuaikan dengan jenis dan tingkat pelayanan.
- (2) Pada Pelayanan Medik Dasar minimal harus ada 12 (dua belas) orang dokter umum dan 3 (tiga) orang dokter gigi sebagai tenaga tetap.
- (3) Pada Pelayanan Medik Spesialis Dasar masing-masing minimal 3 (tiga) orang dokter spesialis dengan masing-masing 1 (satu) orang sebagai tenaga tetap.

- (4) Pada Pelayanan Spesialis Penunjang Medik harus ada masing-masing minimal 2 (dua) orang dokter spesialis dengan masing-masing 1 (satu) orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap.
- (5) Pada Pelayanan Medik Spesialis Lain harus ada masing-masing minimal 1 (satu) orang dokter spesialis setiap pelayanan dengan 4 orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap pada pelayanan yang berbeda.
- (6) Pada Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut harus ada masing-masing minimal 1 (satu) orang dokter gigi spesialis sebagai tenaga tetap.
- (7) Pada Pelayanan Medik Sub spesialis harus ada masing-masing minimal 1 (satu) orang dokter sub spesialis dengan 1 (satu) orang dokter sub spesialis sebagai tenaga tetap.
- (8) Perbandingan tenaga keperawatan dan tempat tidur adalah 1:1 dengan kualifikasi tenaga keperawatan sesuai dengan pelayanan di Rumah Sakit.
- (9) Tenaga penunjang berdasarkan kebutuhan Rumah Sakit.

2. Sarana dan Prasarana

- (1) Sarana prasarana Rumah Sakit harus memenuhi standar yang ditetapkan oleh Menteri.
- (2) Peralatan yang dimiliki Rumah Sakit harus memenuhi standar yang ditetapkan oleh Menteri.

(3) Peralatan radiologi dan kedokteran nuklir harus memenuhi standar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(4) Jumlah tempat tidur minimal 200 (dua ratus) buah.

3. Struktur Organisasi

(1) Administrasi dan manajemen terdiri dari struktur organisasi dan tata laksana.

(2) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit terdiri atas Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit, unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, komite medis, satuan pemeriksaan internal, serta administrasi umum dan keuangan.

(3) Tatalaksana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi tatalaksana organisasi, standar pelayanan, standar operasional prosedur (SPO), Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS), *hospital by laws* dan *Medical Staff by laws*.

c. Rumah Sakit Umum Kelas C

(1) Rumah Sakit Umum Kelas C harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar dan 4 (empat) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik.

- (2) Kriteria, fasilitas dan kemampuan Rumah Sakit Umum Kelas C sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi Pelayanan Medik Umum, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Medik Spesialis Dasar, Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut, Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan, Pelayanan Penunjang Klinik dan Pelayanan Penunjang Non Klinik.
- (3) Pelayanan Medik Umum terdiri dari Pelayanan Medik Dasar, Pelayanan Medik Gigi Mulut dan Pelayanan Kesehatan Ibu Anak/Keluarga Berencana.
- (4) Pelayanan Gawat Darurat harus dapat memberikan pelayanan gawat darurat 24 (dua puluh empat) jam dan 7 (tujuh) hari seminggu dengan kemampuan melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat, melakukan resusitasi dan stabilisasi sesuai dengan standar.
- (5) Pelayanan Medik Spesialis Dasar terdiri dari Pelayanan Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Bedah, Obstetri dan Ginekologi.
- (6) Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut minimal 1 (satu) pelayanan.
- (7) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik terdiri dari Pelayanan Anestesiologi, Radiologi, Rehabilitasi Medik dan Patologi Klinik.
- (8) Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan terdiri dari pelayanan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.

(9) Pelayanan Penunjang Klinik terdiri dari Perawatan intensif, Pelayanan Darah, Gizi, Farmasi, Sterilisasi Instrumen dan Rekam Medik.

(10) Pelayanan Penunjang Non Klinik terdiri dari pelayanan *Laundry/Linen*, Jasa Boga /Dapur, Teknik dan Pemeliharaan Fasilitas, Pengelolaan Limbah, Gudang, *Ambulance*, Komunikasi, Kamar Jenazah, Pemadam Kebakaran, Pengelolaan Gas Medik dan Penampungan Air Bersih.

1. Sumber Daya Manusia (SDM)

- (1) Ketersediaan tenaga kesehatan disesuaikan dengan jenis dan tingkat pelayanan.
- (2) Pada Pelayanan Medik Dasar minimal harus ada 9 (sembilan) orang dokter umum dan 2 (dua) orang dokter gigi sebagai tenaga tetap.
- (3) Pada Pelayanan Medik Spesialis Dasar harus ada masing-masing minimal 2 (dua) orang dokter spesialis setiap pelayanan dengan 2 (dua) orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap pada pelayanan yang berbeda.
- (4) Pada setiap Pelayanan Spesialis Penunjang Medik masing-masing minimal 1 (satu) orang dokter spesialis setiap pelayanan dengan 2 (dua) orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap pada pelayanan yang berbeda.

(5) Perbandingan tenaga keperawatan dan tempat tidur adalah 2:3 dengan kualifikasi tenaga keperawatan sesuai dengan pelayanan di Rumah Sakit.

(6) Tenaga penunjang berdasarkan kebutuhan Rumah Sakit.

2. Sarana dan Prasarana

(1) Sarana prasarana Rumah Sakit harus memenuhi standar yang ditetapkan oleh Menteri.

(2) Peralatan yang dimiliki Rumah Sakit harus memenuhi standar yang ditetapkan oleh Menteri.

(3) Peralatan radiologi harus memenuhi standar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(4) Jumlah tempat tidur minimal 100 (seratus) buah.

3. Struktur Organisasi

(1) Administrasi dan manajemen terdiri dari struktur organisasi dan tata laksana.

(2) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit terdiri atas Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit, unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, komite medis, satuan pemeriksaan internal, serta administrasi umum dan keuangan.

- (3) Tatalaksana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi tatalaksana organisasi, standar pelayanan, standar operasional prosedur (SPO), Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMS) dan *hospital by laws* dan *Medical Staff by laws*.

d. Rumah Sakit Umum Kelas D

- (1) Rumah Sakit Umum Kelas D harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) Pelayanan Medik Spesialis Dasar.
- (2) Kriteria, fasilitas dan kemampuan Rumah Sakit Umum Kelas D sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi Pelayanan Medik Umum, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Medik Spesialis Dasar, Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan, Pelayanan Penunjang Klinik dan Pelayanan Penunjang Non Klinik.
- (3) Pelayanan Medik Umum terdiri dari Pelayanan Medik Dasar, Pelayanan Medik Gigi Mulut dan Pelayanan Kesehatan Ibu Anak/Keluarga Berencana.
- (4) Pelayanan Gawat Darurat harus dapat memberikan pelayanan gawat darurat 24 (duapuluh empat) jam dan 7 (tujuh) hari seminggu dengan kemampuan melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat, melakukan resusitasi dan stabilisasi sesuai dengan standar.

- (5) Pelayanan Medik Spesialis Dasar sekurang-kurangnya 2 (dua) dari 4 (empat) jenis pelayanan spesialis dasar meliputi Pelayanan Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Bedah, Obstetri dan Ginekologi.
- (6) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik yaitu laboratorium dan Radiologi.
- (7) Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan terdiri dari pelayanan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.
- (8) Pelayanan Penunjang Klinik terdiri dari Perawatan *High Care Unit*, Pelayanan Darah, Gizi, Farmasi, Sterilisasi Instrumen dan Rekam Medik
- (9) Pelayanan Penunjang Non Klinik terdiri dari pelayanan *Laundry/Linen*, Jasa Boga /Dapur, Teknik dan Pemeliharaan Fasilitas, Pengelolaan Limbah, Gudang, *Ambulance*, Komunikasi, Kamar Jenazah, Pemadam Kebakaran, Pengelolaan Gas Medik dan Penampungan Air Bersih.

