

**ANALISIS KUALITAS PELAYANAN KEPERAWATAN
BERDASARKAN PERSEPSI DAN HUBUNGANNYA DENGAN
KEINGINAN PASIEN RAWAT JALAN KEMBALI BEROBAT DI
RUANG UGD PUSKESMAS JUMPANDANG BARU MAKASSAR
TAHUN 2013**

***AN ANALYSIS OF THE NURSING SERVICE QUALITY BASED
ON THE PERCEPTION AND ITS RELATIONSHIP WITH THE
DESIRE OF THE PATIENT TO RETURN TO THE ROOM OF
THE EMERGENCY UNIT OF JUMPANDANG BARU
COMMUNITY HEALTH SERVICE, MAKASSAR, IN 2013***

ST. KHAERUNI



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

**ANALISIS KUALITAS PELAYANAN KEPERAWATAN
BERDASARKAN PERSEPSI DAN HUBUNGANNYA DENGAN
KEINGINAN PASIEN RAWAT JALAN KEMBALI BEROBAT DI
RUANG UGD PUSKESMAS JUMPANDANG BARU MAKASSAR
TAHUN 2013**

Tesis
Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh

ST. KHAERUNI

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

TESIS

**ANALISIS KUALITAS PELAYANAN KEPERAWATAN BERDASARKAN
PERSEPSI DAN HUBUNGANNYA DENGAN KEINGINAN PASIEN
RAWAT JALAN KEMBALI BEROBAT DI RUANG UGD
PUSKESMAS JUMPANDANG BARU
MAKASSAR TAHUN 2013**

Disusun dan diajukan oleh

ST. KHAERUNI
Nomor Pokok P4200210008

telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis

pada tanggal 13 Agustus 2013

dan dinyatakan telah memenuhi syarat


Menyetujui

Komisi Penasehat,


Prof. Dr. Abd. Rahman Kadir, M.Si
Ketua

Ketua Program Studi
Ilmu Keperawatan,


Dr. Aryanti Saleh, S.Kp., M.Kes


Dr. Elly L. Siattar, S.Kp., M.Kes
Anggota

Direktur Program Pascasarjana
Universitas Hasanuddin,


Prof. Dr. Ir. Mursalim

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : St. Khaeruni

Nomor Induk Mahasiswa : P4 200210008

Program Studi : Manajemen Keperawatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan 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, Juli 2013

Yang menyatakan,

St. Khaeruni

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT karena atas rahmat & hidayah-Nya sehingga penulisan tesis ini dapat terselesaikan dengan baik. Penulisan tesis ini tidak terlepas dari berbagai hambatan, namun berkat bimbingan, bantuan, dan kerjasama dari berbagai pihak secara moril maupun materil sehingga penulis dapat menyelesaikannya dengan baik. Oleh karena itu, dengan kerendahan hati, perkenankan penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terimakasih yang sebesar – besarnya kepada :

1. Prof. Dr. Ir. Mursalim, M. Sc, selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin
2. Prof. Dr. Irawan Yusuf, Ph. D, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin
3. Dr. Ariyanti Saleh, S. Kp, M. Kes, selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
4. Prof. Dr. Abd. Rahman Kadir, M.Si, selaku Ketua Komisi Penasehat yang telah memberikan ilmu, meluangkan waktunya memberikan bimbingan, arahan, koreksi, dan saran sehingga tesis ini dapat terselesaikan.
5. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp, M.Kes, selaku anggota komisi penasihat yang telah memberikan ilmunya, meluangkan waktunya memberikan bimbingan, arahan, koreksi dan saran sehingga tesis ini dapat diselesaikan.

6. dr. Hj. Eny Murtini, M.Kes, selaku Kepala Puskesmas Jumpandang Baru Makassar dan Bapak Muhajir, S.K.M, M.Kes, selaku Kepala Tata Usaha yang telah memberikan izin kepada penulis untuk mengikuti pendidikan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan sekaligus tempat penulis melakukan penelitian.
7. Kepada Ayahanda Drs. Abd Ghani (Alm) dan Ibunda Dra. Hj. Sittiara (Alm), terima kasih atas cinta kasih, pengorbanan dan motivasi serta Doa disetiap sujud malam Ibunda semasa hidup.
8. Kepada suamiku Alimuddin, S.Kep, Ns, ETN, atas cinta, dukungan moril dan materilnya serta pengertiannya selama penulis mengikuti proses pendidikan, juga kepada anak-anakku tercinta Ainun Nabila dan Aiman Naufal terima kasih atas pengertian Ananda
9. Kepada saudara-saudaraku terima kasih atas dukungan morilnya terutama St. Shofiyah, S.Si, M.Si, atas bimbingannya selama penyusunan tesis ini.
10. Rekan-rekan kerjaku di UGD Puskesmas Jumpandang Baru: Ns. Novy, Ns. Ade, Hj. Ria, Fida, Ns. Ime, Ns. Herman, Ns. Afni, Ida, Nyotal, Om Suaib, Bayah, terima kasih atas bantuan dan dukungannya selama penulis mengikuti proses pendidikan terutama pada saat penelitian.
11. Kepada teman-teman angkatan pertama Program Studi Magister Ilmu Keperawatan atas dukungan dan kerja samanya selama mengikuti pendidikan.

Penulis menyadari akan berbagai keterbatasan dan kekurangan dalam penyusunan tesis ini. Oleh karena itu segala kritikan dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan demi kesempurnaan tesis ini.

Akhir kata, penulis berharap semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi kita semua, khususnya bagi yang berkecimpung dalam profesi keperawatan.

Wassalam

Makassar, Juli 2013

St. Khaeruni

ABSTRAK

ST. KHAERUNI. *Analisis Kualitas Pelayanan Keperawatan Berdasarkan Persepsi dan Hubungannya dengan Keinginan Pasien Rawat Jalan Kembali Berobat di Ruang UGD Puskesmas Jumpandang Baru Makassar Tahun 2013* (dibimbing oleh Abd. Rahman dan Elly L. Sjattar).