4. Sumber Daya Manusia (SDM)

- (1) Ketersediaan tenaga kesehatan disesuaikan dengan jenis dan tingkat pelayanan.
- (2) Pada Pelayanan Medik Dasar minimal harus ada 4 (empat) orang dokter umum dan 1 (satu) orang dokter gigi sebagai tenaga tetap.

(3) Pada Pelayanan Medik Spesialis Dasar harus ada masing-masing minimal 1 (satu) orang dokter spesialis dari 2 (dua) jenis pelayanan spesialis dasar dengan 1 (satu) orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap.

(4) Perbandingan tenaga keperawatan dan tempat tidur adalah 2:3 dengan kualifikasi tenaga keperawatan sesuai dengan pelayanan di Rumah Sakit.

(5) Tenaga penunjang berdasarkan kebutuhan Rumah Sakit.

5. Sarana dan Prasarana

(1) Sarana prasarana Rumah Sakit harus memenuhi standar yang ditetapkan oleh Menteri.

(2) Peralatan yang dimiliki Rumah Sakit harus memenuhi standar yang ditetapkan oleh Menteri.

(3) Peralatan radiologi harus memenuhi standar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(4) Jumlah tempat tidur minimal 50 (lima puluh) buah.

6. Struktur Organisasi

(1) Administrasi dan manajemen terdiri dari struktur organisasi dan tata laksana.

(2) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit terdiri atas Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit, unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, komite medis, satuan pemeriksaan internal, serta administrasi umum dan keuangan.

(3) Tatakelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi tatalaksana organisasi, standar pelayanan, standar operasional prosedur (SPO), Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS), *hospital by laws* dan *Medical Staff by laws*.

a. Rumah Sakit Khusus

Jenis Rumah Sakit khusus antara lain Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak, Jantung, Kanker, Orthopedi, Paru, Jiwa, Kusta, Mata, Ketergantungan Obat, Stroke, Penyakit Infeksi, Bersalin, Gigi dan Mulut, Rehabilitasi Medik, Telinga Hidung Tenggorokan, Bedah, Ginjal, Kulit dan Kelamin.

Berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan, Rumah Sakit Khusus diklasifikasikan menjadi :

a. Rumah Sakit Khusus Kelas A;

b. Rumah Sakit Khusus Kelas B;

c. Rumah Sakit Khusus Kelas C.

1. Klasifikasi Rumah Sakit Khusus ditetapkan berdasarkan:

- a. Pelayanan;
- b. Sumber Daya Manusia;
- c. Peralatan;
- d. Sarana dan Prasarana; dan
- e. Administrasi dan Manajemen.

2. Kriteria klasifikasi Rumah Sakit Khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagaimana tercantum dalam lampiran II Peraturan ini.

Klasifikasi dari unsur pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 24 meliputi Pelayanan Medik Umum, Pelayanan Gawat Darurat sesuai kekhususannya, Pelayanan Medik Spesialis Dasar sesuai kekhususan, Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, Pelayanan Medik Spesialis Lain, Pelayanan Keperawatan, Pelayanan Penunjang Klinik, Pelayanan Penunjang Non Klinik.

3. Sumber Daya Manusia (SDM)

Kriteria klasifikasi dari unsur sumber daya manusia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 24 meliputi ketersediaan sumber daya manusia pada Pelayanan Medik Dasar, Pelayanan Medik Spesialis sesuai

kekhususannya, Pelayanan Medik Sub spesialis, Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, Pelayanan Keperawatan dan Penunjang Klinik.

4. Struktur Organisasi

- (1) Kriteria klasifikasi dari unsur administrasi dan manajemen sebagaimana dimaksud dalam Pasal 24 meliputi struktur organisasi dan tata laksana.
- (2) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit terdiri atas Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit, unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, komite medis, satuan pemeriksaan internal, serta administrasi umum dan keuangan.
- (3) Tatalaksana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi tugas dan fungsi, susunan dan uraian jabatan, tata hubungan kerja, standar operasional prosedur, *hospital by laws* & dan *medical staff by laws*.

5. Sarana dan Prasaran

Rumah Sakit Khusus harus memenuhi jumlah tempat tidur sesuai dengan klasifikasinya berdasarkan kebutuhan sebagaimana tercantum dalam lampiran Peraturan ini. Penamaan Rumah Sakit Khusus harus mencantumkan kekhususannya.

3. Jenis-Jenis Rumah Sakit

Sesuai dengan perkembangan rumah sakit di Indonesia dan perkembangan rumah sakit secara modern. Pada saat ini rumah sakit dapat dibedakan beberapa macam atau jenis, yakni sebagai berikut:

1. Menurut pemilik, ada 2 (dua) macam yaitu rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta.
2. Menurut Filosofi yang dianut, ada 2 (dua) macam yaitu rumah sakit yang tidak mencari keuntungan dan rumah sakit yang mencari keuntungan.
3. Menurut jenis pelayanan yang diselenggarakan, ada 2 (dua) macam rumah sakit yaitu rumah sakit umum dan rumah sakit khusus.
4. Menurut lokasi rumah sakit dibedah beberapa macam yaitu rumah sakit pusat yang berlokasi di ibukota Negara, rumah sakit provinsi jika diletakan di provinsi, rumah sakit kabupaten jika diletakan di kabupaten atau kotamadya.
5. Menurut Manajemen rumah sakit dalam perpektif sejarah ada enam, rumah sakit milik pemerintah, rumah sakit milik militer, rumah sakit milik yayasan, rumah sakit swasta milik dokter, rumah sakit milik swasta yang mencari keuntungan dan rumah sakit milik badan usah milik Negara.

D. Tinjauan Umum tentang Rawat Inap

Rawat inap adalah pelayanan terhadap pasien masuk rumah sakit yang menempati tempat tidur untuk keperluan observasi, diagnosa, terapi

rehabilitasi medik atau pelayanan medik lainnya dengan pengawasan dokter setiap hari.

Rawat inap (*opname*) adalah istilah yang berarti proses perawatan pasien oleh tenaga kesehatan profesional akibat penyakit tertentu, di mana pasien diinapkan di suatu ruangan di rumah sakit. Ruang rawat inap adalah ruang tempat pasien dirawat. Ruangan ini dulunya sering hanya berupa bangsal yang dihuni oleh banyak orang sekaligus. Saat ini, ruang rawat inap di banyak rumah sakit sudah sangat mirip dengan kamar-kamar hotel. Pasien yang berobat jalan di Unit Rawat Jalan, akan mendapatkan surat rawat dari dokter yang merawatnya, bila pasien tersebut memerlukan perawatan di dalam rumah sakit, atau menginap di rumah sakit. (http://id.wikipedia.org/Kategori:Rumah_sakit)

Rawat inap merupakan komponen dari pelayanan rumah sakit, dimana kapasitasnya diukur dari jumlah tempat tidur yang tersedia. Rumah sakit menggunakan jumlah tempat tidur sebagai ukuran bagi tingkat hunian, pelayanan dan keuangan, meskipun hanya 10% dari seluruh yang membutuhkan pelayanan memerlukan rawat inap.

Pasien atau orang sakit adalah seseorang yang menderita atau yang dianggap dokter, tenaga kesehatan lainnya mengidap suatu penyakit tertentu baik didalam tubuh maupun jiwa, setelah dilakukan pemeriksaan terlebih dahulu dan memperoleh pelayanan untuk tinggal dan dirawat pada suatu unit tertentu. (Iskandar : 1998)

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 66 Tahun 1987, rawat inap adalah pelayanan terhadap orang yang masuk rumah sakit dan menempati tempat tidur guna keperluan observasi, perawatan, diagnosa, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau pelayanan kesehatan lainnya (Depkes RI, 1987)

Adapun kewajiban rumah sakit terhadap pasien adalah :

1. Mengindahkan hak asasi pasien;
2. Memberikan penjelasan apa yang diderita pasien dan tindakan apa yang hendak dilakukan;
3. Meminta persetujuan pasien sebelum melakukan suatu tindakan medis;
4. Mengindahkan hak pribadi pasien;
5. Menjaga rahasia pasien;
6. Memberikan pelayanan yang baik sesuai standar yang telah ditetapkan ;Memberikan pelayanan *emergency* tanpa mengharuskan pembayaran uang muka lebih dahulu. (Iskandar, 1998 }.

E. Tinjauan Umum Tentang Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Menurut Green dalam Notoatmodjo (2003), perilaku masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tiga faktor utama yakni *predisposing* (meliputi: pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai); faktor *enabling* (mencakup ketersediaan sarana dan prasarana); faktor *reinforcing* (meliputi: sikap dan perilaku petugas kesehatan dan tokoh masyarakat).

Anderson dalam Notoatmodjo (2003), mengungkapkan bahwa faktor *predisposing* dan faktor *enabling* dapat terwujud dalam tindakan apabila itu dirasakan sebagai kebutuhan. Kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan, bila mana tingkat predisposisi dan *enabling* itu ada. Kebutuhan (*need*) dibagi menjadi dua kategori yaitu dirasa atau *perceived (subject assessment)* dan *evaluated (clinical diagnosis)*.

Hakekat dasar penyelenggaraan pelayanan kesehatan adalah untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan para pemakai jasa pelayanan kesehatan terhadap kesehatan (*health needs and demands*) sedemikian rupa sehingga kesehatan para pemakai jasa pelayanan kesehatan tersebut tetap terpelihara, bertitik tolak dari hakikat dasar ini, maka pelayanan kesehatan dapat dikategorikan sempurna bila memenuhi kebutuhan dan tuntutan di setiap pasien yang terkait dengan timbulnya rasa puas terhadap pelayanan kesehatan (Azwar, 2007).

Pemanfaatan (utilisasi) pelayanan kesehatan sangat erat kaitannya dengan waktu, kapan kita memerlukan pelayanan kesehatan, dan seberapa jauh efektifitas pelayanan tersebut, menurut Arrow yang dikutip Tjiptoherijanto (1994), hubungan antara keinginan sehat dengan permintaan akan pelayanan kesehatan hanya kelihatannya saja sederhana, tetapi sebenarnya sangat komplis. Penyebab utamanya adalah karena persoalan kesenjangan informasi. Adanya keinginan sehat menjadi konsumsi perawatan kesehatan melibatkan berbagai informasi, yaitu aspek yang menyangkut status

kesehatan saat ini, informasi tentang status kesehatan yang baik, informasi tentang jenis perawatan yang tersedia. Dari informasi inilah masyarakat kemudian terpengaruh untuk melakukan permintaan dan penggunaan (utilisasi) terhadap suatu pelayanan kesehatan.

Menurut Anderson yang dikutip Notoatmodjo (2003), bahwa faktor-faktor yang menentukan pemanfaatan pelayanan kesehatan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu:

1. Karakteristik Predisposisi (*predisposing characteristics*), karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Hal ini disebabkan karena adanya ciri-ciri individu yang digolongkan ke dalam ciri-ciri:
 - a) Demografi (umur, jenis kelamin, status perkawinan, jumlah keluarga)
 - b) Struktur Sosial (tingkat pendidikan, pekerjaan, ras, kesukuan, agama, tempat tinggal)
 - c) Sikap, keyakinan, persepsi, pandangan individu terhadap pelayanan kesehatan.
2. Karakteristik pendukung (*enabling characteristics*), karakteristik ini mencerminkan bahwa meskipun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, ia tidak akan bertindak menggunakannya, kecuali jika ia mampu untuk menggunakan. Penggunaan pelayanan kesehatan yang ada tergantung kemampuan konsumen untuk membayar. Termasuk dalam karakteristik ini adalah:

sumber keluarga (pendapatan keluarga, cakupan asuransi kesehatan, dan pembiayaan pelayanan kesehatan, keterjangkauan, dan tarif).

3. Karakteristik kebutuhan (*need characteristics*), faktor predisposisi dan faktor yang memungkinkan untuk mencapai pengobatan dapat terwujud di dalam tindakan itu dirasakan sebagai kebutuhan.

Philip Kotler (1987) menggambarkan model kepercayaan pasien terhadap pelayanan kesehatan untuk diterima atau tidak dipengaruhi oleh:

1. Faktor demografi seperti umur, jenis kelamin, ras, etnik
2. Faktor sosio-psikologis meliputi *personality*, kelas sosial dan kelompok rujukan.
3. Faktor struktural seperti pengetahuan dan sikap terhadap penyakit
4. Faktor keseriusan penyakit yang diderita
5. Faktor kepercayaan, penerimaan dan penolakan terhadap untung ruginya tindakan medis, pengaruh berita dan informasi media masa, kelompok masyarakat atau keluarga dan pengalaman orang lain.

Sedangkan menurut Engel (1994) pengaruh kepercayaan pasien dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu:

1. Pengaruh lingkungan: budaya, kelas sosial, pengaruh pribadi, keluarga dan situasi.
2. Perbedaan dan pengaruh individu: sumber daya konsumen, motivasi dan keterlibatan, pengetahuan, sikap, kepribadian, gaya hidup dan demografi.

3. Proses psikologis: pengolahan informasi, pembelajaran dan perubahan sikap perilaku.

F. Tinjauan Umum Tentang Mutu Pelayanan Kesehatan

1. Pengertian Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu pelayanan rumah sakit secara total dalam pandangan pasien terdiri dari: *quality technical* meliputi pelayanan dokter, perawat dan petugas lain. *Functional quality* meliputi proses layanan yang diterima misalnya *reliabilit*, *assurance* dan lain-lain. *Amnety* meliputi keamanan dan kenyamanan pasien (Supriyanto dkk, 2011).

Menurut Donabedian(1980) yang dikutip dari Wiyono (2008), 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 kewajiban. 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 negatif.

Mutu menurut Donabedian (1980) 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. Jadi, pada prinsipnya ada 2 (dua) komponen utama yang harus diperhatikan sebelum menilai mutu pelayanan secara obyektif dan menyeluruh yaitu *technical quality* atau mutu pelayanan dari aspek pemberi pelayanan dan *interpersonal quality*, mutu pelayanan dari aspek pasien (Rochmanadji Widajat, 2009)

Persepsi tentang mutu suatu organisasi pelayanan sangat berbeda-beda karena bersifat sangat subjektif, disamping itu selera dan harapan pengguna pelayanan selalu berubah-ubah (Sastrianegara dan Saleha, 2009).