Penelitian ini bertujuan menganalisis kualitas pelayanan keperawatan berdasarkan persepsi dan hubungannya dengan keinginan pasien rawat jalan kembali berobat di ruang UGD Puskesmas Jumpandang Baru Makassar tahun 2013.

Penelitian ini menggunakan pendekatan analitik deskriptif dengan rancangan kajian potong lintang (*cross sectional study*). Penelitian ini dilaksanakan di ruang UGD Puskesmas Jumpandang Baru Makassar. Sampel penelitian adalah pasien rawat jalan yang diambil dengan teknik sampel aksidental (*accidental sampling*). Pengumpulan data menggunakan kuesioner. Data dianalisis dengan menggunakan uji *chi-Square* dan *fisher exact test*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 95,9% pasien menyatakan pelayanan keperawatan pada dimensi kenyataan (*tangibles*) berkualitas, 94,1% pasien mengatakan pelayanan keperawatan pada dimensi reliabilitas dan *responsiveness* berkualitas, 93,5% pasien mengatakan pelayanan perawatan pada dimensi asuransi berkualitas, dan 90,5% pasien mengatakan pelayanan keperawatan pada dimensi empati berkualitas. Sebanyak 94,1% pasien mengatakan akan kembali berobat dengan masing-masing nilai p adalah dimensi *tangibles* $p=0,000$, dimensi reliabilitas $p=0,000$, dimensi *responsiveness* $p=0,000$, dimensi asuransi $p=0,000$, dimensi empati $p=0,000$. Ada hubungan antara kualitas pelayanan keperawatan dan keinginan pasien kembali berobat di ruang UGD Puskesmas Jumpandang Baru. Hasil analisis regresi menunjukkan Exp B pada dimensi *tangibles* = 2,055, reliabilitas = 7,968, *responsiveness* = 8,935, asuransi = 1,473, empati = 0,458. Tidak ada hubungan antara jaminan pelayanan kesehatan dengan keinginan pasien kembali berobat dengan nilai $p=0,538$.

Kata kunci: kualitas pelayanan, persepsi pasien, kembali berobat, pelayanan rawat jalan



ABSTRACT

ST. KHAERUNI. *An Analysis of the Nursing Service Quality Based on the Perception and its Relationship with the Desire of the Patient to Return to the Room of the Emergency Unit of Jumpandang Baru Community Health Service, Makassar, in 2013* (supervised by **Abd. Rahman** and **Elly L. Sjattar**)

This research aims to analyze the quality of the care service based on the patients and its relationship with the out-care patients to return to the Emergency Unit of Jumpandang Baru Community Health Service (CHS), Makassar, in 2013.

The research used an analytic-descriptive approach with a cross-sectional design. It was conducted in Emergency Unit of Jumpandang Baru CHS, Makassar. The samples were taken from the out-care patients who were chosen using the accidental sampling technique. The data were then collected through questionnaires and analyzed using the chi-square test and fisher exact test.

The result showed that 95.9% of the patients stated that at the tangible dimensions the nursing service was of quality; 94.1% of the patients stated that at the reliability and responsiveness dimensions the nursing service was of quality; 93.5 of the patients stated that at the assurance dimensions, the nursing service was of quality, and 90.5% of the patients stated that at the empathy dimensions, the nursing service was of quality. Meanwhile, 94.1 of the patients promised to return to be treated: where for each dimension the value of $p=0.000$. There is a relationship between the quality of the nursing service and the patients' desires to be treated in the Emergency Unit of Jumpandang Baru CHS. The regression analysis indicated that the dimensions of tangibles $Exp B = 2.055$, the reliability = 7.968, responsiveness = 8.935, assurance = 1.473, empathy = 0.458. The p value: $p=0.538$ indicated that there was no correlation between the health insurance and the patients' desires to return for re-treatment.

Keywords: *quality of the care, patients' perception, re-treatment, out-patient service.*



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	.....	i
HALAMAN PENGANTAR	.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN	.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	.....	iv
KATA PENGANTAR	.....	v
ABSTRAK	.....	viii
ABSTRACT	.....	ix
DAFTAR ISI	.....	x
DAFTAR GAMBAR	.....	xiii
DAFTAR TABEL	.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	.....	xv
BAB I PENDAHULUAN		
A. Latar Belakang	.....	1
B. Rumusan Masalah	.....	6
C. Tujuan Penelitian	.....	7
D. Manfaat Penelitian	.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA		
A. Jasa Pelayanan (<i>Service</i>)	.....	9
B. Total Quality Manajement (TQM)	.....	14
C. Kualitas Pelayanan	.....	16

D. Teori Harapan (<i>Expectation</i>) Pelanggan	20
E. Pengertian Persepsi	26
F. <i>Quality Assurance</i>	29
G. Kesetiaan/Kembali Berobat	32
H. Jaminan Pelayanan Kesehatan Gratis	34
I. Kepuasan	35
J. Puskesmas	50
K. Penelitian Terkait	66
L. Kerangka Teori	69
BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS	
A. Kerangka Konsep	70
B. Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional	71
C. Hipotesis	76
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	
A. Desain Penelitian dan Unit Analisis	78
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	78
C. Populasi dan Sampel	79
D. Instrumen Penelitian	81
E. Tekhnik Pengumpulan Data	81
F. Alur Penelitian	83
G. Pengolahan dan Analisis Data	84
H. Pertimbangan Etik	84

BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian	87
B. Pembahasan	95
C. Keterbatasan Penelitian	113

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	114
B. Saran	115

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Nomor		Halaman
2.1	Tingkat Harapan Pelanggan (<i>Level og Customer Expectation</i>)	20
2.2	Model Konseptual Harapan Pelanggan Terhadap Jasa	22
2.3	Model Quality Assurance	31
2.4	Customer Perception of Quality and Satisfaction	38
2.5	Diagram Proses Kepuasan	42
2.6	Diagram Kesenjangan yang dirasakan oleh Pelanggan	43
2.7	Model Gap Kualitas Jasa	44
2.8	Kerangka Teori	69
3.1	Kerangka Konsep	70
4.1	Alur Penelitian	83
5.1	Jalur Hubungan Kualitas Pelayanan Keperawatan dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan	112