Menurut Tjiptono (2006), pelayanan atau jasa merupakan aktivitas, manfaat atau kepuasan yang di tawarkan untuk di jual. Pelayanan yang terbaik adalah melayani setiap saat, secara cepat dan memuaskan, berlaku sopan, ramah, dan menolong, serta profesional. Menurut Philip Kotler pelayanan jasa memiliki empat karakteristik utama yaitu :

- 1) Tidak berwujud (*Intangibility*). Maksudnya pelayanan tidak dapat dilihat, dirasa, dicium, didengar, atau diraba sebelum di beli atau di konsumsi

- 2) Tidak dapat dipisahkan (*Inseparability*). Maksudnya pelayanan jasa pada umumnya di jual terlebih dahulu baru kemudian di produksi secara bersama
- 3) Berwariasi (*Variability*). Jasa bersifat sangat variabel artinya banyak variasi bentuk, mutu dan jenis. Tergantung siapa, kapan, dan dimana jasa tersebut di hasilkan. Para pembeli sering kali meminta pendapat orang lain sebelum memutuskan untuk memilih. Oleh karena itu sangat penting bagi penyedia jasa memantau kepuasan pelanggan melalui sistem saran dan keluhan atau dengan survei pelanggan.
- 4) Tidak tahan lama (*perishability*). Jasa merupakan komunitas tidak tahan lama dan tidak dapat di simpan.

2. Mutu pelayanan rumah sakit

Menurut Assaf (2010), Rumah sakit yang *responsive* adalah rumah sakit yang melakukan segala untuk meningkatkan mutu pelayanan, melayani dengan memuaskan kebutuhan dan keinginan pasien dan publiknya. Oleh karena itu, setiap rumah sakit seyogianya dapat mengukur seberapa responsifnya dirinya serta menetapkan bagaimana meningkatkan kemampuan untuk peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

Menurut Green dalam Notoatmodjo (2003), perilaku masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tiga faktor utama yakni *predisposing* (meliputi : pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai) ; faktor *enabling* (mencakup ketersediaan sarana dan prasarana); faktor *reinforcing* (meliputi : sikap dan perilaku petugas kesehatan dan tokoh masyarakat).

Anderson dalam Notoatmodjo (2003), mengungkapkan bahwa faktor predisposing dan faktor *enabling* dapat terwujud dalam tindakan apabila itu dirasakan sebagai kebutuhan. Kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan, bila mana tingkat predisposisi dan *enabling* itu ada. Kebutuhan (*need*) dibagi menjadi dua kategori yaitu dirasa atau *perceived* (subject assessment) dan *evaluated* (*clinical diagnosis*).

Mutu merupakan sebuah dokumen yang disusun oleh suatu organisasi yang mendefinisikan pemahaman konseptual mengenai mutu dalam organisasi tersebut, dan memberikan suatu gambaran struktur organisasi untuk menerapkan standar mutu pada proses pemberian layanan dan perawatan oleh organisasi tersebut (Hartono, 2010).

Menurut Muninjaya (2012), pelayanan merupakan kegiatan yang sengaja dijual untuk memberikan kepuasan kepada pemakainya. Contohnya pelayanan di rumah sakit, seperti rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, pelayanan partus, pelayanan bedah dsb.

Memang tidak mudah, mana produk dalam bentuk barang dan mana produk dalam bentuk jasa. Kekaburan batasan ini terjadi karena ada barang-barang yang dibeli oleh konsumen juga disertai dengan jasa. Misalnya rumah sakit memberikan pelayanan rawat inap, rawat jalan, atau rawat gawat darurat juga menyertai kegiatan yang terkait dengan penciptaan suasana nyaman, tenang, bersih, kecepatan melayani, tepat waktu, ramah dengan sikap, dan senyuman tulus dari staf pemberi pelayanan, pelayanan tenaga medis dan

paramedis yang kompeten disertai dengan peralatan yang canggih dan lengkap.

Dari contoh diatas, jasa juga diartikan sebagai perbuatan/kegiatan yang baik, berguna, atau bernilai bagi orang lain, kelompok masyarakat, institusi pemerintah atau swasta, bahkan untuk negara. Jasa juga diartikan sebagai perbuatan yang memberikan kepuasan kepada pelanggan atau konsumen sesuai dengan yang diharapkannya.

Dibidang pelayanan kesehatan, jasa adalah kegiatan yang dilakukan oleh institusi penyedia layanan kesehatan (*health care providers*). Jenis pelayanannya tidak tampak secara kasat mata. Misalnya pelayanan untuk pengobatan rawat jalan atau rawat inap pasien di rumah sakit, Puskesmas, klinik bersalin, dokter praktek swasta. Jasa yang dihasilkan oleh institusi penyedia jasa pelayanan kesehatan dikonsumsi oleh pasien sebagai pengguna layanan dalam waktu bersamaan pada saat produk tersebut dihasilkan. Artinya pada saat penyedia jasa layanan memberikan pengobatan atau perawatan kepada pasien, pada saat itu juga pasien menerima pelayanan kesehatan tersebut.

Jadi pada dasarnya jasa merupakan semua aktifitas ekonomi yang hasilnya bukan berbentuk produk fisik atau konstruksi, yang umumnya dihasilkan dan dikonsumsi secara bersamaan serta memberi nilai tambah (misalnya kesenangan, hiburan, kenyamanan atau kesehatan). Pendapat ini hampir sama dengan pendapat Rangkuti (2006), Jasa merupakan pemberian

suatu kinerja atau tindakan tak kasat mata dari satu pihak kepada pihak lain. Pada umumnya jasa diproduksi dan dikonsumsi secara bersamaan, di mana interaksi antara pemberi jasa dan penerima jasa mempengaruhi jasa tersebut.

3. Karakteristik Mutu Pelayanan

Berbagai riset dan literatur pemasaran jasa mengungkapkan bahwa jasa memiliki sejumlah karakteristik unik yang membedakannya dari barang dan berdampak pada cara memasarkannya. Tjiptono (2005) membagi secara garis besar karakteristik jasa tersebut di atas: *intangibility*, *inseparability*, *variability/heterogeneity*, *perishability* dan *lack of ownership*.

a. *Intangibility*

Jasa merupakan suatu perbuatan, tindakan, pengalaman, proses, kinerja atau usaha yang tidak berwujud. Oleh karena itu, jasa tidak dapat dilihat, dirasa, dicium, didengar atau diraba sebelum dibeli atau dikonsumsi.

b. *Inseparability*

Barang biasanya diproduksi, kemudian dijual, lalu dikonsumsi. Sedangkan jasa pada umumnya dijual terlebih dahulu, baru kemudian diproduksi dan dikonsumsi pada waktu yang sama. Sebagai contoh, pelayanan kesehatan. Dokter tidak dapat memproduksi jasanya tanpa kehadiran pasien. Pasien bersangkutan secara aktual ikut terlibat dalam proses produksi, dengan menjawab pertanyaan-pertanyaan dokter dan menjelaskan gejala penyakit yang dirasakannya. Pada jasa dengan tingkat kontak yang tinggi, karena penyedia dan pelanggan sama-sama hadir,

maka interaksi di antara keduanya merupakan faktor penting yang menentukan kepuasan pelanggan jasa tersebut.

c. *Variability/heterogeneity/inconsistency/customization*

Jasa bersifat sangat variabel karena merupakan *non-standardized output*, artinya banyak variasi bentuk, kualitas, dan jenis, tergantung kepada siapa, kapan, dan di mana jasa tersebut diproduksi.

d. *Perishability*

Perishability berarti jasa tidak tahan lama dan tidak dapat disimpan. Jadi jasa tidak mengenal persediaan atau penyimpanan dari produk yang telah dihasilkan.

e. *Lack of ownership.*

Konsumen tidak dapat memiliki jasa. Pada pembelian produk barang, konsumen memiliki hak penuh atas penggunaan dan manfaat produk yang dibelinya. Mereka bisa mengkonsumsi, menyimpan dan menjualnya. Sedangkan pada produk jasa, konsumen hanya memiliki akses personal untuk menggunakan jasa dalam waktu yang terbatas (misalnya kamar hotel, bioskop, jasa penerbangan dan pelayanan rumah sakit).