DAFTAR TABEL

Nomor		Halaman
2.1	Tabel Penelitian Terkait	66
5.1	Distribusi Frekuensi, Umur, Jenis kelamin, Pendidikan, Pekerjaan Jaminan pelayanan kesehatan, kasus, kembali berobat, alamat, alasan kembali berobat pasien rawat jalan di Ruang UGD Puskesmas Jumpandang Baru Makassar	87
5.2	Distribusi Frekuensi Persepsi Pasien Rawat Jalan Berdasarkan Dimensi Kualitas Pelayanan Keperawatan di Ruang UGD Puskesmas Jumpandang Baru Makassar	89
5.3	Hubungan antara kualitas pelayanan keperawatan berdasarkan persepsi pasien pada dimensi tangibles Dengan keinginan pasien rawat jalan kembali berobat di Ruang UGD Puskesmas Jumpandang Baru Makassar	90
5.4	Hubungan antara kualitas pelayanan keperawatan berdasarkan persepsi pasien pada dimensi reliability Dengan keinginan pasien rawat jalan kembali berobat di Ruang UGD Puskesmas Jumpandang Baru Makassar	91
5.5	Hubungan antara kualitas pelayanan keperawatan berdasarkan persepsi pasien pada dimensi responsiveness Dengan keinginan pasien rawat jalan kembali berobat di Ruang UGD Puskesmas Jumpandang Baru Makassar	92
5.6	Hubungan antara kualitas pelayanan keperawatan berdasarkan persepsi pasien pada dimensi assurance dengan keinginan pasien rawat jalan kembali berobat di Ruang UGD Puskesmas Jumpandang Baru Makassar	93
5.7	Hubungan antara kualitas pelayanan keperawatan berdasarkan persepsi pasien pada dimensi empathy dengan keinginan pasien rawat jalan kembali berobat di Ruang UGD Puskesmas Jumpandang Baru Makassar	93
5.8	Hubungan antara jaminan pelayanan kesehatan dengan keinginan pasien rawat jalan kembali berobat di Ruang UGD Puskesmas Jumpandang Baru Makassar	94

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Halaman
1. Lembar penjelasan untuk responden	120
2. Lembar persetujuan menjadi responden	121
3. Instrumen penelitian / kuisisioner	122
4. Rekomendasi persetujuan etik	128
5. Izin penelitian	129
6. Dokumentasi responden	130
7. Analisis univariat dan bivariat	133
8. Master data	148

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Terwujudnya keadaan sehat adalah kehendak semua pihak. Tidak hanya oleh orang perorang, tetapi juga oleh keluarga, kelompok dan bahkan oleh masyarakat. Untuk dapat mewujudkan keadaan sehat tersebut banyak hal yang perlu dilakukan. Salah satu di antaranya yang dinilai mempunyai peranan yang cukup penting adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan (Azwar, 2010).

Tuntutan masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu semakin berkembang sejalan dengan semakin meningkatnya tingkat pendidikan dan pendapatan masyarakat serta semakin pesatnya persaingan pasar pelayanan kesehatan di Indonesia, maka diperlukan peningkatan kualitas atau mutu pelayanan kesehatan khususnya pelayanan keperawatan yang lebih berorientasi pada kepuasan pasien, artinya berusaha untuk memberikan pelayanan yang terbaik dan mengevaluasinya berdasarkan kaca mata pasien, (Munfaqiroh, 2007).

Di balik tanggapan positif terhadap faktor-faktor peningkatan mutu pelayanan kesehatan, masih banyak dijumpai insitusi pelayanan kesehatan yang belum mampu membebaskan institusinya dari perangkat rutinisme, dimana pelayanan kesehatan masih berjalan seperti biasanya (*business as usual*) (Muninjaya, 2011).

Adanya slogan “ *Return to Quality*” merupakan salah satu bentuk peningkatan pelayanan khususnya dibidang kesehatan untuk memenuhi kepuasan pelanggan. (Syafrudin, 2011)

Puskesmas sebagai unit teknis pelayanan Dinas Kesehatan Kota / Kabupaten yang bertanggung jawab untuk menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kecamatan yang mempunyai fungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat, pusat pemberdayaan masyarakat, dan pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama dalam rangka pencapaian keberhasilan fungsi puskesmas sebagai ujung tombak pembangunan bidang kesehatan, oleh karena itu puskesmas dituntut untuk mampu memberikan dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau serta memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, kelompok dan masyarakat serta lingkungannya (Alamsyah, 2011)

Pelayanan yang baik dan bermutu sangat diharapkan oleh pasien sebagai pelanggan, dan akan memberikan dorongan kepada pelanggan untuk menjalin ikatan hubungan yang kuat dengan puskesmas sebagai penyedia / pemberi jasa. Ikatan seperti ini memungkinkan puskesmas untuk dapat memahami dengan baik harapan serta kebutuhan masyarakat akan jasa pelayanan kesehatan. Dengan demikian puskesmas akan dapat meningkatkan kepuasan pelanggan yang pada gilirannya dapat menciptakan kesetiaan atau loyalitas pelanggan pada puskesmas sehingga utiliti puskesmas akan meningkat. Oleh karena itu, untuk meningkatkan

pemanfaatan pelayanan puskesmas oleh masyarakat maka perlu direncanakan dengan cermat pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Pandangan yang berkembang di masyarakat menggambarkan puskesmas sebagai suatu pelayanan kesehatan masyarakat yang diperuntukkan bagi masyarakat strata paling bawah, dan puskesmas lebih sering dianggap masyarakat sebagai pusat pelayanan yang bermutu paling rendah di antara pemberi pelayanan kesehatan pemerintah lainnya. Anggapan ini muncul karena minimnya pelayanan yang tersedia, prosedur administrasi yang lama, keterampilan petugas yang kurang profesional, kurangnya kebersihan dan peralatan yang kurang lengkap sesuai dengan tarif pelayanannya yang sangat murah dibandingkan dengan penyedia pelayanan jasa lainnya. (Ida, 2008).

Kotler dalam Solikhah (2008), menyatakan bahwa kualitas suatu pelayanan tidak dapat dinilai berdasarkan sudut pandang perusahaan tetapi harus dipandang dari sudut pandang penilaian pelanggan. Karena itu, dalam merumuskan strategi dan program pelayanan, Rangkuti (2003) menyatakan bahwa perusahaan harus berorientasi pada kepentingan pelanggan dengan memperhatikan komponen Kualitas Pelayanan.

Kepuasan pasien sebagai pelanggan menentukan keberhasilan dan kegagalan perusahaan / penyedia jasa, sehingga penting untuk mengetahui dan memahami bagaimana sesungguhnya para pelanggan dipuaskan. Studi lengkap mengenai kepuasan pelanggan dilakukan pemerintah Amerika

Serikat dan menemukan bahwa kebanyakan pelanggan yang tidak puas dengan pelayanan kesehatan, tidak melakukan pengaduan, tetapi mereka tidak datang kembali, (Wijaya, 2011). Oleh karena itu penyedia jasa atau pemberi pelayanan harus menemukan apa yang membuat para pelanggan merasa puas dan kemudian mencari sistem yang menjamin dan menjaga agar pelanggan tetap puas.

Berbagai penelitian tentang kualitas pelayanan di berbagai daerah di Indonesia baik yang menggunakan pendekatan *Servis Quality* maupun *Fuzzy* di rumah sakit maupun puskesmas menyatakan bahwa mutu / kualitas pelayanan yang ada berada pada rentang buruk – sangat buruk.

Dari hasil penelitian Roro (2007), dikatakan bahwa pelayanan kesehatan untuk pengguna kartu jaminan kesehatan kurang bermutu, karena perawat dan dokter terkadang acuh terhadap pasien pengguna kartu jaminan kesehatan.

Berdasarkan berbagai kajian, sistem asuransi secara murni belum dapat dijalankan sepenuhnya karena belum terpenuhinya besaran premi serta para pelaku pelayanan kesehatan belum memiliki kemampuan dan keahlian dalam penyelenggaraan jaminan pelayanan kesehatan keluarga miskin (JPK-Gakin) (Pudji, 2009).

Berdasarkan data yang diperoleh dari Puskesmas Jumpandang Baru, jumlah kunjungan tahun 2010 sebanyak 48.821 pasien, tahun 2011 sebanyak 46.320 pasien, 2012 (Januari - September) sebanyak 35.513

pasien, sedangkan jumlah kunjungan di ruang UGD Puskesmas Jumpandang Baru dalam kurun waktu 1 tahun (Januari - Desember 2012) sebanyak 4.056 kunjungan pasien bedah dan non bedah dengan rata-rata kunjungan pasien dalam satu bulan sekitar 338 pasien.

Berdasarkan data di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa jumlah kunjungan selama 3 tahun terakhir mengalami penurunan, dan jika dilihat dari rata-rata jumlah kunjungan baru dan kunjungan lama (berulang) dalam satu bulan, lebih banyak kunjungan baru dibandingkan jumlah kunjungan lama (berulang) di ruang UGD Puskesmas Jumpandang Baru. Hal ini menunjukkan bahwa loyalitas pengunjung (pasien) terhadap Puskesmas Jumpandang Baru dalam 3 tahun terakhir terjadi penurunan, begitu pula halnya terhadap kunjungan pasien di ruang UGD.

Penurunan loyalitas pengunjung (pasien) juga dibuktikan dengan adanya keluhan dari masyarakat tentang pelayanan keperawatan di ruang UGD baik yang disampaikan secara langsung maupun lewat instansi terkait.

Teori yang dikemukakan oleh Zeithaml dan Bitner sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Tenner dan De Toro dalam Rahman Kadir, 2013, bahwa bila pelanggan tidak puas dan tidak menyampaikan keluhan maka akan menyebabkan ketidakpuasan kepada orang lain dan tidak akan kembali.

Hal ini bisa dihindari dengan cara meningkatkan dan menjaga kualitas pelayanan kesehatan khususnya pelayanan keperawatan di ruang UGD Puskesmas Jumpandang Baru Makassar.

Sesuai dengan permasalahan tersebut di atas, maka perlu diketahui sejauh mana penilaian pasien (pelanggan) terhadap kualitas pelayanan kesehatan khususnya pelayanan keperawatan di ruang UGD Puskesmas Jumpandang Baru. Dimensi kualitas yang dipakai berdasarkan Parasuraman (1990) dalam Aisyati, dkk (2007) yang terdiri dari *Tangible* (wujud), *Reliability* (keandalan), *Responsiveness* (daya tanggap), *Assurance* (jaminan) dan *Empathy* (kemampupahaman).

B. Rumusan Masalah

Rumusan Masalah penelitian ini adalah sebagai berikut :
"Bagaimana gambaran persepsi dan hubungannya dengan keinginan pasien rawat jalan kembali berobat berdasarkan dimensi kualitas pelayanan keperawatan di Puskesmas Jumpandang Baru Makassar tahun 2013. "

Pertanyaan Penelitian :

1. Bagaimana persepsi pasien rawat jalan berdasarkan dimensi kualitas pelayanan keperawatan (tangibles, reliability, responsiveness, assurance dan empathy) di ruang UGD Puskesmas Jumpandang Baru Makassar tahun 2013 ?

2. Bagaimana hubungan antara kualitas pelayanan keperawatan dengan keinginan pasien rawat jalan kembali berobat di ruang UGD Puskesmas Jumpandang Baru Makassar tahun 2013?
3. Bagaimana hubungan penggunaan jaminan pelayanan kesehatan dan umum dengan keinginan pasien rawat jalan kembali berobat di ruang UGD Puskesmas Jumpandang Baru Makassar tahun 2013?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah di atas dapat dikemukakan tujuan penelitian sebagai berikut :

1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran persepsi dan hubungannya dengan keinginan pasien rawat jalan kembali berobat berdasarkan dimensi kualitas pelayanan keperawatan di ruang UGD Puskesmas Jumpandang Baru Makassar tahun 2013.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui persepsi pasien rawat jalan berdasarkan dimensi kualitas pelayanan keperawatan di ruang UGD Puskesmas Jumpandang Baru Makassar tahun 2013.