4. Batasan dan Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan

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 perspektif yaitu:

a) Dimensi konsumen atau dimensi pasien

Dalam perspektif 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.

Menurut Muninjaya (2012), berbagai batasan produk pelayanan kesehatan dijelaskan oleh banyak pakar: Avedis Donabedian (1988), mutu pelayanan kesehatan adalah *“The quality of technical care consist in the application of medical science and technology in a way that maximizes its benefit to health without correspondingly increasing its risks. The degree of its quality is, therefore, the extent to which the care provided is expected the most favourable balance of risk and benefit”*.

Mereka yang membeli atau menggunakan produk/jasa pelayanan kesehatan disebut dengan pelanggan (*customer*). Pelanggan institusi pelayanan kesehatan dibedakan menjadi:

1. Pelanggan internal (*internal customer*), yaitu yang bekerja di dalam institusi kesehatan seperti staf medis, paramedis, teknisi, administrasi, pengelola, dsb.
2. Pelanggan eksternal (*external customer*), yaitu pasien, keluarga, masyarakat umum, rekanan, lembaga, swadaya masyarakat, dsb.

5. Dimensi Mutu Menurut Pelanggan

Setiap pelanggan yang terkait dengan institusi pelayanan kesehatan mempunyai keinginan, atau harapan terhadap produk/jasa pelayanan yang disediakan atau yang dihasilkan oleh institusi penyedia pelayanan kesehatan. Mereka mempunyai persyaratan tertentu terhadap produk/jasa pelayanan kesehatan. Persyaratan pelanggan terhadap institusi penyedia pelayanan kesehatan antara lain, *efficient* (efisien), *affordable* (terjangkau dari aspek biaya), *accessible* (dapat dijangkau dari aspek jarak), *equity* (adil), *times* (waktu), *continuity* (berkesinambungan), *sustainable* (berkelanjutan), dsb.

Pelanggan external menginginkan agar harapan mereka terpenuhi oleh institusi pelayanan kesehatan, dilaksanakan sesuai standar profesi menggunakan teknologi kedokteran yang canggih. Sementara pihak asuransi dan manajemen institusi pelayanan kesehatan menginginkan agar pelayanan kesehatan dikelola secara efektif dan efisien. Ketiga segmen pelanggan ini mempunyai kepentingan yang berbeda dan berbeda pula tuntutan mereka tentang mutu pelayanan kesehatan. Oleh karenanya, pengertian mutu harus dilihat dari berbagai dimensi (sudut pandang) sesuai para pengguna produk/jasa pelayanan kesehatan.

Kepuasan terhadap kualitas layanan sangat susah ditiru dan bergantung pada 3 hal, yaitu: sistem, teknologi dan manusia. Faktor manusia memegang kontribusi sekitar 70%. Kualitas layanan mempunyai banyak dimensi dan salah satu konsep kualitas layanan populer adalah *SERVQUAL* yang dirumuskan oleh Parasuraman dkk.

Salah satu agar penjualan jasa satu perusahaan lebih unggul dibandingkan para pesaingnya adalah memberikan pelayanan yang berkualitas dan bermutu, yang memenuhi tingkat harapan konsumen. Tingkat harapan konsumen terhadap jasa yang akan mereka terima dapat dibentuk berdasarkan pengalaman dan saran yang mereka peroleh. Konsumen memilih pemberi jasa berdasarkan peringkat kepentingan. Dan setelah menikmati jasa tersebut mereka cenderung akan membandingkannya dengan yang mereka harapkan.

Bila jasa yang mereka nikmati ternyata berada di bawah jasa yang mereka harapkan, para konsumen akan kehilangan minat terhadap pemberi jasa tersebut. Sebaliknya, jika jasa yang mereka nikmati memenuhi atau melebihi tingkat kepentingan, mereka akan cenderung memakai kembali produk jasa tersebut.

Tingkat kualitas pelayanan tidak dapat dinilai berdasarkan sudut pandang perusahaan tetapi harus dipandang penilaian pelanggan. Karena itu, dalam merumuskan strategi dari program pelayanan, perusahaan harus berorientasi pada kepentingan pelanggan dengan memperhatikan komponen kualitas pelayanan.

Menurut Seth Newman Gronroos yang dikemukakan oleh Muninjaya (2012), memaparkan tiga dimensi utama atau faktor lain yang juga digunakan oleh konsumen untuk mengukur kualitas jasa adalah *outcome*, *process*, dan *image*. Dari ketiga kriteria tersebut dijabarkan menjadi enam unsur:

1. *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.

2. *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.

3. *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.

4. *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.

5. *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.

6. *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.

7. *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.

G. Tinjauan Umum tentang Kepuasan

1. Pengertian Kepuasan Pelanggan

Pasien akan merasa puas apabila kinerja layanan kesehatan yang diperolehnya sama atau melebihi harapannya dan sebaliknya, ketidakpuasan pasien atau perasaan kecewa pasien akan muncul apabila kinerja layanan kesehatan yang didapatkannya tidak sesuai dengan apa yang diharapkannya,

keluhan adalah tanda ketidakpuasan dan memiliki hubungan dengan pelayanan dengan para petugas. Ketidakpuasan yang sering di jumpai di rumah sakit yaitu sikap dan perilaku petugas, informasi yang diberikan kurang jelas, proses pendaftaran yang lama, serta kebersihan lingkungan dan ruangan. (Tjiptono, 2001).

Yang dimaksud dengan kepuasan pelanggan adalah konsumen yaitu pasien yang mendapatkan pelayanan kesehatan dalam berbagai jenis pelayanan, tentu akan merasakan apakah pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit sudah sesuai dengan yang diharapkan. Tentu bagi orang awan yang tidak tahu tentang batasan pelayanan kesehatan, ukuran yang digunakan dalam menilai sesuatu pelayanan apakah telah sesuai atau belum yang dikehendaki adalah dengan menggunakan naluri jasmani. Aspek yang pertama dinilai adalah kualitas pelayanan, kemudian kepuasan konsumen atau pasien. Atau biasa dalam dunia usaha disebut dengan pelanggan, bukan berarti pasien adalah langganan sakit, namun ini lebih ditekankan pada aspek atau istilah saja (Imron, 2010).

Kepuasan konsumen terhadap pelayanan adalah perbandingan antara persepsinya terhadap pelayanan yang diterima dengan harapannya sebelum pelayanan tersebut. Apabila harapannya melampaui berarti suatu pelayanan tersebut telah memberikan kualitas yang sangat luar biasa dan juga akan menimbulkan kepuasan yang sangat tinggi (*very satisfy*). Sebaliknya, apabila harapannya tidak tercapai, maka diartikan pelayanan tersebut tidak memenuhi

apa yang diinginkan sama dengan apa yang dia peroleh, berarti konsumen itu puas (*satisfy*) (Jasfar, 2005).

Kesenjangan terhadap suatu jasa ditentukan oleh tingkat kepentingan pelanggan sebelum menggunakan jasa dibandingkan dengan hasil persepsi pelanggan terhadap jasa tersebut setelah pelanggan merasakan kinerja jasa tersebut (Rangkuti, 2006).

Untuk melaksanakan strategi peningkatan kepuasan pelanggan melalui peningkatan mutu pelayanan dengan baik maka konsep kepuasan pelanggan dan persepsinya atas mutu pelayanan menjadi hal yang sangat penting, terutama mutu relatif yang dipersepsikan pelanggan, bukannya mutu menurut perspektif pemberi jasa saja. Hal ini sangat berhubungan dengan pangsa pasar dan profitabilitas.