- b. Mengetahui hubungan antara kualitas pelayanan keperawatan dengan keinginan pasien rawat jalan kembali berobat di ruang UGD Puskesmas Jumpandang Baru Makassar tahun 2013.

- c. Mengetahui hubungan penggunaan jaminan pelayanan kesehatan gratis dan umum dengan keinginan pasien rawat jalan kembali berobat di ruang UGD Puskesmas Jumpandang Baru Makassar tahun 2013?

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan bermanfaat untuk :

1. Menambah khasanah dan memperluas wawasan ilmu pengetahuan untuk pengembangan ilmu khususnya Manajemen Mutu di bidang Pelayanan Kesehatan.
2. Menjadi salah satu acuan Pemerintah Kota Makassar dalam rangka penentuan kebijakan yang berhubungan dengan peningkatan kualitas pelayanan Puskesmas untuk meningkatkan *Utilitas* Puskesmas.
3. Memberi masukan bagi Puskesmas Jumpandang Baru sebagai strategi dalam peningkatan pelayanan berdasarkan dimensi kualitas.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Jasa / Pelayanan (*Service*)

1. Pengertian Jasa / Pelayanan

Jasa merupakan kegiatan yang sengaja dijual untuk memberikan kepuasan kepada pemakainya. Contoh pelayanan jasa di Rumah Sakit, seperti rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, dan sebagainya, contoh pelayanan jasa di Puskesmas adalah pengobatan, penyuluhan, penimbangan bayi, pengawasan makanan dan sebagainya, (Muninjaya, 2011)

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 dapat diartikan sebagai perbuatan yang memberikan kepuasan kepada pelanggan atau konsumen sesuai dengan yang diharapkannya, (Muninjaya, 2011)

Di bidang pelayanan kesehatan, jasa adalah kegiatan yang dilakukan oleh institusi penyedia layanan kesehatan (*health care provider*). Jenis pelayanan tidak tampak secara kasat mata. Misalnya pelayanan untuk pengobatan rawat jalan atau rawat inap pasien di rumah sakit, puskesmas, klinik bersalin, dokter praktik swasta, (Muninjaya, 2011)

2. Karakteristik Jasa

Menurut Muninjaya (2011), produk jasa dibedakan dengan barang berdasarkan empat karakteristiknya. Keempat karakteristik jasa tersebut diuraikan sebagai berikut :

a) *Intangibility*

Intangibility berarti bahwa produk jasa tidak dapat dilihat, tidak dapat diraba, tidak dapat dirasa, tidak dapat dicium, tidak dapat didengar, atau tidak dapat dicoba sebelum dibeli. Untuk mengurangi ketidakpastian bagi pembeli (pengguna jasa), calon pengguna jasa pelayanan kesehatan harus benar-benar memperhatikan adanya bukti tentang mutu jasa pelayanan sesuai dengan standar mutu yang umum berlaku. Misalnya, pelayanan kesehatan di sebuah Rumah Sakit akan nampak bermutu kalau penataan interior dan eksterior rumah sakit tersebut memang terlihat baik. Demikian pula peralatan medis yang digunakan, alat-alat komunikasi yang digunakan, daftar tarif pelayanan yang dapat dibaca oleh pasien pada brosur rumah sakit, dan sebagainya.

b) *Inseparability*

Pelayanan kesehatan akan diproduksi kalau ada permintaan dari pihak pengguna jasa pelayanan (pasien) atau akan ditunjukkan pelayanannya pada saat terjadinya permintaan oleh pasien. Jasa pelayanan kesehatan juga akan disediakan pada saat pasien

menerima pelayanan tersebut. Penyiapan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan seperti itu dilakukan bersamaan di suatu ruangan khusus seperti ruang praktik dokter, ruang poliklinik, atau di salah satu ruangan khusus rumah sakit. Misalnya, perawatan ibu bersalin akan disiapkan kalau ada ibu hamil yang akan melakukan persalinan.

c) *Variability*

Jasa pelayanan sangat bervariasi dan tidak mudah menentukan standar *output* untuk setiap jasa pelayanan. Beragam variasi jasa dari aspek bentuk, kualitas dan jenisnya. Demikian pula penggunaannya, waktunya (kapan), lokasinya dan produsen jasa tersebut. Misalnya, variasi jasa pelayanan rumah sakit dibedakan berdasarkan kelas perawatannya, fasilitas ruangnya atau kelengkapan peralatannya. Demikian pula bentuk pelayanannya, seperti tindakan yang direncanakan atau pelayanan gawat darurat. Dari aspek lokasi pelayanannya, apakah pelayanan tersebut berupa pelayanan rumah sakit atau puskesmas. Berdasarkan jenis penyakit atau pengobatannya, berdasarkan diagnosis penyakit pasien.

d) *Perishability*

Perishability berarti jasa tersebut tidak tahan lama dan juga tidak dapat disimpan. Misalnya, operasi *caesar*.

3. Masalah-masalah dalam Bisnis Jasa

Menurut Parasuraman, *Zeithaml dan Berry*, dalam Muninjaya (2011), ada 5 kesenjangan yang dapat menggagalkan penyampaian jasa pelayanan jika tidak ada intervensi untuk mencegahnya. Kelima kesenjangan tersebut diuraikan sebagai berikut :

- a) Kesenjangan antara harapan pengguna jasa dan persepsi manajemen

Manajemen institusi pelayanan kesehatan belum mampu secara tepat mengidentifikasi dan memahami harapan (ekspektasi) para pengguna jasa pelayanan kesehatan

- b) Kesenjangan antara persepsi manajemen dan spesifikasi kualitas jasa

Kesenjangan akan terjadi jika pemahaman manajemen RS / puskesmas tentang harapan pengguna jasa pelayanan kesehatan tidak diterjemahkan menjadi aksi nyata yang spesifik. Misalnya, standar prosedur pelayanan belum dikemas sesuai dengan harapan pengguna jasa yang semakin menuntut pelayanan yang bermutu (cepat, ramah, tepat, dan biaya terjangkau)

- c) Kesenjangan antara spesifikasi kualitas jasa dan penyampaiannya

Jasa pelayanan kesehatan yang ditawarkan kepada pasien tidak sesuai dengan standar yang sudah ditetapkan oleh komite medik rumah sakit atau pihak puskesmas tersebut disebabkan

karena staf pelaksana pelayanan di garis depan (*front line staff*) seperti perawat, bidan, dan dokter umum di sebuah rumah sakit / puskesmas belum mendapat pelatihan khusus tentang teknik penyampaian jasa pelayanan tersebut.