Kepuasan pelanggan sebagai salah satu pengukuran kinerja sistem manajemen mutu, rumah sakit harus memantau informasi yang berkaitan dengan persepsi pelanggan apakah rumah sakit telah memenuhi persyaratan pelanggan, metode untuk memperoleh dan memakai informasi harus ditetapkan. Menjadikan baru memberikan contoh metode pengukuran dan pemantau kepuasan pelanggan yaitu melalui: survey kepuasan pelanggan, data pelanggan tentang kualitas jasa (Sobana, 2012).

Menurut (Koentjoro, 2007) menemukan bahwa kepuasan pelanggan merupakan respon pelanggan terhadap dipenuhinya kebutuhan dan harapan. Hal tersebut merupakan penilaian pelanggan terhadap produk dan

pelayanan, yang merupakan cerminan tingkat kenikmatan yang didapatkan berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan dan harapan, termasuk didalamnya tingkat pemenuhan yang melebihi kebutuhan dan harapan.

Setiap pelanggan memiliki standar perbandingan untuk menilai kinerja pelayanan yang diterimanya hasil penilaian tersebut menunjukkan persepsi apakah kebutuhan dan harapan dipenuhi atau tidak, atau akan menghasilkan kepuasan atau ketidakpuasan. Ungkapan dari rasa kepuasan atau ketidakpuasan dapat berupa tindakan untuk membeli kembali, memberikan pujian atau menceritakan kepada orang lain.

Kepuasan pelanggan terbentuk dari penilaian pelanggan terhadap mutu kinerja hasil (luaran klinis) dan pertimbangan biaya yang dikeluarkan dengan manfaat yang diperoleh dari produk atau pelayanan yang diterima. Dengan demikian kepuasan terjadi karena penilaian terhadap manfaat serta kenikmatan yang diperoleh dari apa yang dibutuhkan atau diharapkan.

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi Kepuasan Pelanggan

Selama dua dasawarsa ini, *driver* dari kepuasan pelanggan tidak habis dibahas. Ribuan bahkan puluhan ribu artikel baik yang bersifat teoritis maupun praktis mencoba mengulas kepuasan pelanggan.

Kepuasan pelanggan, selain dipengaruhi oleh persepsi kualitas jasa, juga ditentukan oleh kualitas produk, harga, dan faktor-faktor yang bersifat pribadi serta yang bersifat situasi sesaat (Rangkuti, 2006).

a. Kualitas Produk

Kualitas produk adalah dimensi yang global dan setidaknya terdiri dari enam elemen yaitu *performance*, *feature*, *duability*, *reliability*, *consistency* dan *design*.

Suatu produk jasa maupun barang harus memiliki daya saing agar dapat menarik pelanggan, sebab bisnis tidak dapat berlangsung tanpa pelanggan. Suatu produk hanya memiliki daya saing bila keunggulan produk tersebut dibutuhkan oleh pelanggan. Keunggulan suatu produk jasa terletak pada keunikan serta kualitas pelayanan produk jasa tersebut kepada pelanggan. Agar dapat bersaing, suatu produk harus memiliki keunikan dibandingkan dengan produk lain yang sejenis.

Dengan demikian, suatu produk mempunyai daya saing bila keunikan serta kualitas pelayanannya disesuaikan dengan manfaat serta pelayanan yang dibutuhkan oleh pelanggan. Manfaat suatu produk tergantung pada seberapa jauh produk tersebut memenuhi nilai-nilai yang dibutuhkan pelanggan.

Nilai didefinisikan sebagai pengkajian secara menyeluruh manfaat dari suatu produk, yang didasarkan pada persepsi pelanggan atas apa yang telah diterima oleh pelanggan dan yang telah diberikan oleh produk jasa tersebut.

Walaupun suatu jasa berkualitas serta memuaskan pelanggan, namun belum tentu jasa tersebut bernilai bagi pelanggan itu. Semakin bernilai suatu produk, semakin bertambahlah kebutuhan pelanggan yang dapat dipenuhi.

Pelanggan semakin loyal bila produk tersebut semakin bernilai baginya (relatif dengan yang diperkirakan akan diterimanya dari pesaing). Perusahaan yang memiliki reputasi produk bernilai tinggi dapat menerapkan harga lebih tinggi dibandingkan harga pesaing.

Seth Newman Gronroos yang dikemukakan oleh Rangkuti (2006) mengembangkan suatu model, yang menunjukkan bahwa konsumen memilih (membeli atau tidak) suatu produk berdasarkan lima komponen nilai, yaitu:

1) Nilai fungsi

Manfaat suatu produk dikaitkan dengan kemampuan produk tersebut untuk memenuhi fungsinya dari sudut pandang pertimbangan ekonomi.

2) Nilai sosial

Manfaat suatu produk dikaitkan dengan kemampuan produk tersebut untuk mengidentikkan penggunanya dengan satu kelompok sosial tertentu.

3) Nilai emosional

Manfaat suatu produk dikaitkan dengan kemampuan produk tersebut untuk membangkitkan perasaan atau emosi penggunanya.

4) Nilai epistem

Manfaat suatu produk dikaitkan dengan kemampuan produk tersebut untuk memenuhi keingintahuan pemakainya.

5) Nilai kondisi

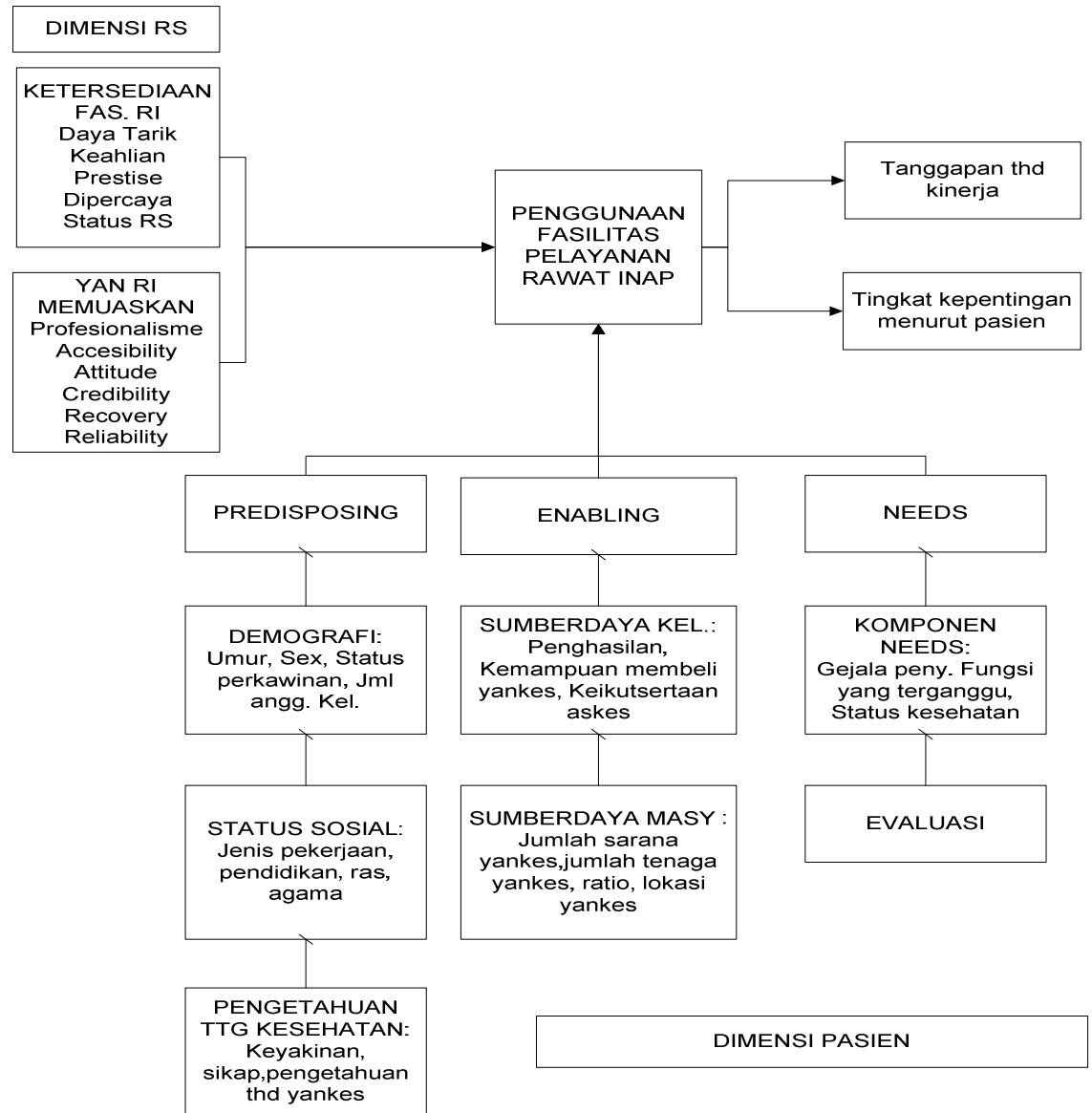
Manfaat suatu produk dikaitkan dengan kemampuan produk tersebut untuk memenuhi keperluan penggunaanya pada saat dan kondisi tertentu.