- d) Kesenjangan antara penyampaian jasa dan harapan pihak eksternal

Harapan pengguna jasa sangat dipengaruhi oleh cara staf dan manajemen rumah sakit / puskesmas berkomunikasi dengan masyarakat calon pengguna jasa.

- e) Kesenjangan antara jasa yang diterima pengguna dan yang diharapkan

Kesenjangan ini terjadi jika konsumen mengukur kinerja institusi pelayanan kesehatan dengan cara yang berbeda, termasuk persepsi pengguna yang berbeda terhadap kualitas jasa pelayanan kesehatan yang diharapkan.

4. Kiat-kiat Pemasaran Jasa Pelayanan Kesehatan

Menurut Muninjaya, 2011, jasa pelayanan yang berkembang dengan sukses pasti dipasarkan dengan strategi yang tepat. Kiat sukses pemasaran jasa ditentukan oleh tiga aspek :

- a) Janji perusahaan atau institusi penyedia jasa pelayanan tentang jasa yang disampaikan lewat berbagai media kepada sasaran atau pelanggannya

- b) Kemampuan institusi penyedia jasa untuk membuat stafnya mampu memenuhi janji yang disampaikan lewat media promosi
- c) Kemampuan staf menyampaikan janji tersebut kepada pelanggan

Untuk mengembangkan standar mutu pelayanan, berbagai jenis pelatihan staf dan pimpinan (baik teknis medis maupun manajerial) perlu dilaksanakan secara rutin. Demikian pula, perlu peningkatan kompetensi staf untuk lebih memahami berbagai jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan sesuai dengan perkembangan teknologi kedokteran, (Muninjaya, 2011)

B. *Total Quality Management (TQM)*

Total Quality Management merupakan suatu pendekatan dalam menjalankan usaha yang mencoba untuk memaksimalkan daya saing organisasi melalui perbaikan terus-menerus atas produk, jasa, manusia, proses dan lingkungannya Fandy Tjiptono & Anastasia Diana dalam Gasperz (2001). Untuk mencapai hal tersebut, maka beberapa karakteristik *total quality management* harus diperhatikan : 1) fokus pada pelanggan, baik pelanggan internal maupun eksternal, 2) memiliki obsesi yang tinggi terhadap kualitas, 3) menggunakan pendekatan ilmiah dalam pengambilan keputusan dan pemecahan masalah, 4) memiliki komitmen jangka panjang, 5) membutuhkan kerjasama Tim, 6) Memperbaiki proses secara berkesinambungan, 7) Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, 8)

Memberikan kebebasan yang terkendali, 9) Memiliki kesatuan tujuan, 10) Adanya keterlibatan dan pemberdayaan karyawan.

Proses peningkatan mutu pelayanan memerlukan komitmen untuk perbaikan yang melibatkan secara seimbang antara aspek manusia (motivasi) dan aspek teknologi.

Prinsip siklus kualitas yang banyak dirujuk saat ini adalah yang dikembangkan oleh Jepang melalui *Strategi Kaizen* yang diartikan sebagai perbaikan secara terus menerus (*continuous improvement*). Prinsip-prinsip Kaizen dari Patricia Wellington dalam Gasperz (2001) dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Hari ini harus lebih baik dari hari kemarin, dan hari esok harus lebih baik dari hari ini.
2. Masalah yang timbul merupakan suatu kesempatan untuk melaksanakan perbaikan dan peningkatan.
3. Menghargai adanya perbaikan, meskipun kecil.
4. Perbaikan tidak harus memerlukan investasi besar.
5. Semua karyawan terlibat dalam proses perbaikan, mulai dari manajer puncak sampai karyawan terbawah.

Setiap peningkatan mutu harus mengacu pada upaya untuk memenuhi kepuasan total pelanggan dengan mengikuti suatu langkah perbaikan yang sistematis dan terus menerus berupa suatu siklus perbaikan.

C. Kualitas / Mutu Pelayanan

1. Definisi Kualitas / Mutu

Mutu atau kualitas menurut kamus besar Bahasa Indonesia ialah ukuran, derajat, atau taraf tentang baik buruknya suatu produk barang atau jasa. Dalam istilah lain dapat dikemukakan bahwa mutu adalah perpaduan sifat-sifat dan karakteristik produk atau jasa yang dapat memenuhi kebutuhan pemakai atau pelanggan, (Bustami, 2011).

Dalam ISO 8402 (*Quality Vocabulary*), kualitas didefinisikan sebagai totalitas dari karakteristik suatu produk yang menunjang kemampuannya untuk memuaskan kebutuhan yang dispesifikasikan atau ditetapkan. Kualitas seringkali diartikan sebagai kepuasan pelanggan (*customer satisfaction*) atau konformansi terhadap kebutuhan atau persyaratan (*conformance to the requirements*), Gasperz, 2001.

Kualitas juga dapat diartikan sebagai sesuatu yang menentukan kepuasan pelanggan dan upaya perubahan ke arah perbaikan terus-menerus sehingga dikenal istilah : *Q-MATCH (Quality = Meets Agreed Terms and Changes)*, (Gaspersz, 2001).

Mutu adalah tingkat kesempurnaan dari penampilan sesuatu yang sedang diamati (Winston Dictionary, 1956) dalam Satrianegara dan Saleha (2009).

Mutu pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan yang

sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi Aswar dalam Satrianegara dan Saleha, (2009).

Berdasarkan kebijakan Depkes RI dalam Azwar (2010), bahwa mutu pelayanan keperawatan adalah pelayanan kepada pasien yang berdasarkan standar keahlian keperawatan untuk memenuhi kebutuhan dan keinginan pasien, sehingga pasien dapat memperoleh kepuasan dan akhirnya dapat meningkatkan kepercayaan kepada rumah sakit, serta dapat menghasilkan keunggulan kompetitif melalui pelayanan yang bermutu, efisien dan inovatif, dan menghasilkan *customer responsiveness*.

Deming (1980), dalam Bustami, 2011, mengemukakan bahwa mutu dapat dilihat dari aspek konteks, persepsi pelanggan, serta kebutuhan dan keinginan peserta.

2. Dimensi Kualitas / Mutu Pelayanan (*ServQual*)

Menurut Muninjaya (2011), dimensi mutu sebagai bagian dari sistem pelayanan publik, pelayanan kesehatan di suatu kabupaten/kota harus memenuhi kriteria sebagai berikut :

- a) *Availability*. Pelayanan kesehatan harus tersedia untuk melayani seluruh masyarakat di suatu wilayah dan dilaksanakan secara komprehensif mulai dari upaya pelayanan yang bersifat preventif, promotif, curatif, dan rehabilitatif.

- b) *Appropriateness*. Pelayanan kesehatan harus sesuai dengan kebutuhan masyarakat di suatu wilayah berdasarkan penyakit yang berkembang di wilayah tersebut.
- c) *Contuinity-Sustainability*. Pelayanan kesehatan di suatu daerah harus berlangsung untuk jangka lama dan dilaksanakan secara berkesinambungan.
- d) *Acceptability*. Pelayanan kesehatan harus diterima oleh masyarakat dan memperhatikan aspek sosial, budaya dan ekonomi masyarakat.
- e) *Affordable*. Biaya/tarif pelayanan kesehatan harus terjangkau oleh masyarakat umum.
- f) *Efficient*. Pelayanan kesehatan harus dikelola (manajemen) secara efisien.
- g) *Quality*. Pelayanan kesehatan yang diakses masyarakat harus terjaga mutunya.

Parasuraman, zeithaml, dan Berry dalam Bustami (2011), melalui penelitiannya mengidentifikasi sepuluh dimensi pokok, yaitu daya tanggap, kehandalan (reliabilitas), kompetensi, kesopanan, akses, komunikasi, kredibilitas, kemampuan memahami pelanggan, keamanan, dan bukti fisik. Pada penelitian berikutnya yang dilakukan oleh Parasuraman dkk, mereka menggabungkan beberapa dimensi menjadi satu, akhirnya jadilah lima dimensi utama, sebagai berikut :

- a) Reliabilitas (*reliability*) adalah kemampuan memberikan pelayanan dengan segera, tepat (akurat), dan memuaskan. Secara umum dimensi reliabilitas merefleksikan konsistensi dan kehandalan dari penyedia layanan.
- b) Daya Tanggap (*responsiveness*), dimensi ini menekankan pada sikap dari penyedia jasa yang penuh perhatian, cepat dan tepat dalam menghadapi permintaan, pertanyaan, keluhan dan masalah dari pelanggan.
- c) Jaminan (*assurance*), merupakan gabungan dimensi kompetensi, kesopanan, keamanan, dan kredibilitas, dimana staf atau penyedia jasa pelayanan memiliki kompetensi, kesopanan dan dapat dipercaya, bebas dari bahaya, serta bebas dari risiko dan keraguan.
- d) Empati (*empathy*), merupakan gabungan dimensi komunikasi, akses dan kemampuan memahami pelanggan, dimana penyedia jasa/staf mampu menempatkan dirinya pada pelanggan, mudah berkomunikasi, perhatian, serta dapat memahami kebutuhan dari pelanggan.
- e) Bukti fisik atau bukti langsung (*tangible*), dapat berupa ketersediaan sarana dan prasarana termasuk alat yang siap pakai serta penampilan karyawan/staf yang menyenangkan.

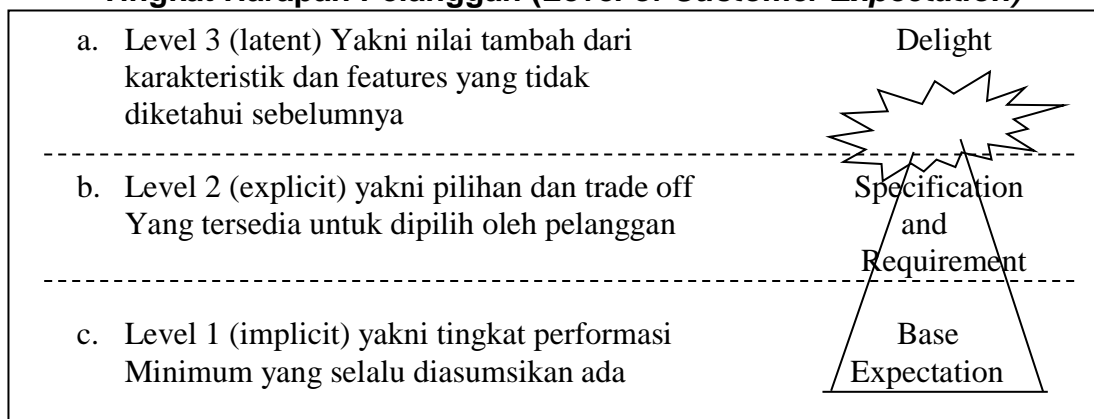
D. Teori Harapan (*Expectation*) Pelanggan

Menurut Gaspersz (2001), ekspektasi pelanggan dapat ditentukan dengan mengajukan beberapa pertanyaan misalnya, apa karakteristik produk yang diinginkan pelanggan?, berapa tingkat performansi (*performance level*) yang dibutuhkan untuk memenuhi ekspektasi pelanggan?, bagaimana kepentingan relatif (urutan prioritas) dari setiap karakteristik?, bagaimana kepuasan pelanggan dengan tingkat performansi yang ada sekarang?

Berdasarkan uraian diatas dapat dijadikan kriteria untuk menentukan ciri dari karakteristik yang mungkin diinginkan oleh pelanggan dan memahami harapan pelanggan merupakan persyaratan untuk meningkatkan mutu dan untuk mencapai kepuasan total.