b. Harga

Untuk pelanggan yang sensitif terhadap harga, harga yang murah merupakan sumber kepuasan yang penting karena mereka mendapatkan *value for money* yang tinggi.

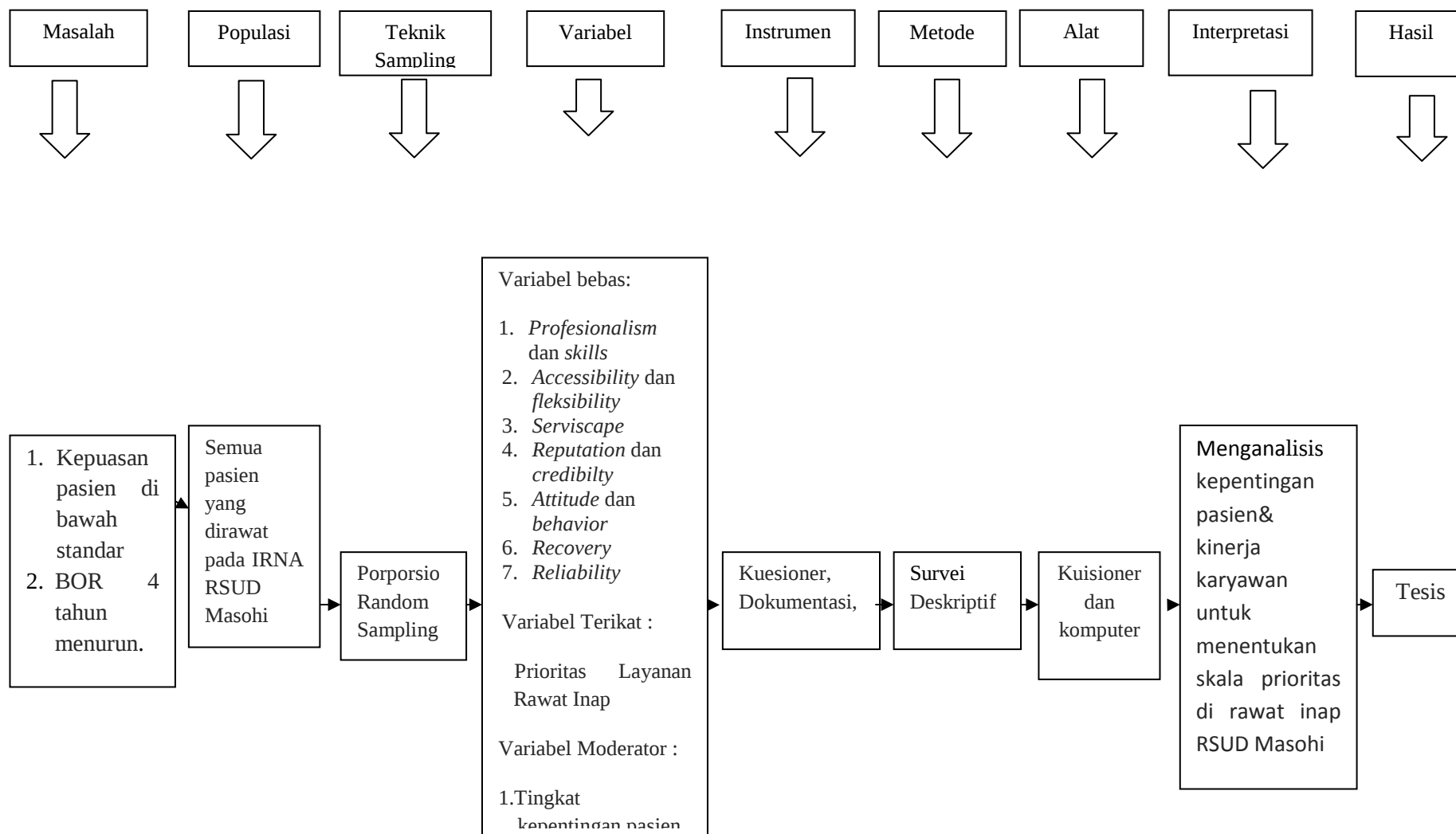
Harga yang rendah menimbulkan persepsi produk yang tidak berkualitas. Harga yang terlalu rendah menimbulkan persepsi pembeli tidak percaya kepada penjual. Sebaliknya harga yang tinggi menimbulkan persepsi produk tersebut berkualitas. Harga yang terlalu tinggi menimbulkan persepsi tidak percaya penjual terhadap pembeli.

H. Kerangka Teori

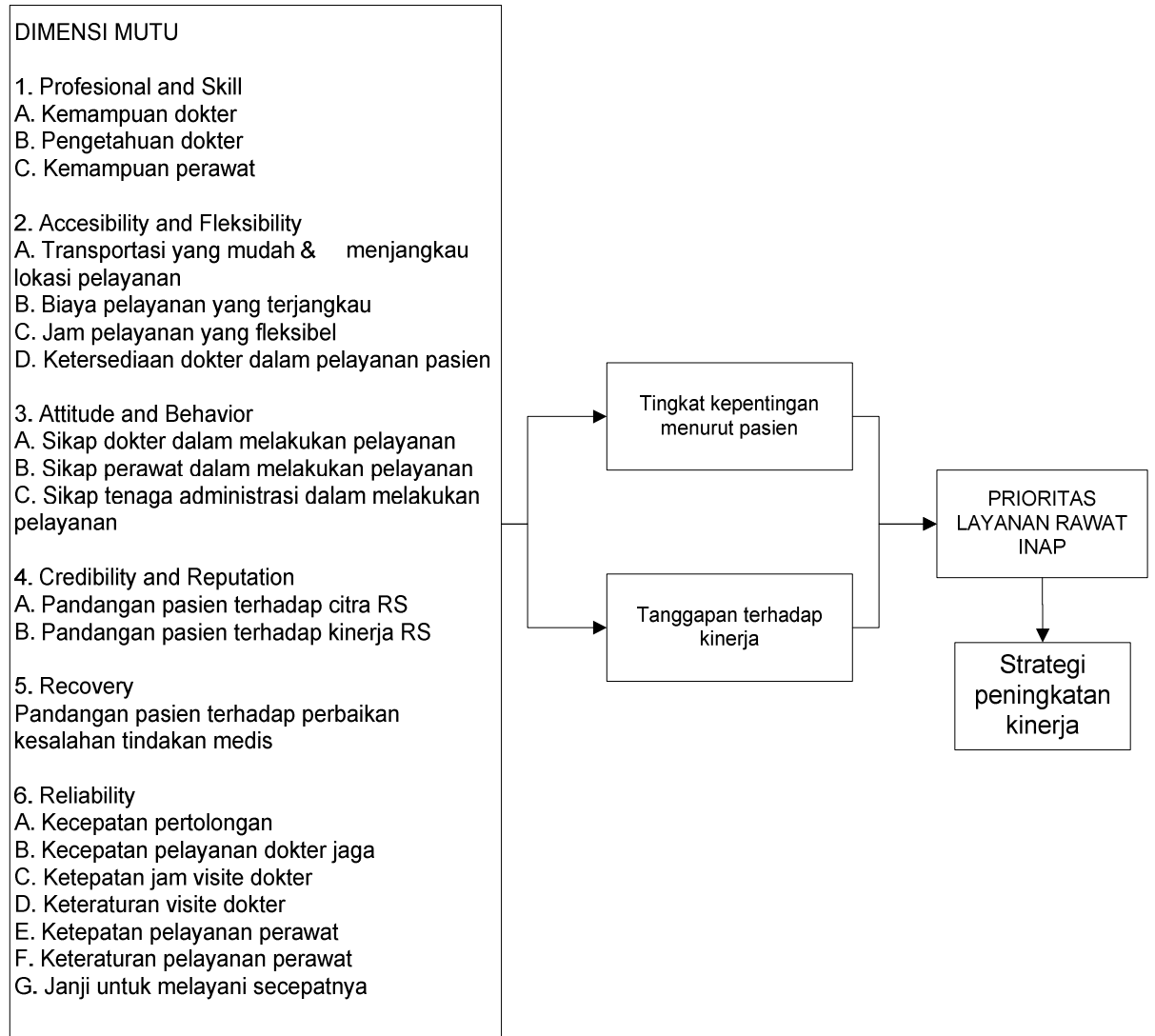


Dikembangkan dari *A Behavior model for Families Use of Health Sevcices*, Anderson R (1968), *A Theory patient Transaction in the market place*, Rchard P Bagozzi (1987), yang dikutip Notoatmodjo (2003)

I. Kerangka Operasional Penelitian



J. KERANGKA KONSEP



K. SINTESIS PENELITIAN

Tabel: 2. Sintesis Penelitian Tentang Harapan dan persepsi tentang kualitas pelayanan

No	Nama Peneliti	Lokasi Penelitian	Judul Penelitian	Dimensi Mutu	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
1	2	3	4	5	6	7
1	I Nyoman Nurcaya	Propinsi Bali	Analisis Kualitas Pelayanan rumah Sakit Di Provinsi Bali	Prasuraman	<u>Idenpendent</u> : <i>Reability, Asurance, Teangible, Empaty, Responsivenness</i> <u>Dependent</u>: Kepuasan pasien	Berdasarkan hasil penelitian analisis: 1. Hasil analisis kesenjangan (<i>gap</i>) terhadap kualitas pelayanan menunjukkan bahwa terdapat kesenjangan antara kualita pelayanan yang diberikan rumah sakit dengan yang diharapkan pasien Kesenjangan terjadi pada semua rumah sakit dan untuk kelima dimensi kualitas pelayanan 2. Atribut yang menjadi prioritas utama pada masing-masing rumah sakit adalah sebagai berikut: a. Sakit Kasih Ibu dan Rumah Sakit Surya Husadha telah mampu memberikan pelayanan sesuai dengan harapan konsumen b. Rumah Sakit Umum Tabanan harus memprioritaskan aribut kesediaan staf rumah sakit dalam menanggapi permintaan konsumen c. Rumah Sakit Umum Sanglah harus memprioritaskan 20 atribut pelayanan yg berada di kuadran A page Diagram Cartesius.

1	2	3	4	5	6	7
2	Aziz S.Wiyono dan M. Wahyudin	RS Islam Manisrenggo – Klaten, 2006	Studi tentang kualitas pelayanan dan kepuasan konsumen	-	Variabel bebas (X): 1. Kualitas pelayanan medis 2. Kualitas pelayanan paramedis 3. Kualitas pelayanan penunjang medis Variabel terikat (Y): Kepuasan konsumen	Semua variabel kualitas pelayanan: kualitas pelayanan medis, kualitas pelayanan paramedis dan pelayanan penunjang medis secara signifikan memiliki pengaruh terhadap kepuasan konsumen
3	Mirah A.P. Trarintya	RSUP Sanglah Denpasar, 2011	Studi Kasus; pengaruh kualitas pelayanan terhadap epuasan dan <i>word of mouth</i>	Dimensi Mutu Parasuraman	Variabel bebas (X): 1. <i>Reliability</i> , 2. <i>Responsiveness</i> , 3. <i>Tangibles</i> , 4. <i>Assurance</i> 5. <i>Emphaty</i> Variabel Terikat (Y) Kepuasan dan <i>word of mouth</i>	Kualitas pelayanan berpengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan Kualitas pelayanan berpengaruh positif dan signifikan terhadap <i>word of mouth</i> (WOM) Kepuasan berpengaruh positif dan signifikan terhadap <i>word of mouth</i> (WOM).
4	Valentina A. Febriani	RSUP Ciptomangun kusumo, 2012	Analisis pengaruh kualitas elayanan terhadap kepuasan pasien (Studi pada Pasien Poliklinik Rawat Jalan)	Dimensi Mutu Parasuraman	Variabel bebas (X) 1. <i>Reliability</i> , 2. <i>Responsiveness</i> , 3. <i>Tangibles</i> , 4. <i>Assurance</i> 5. <i>Emphaty</i> Variabel Terikat (Y)	Terdapat hubungan yang positif dan signifikan antara Wujud fisik, Keandalan dalam menangani konsumen, Daya Tanggap, Jaminan yang diberikan dan Empati terhadap kepuasan konsumen

					Kepuasan	
1	2	3	4	5	6	7
5	Nur hasimah	RS Bhayangkara Mapaodang Makassar, 2011	Pengaruh kualitas pelayanan terhadap kepuasan pasien di Instalasi Rawat Inap	Dimensi Mutu Gronroos	Variabel bebas (X) 1. <i>Professionalism</i> dan <i>skills</i> 2. <i>Attitudes</i> dan <i>behaviour</i> 3. <i>Accessibility</i> dan <i>flexibility</i> 4. <i>Reliability</i> dan <i>Trustworthiness</i> 5. <i>Service Recovery</i> 6. <i>Serviscape</i> 7. <i>Reputation</i> dan <i>credibility</i> Variabel Terikat (Y) Kepuasan pasien	Variabel <i>attitudes</i> dan <i>behavior</i> , <i>accessibility</i> dan <i>flexibility</i> , <i>reliability</i> dan <i>trustworthiness</i> , <i>service</i> <i>recovery</i> , <i>serviscape</i> , <i>reputation</i> dan <i>credibility</i> berpengaruh secara signifikan Terhadap kepuasan pasien