Lebih lanjut Tenner dan De Toro dalam Rahman (2013) dan mengemukakan bahwa karakteristik produk dan jasa yang diharapkan oleh pelanggan dapat digambarkan secara hirarki dalam 3 tingkatan yang dapat dilihat pada gambar . 2.1

Gambar 2.1
Tingkat Harapan Pelanggan (*Level of Customer Expectation*)



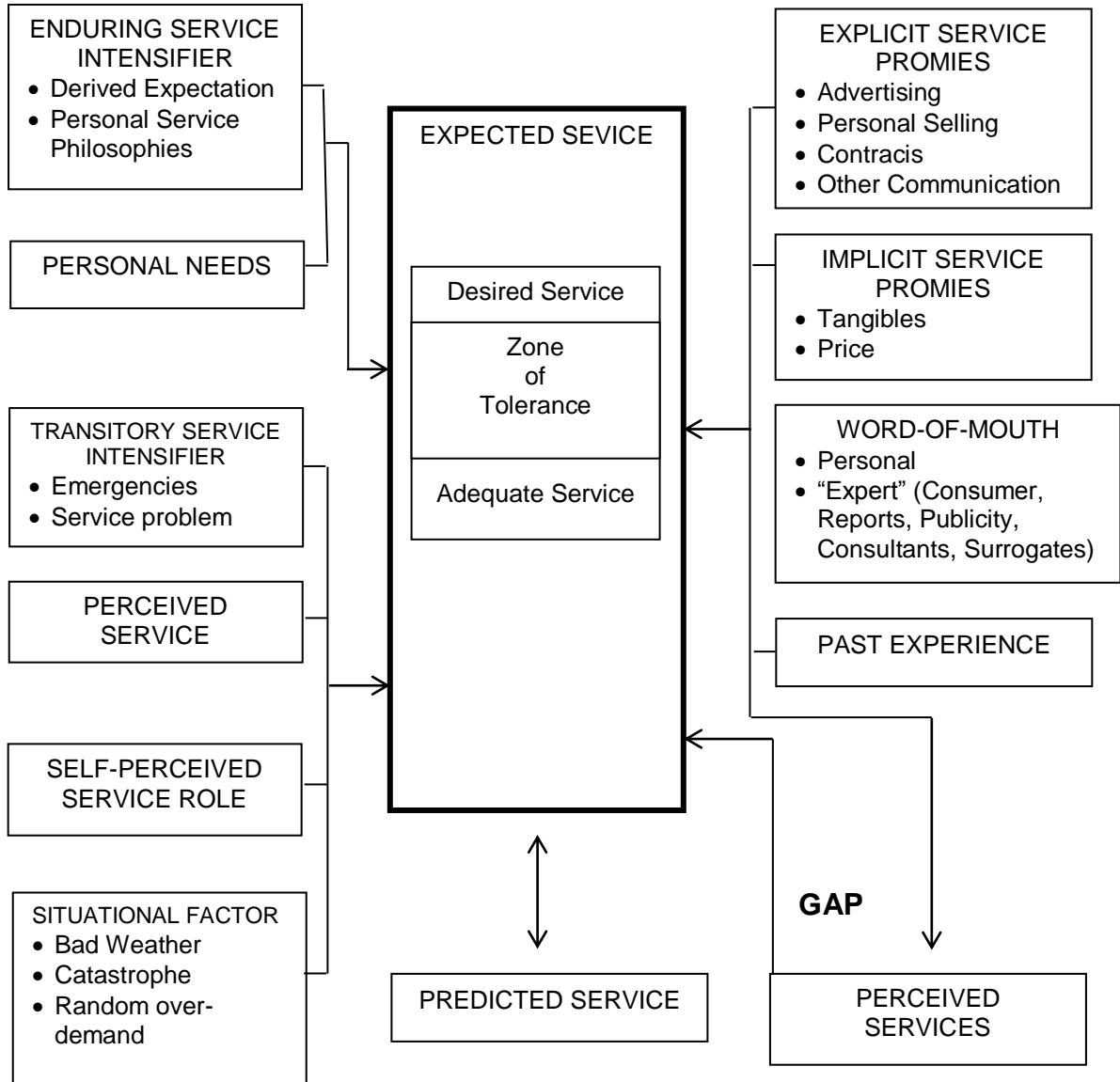
Berdasarkan gambar 2.1 tersebut diatas, dapat dijelaskan hal-hal sebagai berikut :

1. **Level satu** merupakan tingkat terendah dari harapan pasien, meliputi tingkat penampilan minimum yang di asumsikan selalu ada dan harus dipenuhi (implicit) sehingga apabila karakteristik yang diterapkan hilang, pelanggan tidak akan puas.
2. **Level dua** yaitu mencakup pelayanan yang diberikan dalam bentuk spesifikasi tersedia untuk dipilih, pelanggan dapat menyeleksi (explicit) sesuai dengan tingkat kebutuhan pelanggan.
3. **Level tiga** yaitu harapan yang lebih tinggi dari tingkat pertama dan tingkat kedua. Pada tingkatan ini sudah ada nilai tambah dari karakteristik produk yang tidak diketahui sebelumnya oleh pelanggan (*latent*) sehingga apabila karakteristik ini ada pada produk tersebut maka pelanggan akan sangat senang dan gembira. Kebutuhan tersembunyi biasanya tidak diketahui oleh pelanggan. Untuk memenuhi harapan pelanggan yang sifatnya tersembunyi ini diperlukan inovasi secara terus-menerus dari pihak penyedia jasa dalam upaya menggali kebutuhan dan keinginan pasien yang tidak nampak.

Zeithaml, A. Parasuraman dan Berry dalam Rahman (2013) membuat suatu model konseptual mengenai tingkat kepentingan pelanggan, seperti tampak pada diagram dibawah ini :

Gambar 2.2

Model Konseptual Harapan Pelanggan Terhadap Jasa



Menurut model tersebut ada dua tingkat kepentingan pelanggan yaitu adequate service dan desired service :

1. *Adequate service* adalah tingkat kinerja jasa minimal yang masih dapat diterima berdasarkan perkiraan jasa yang mungkin akan diterima dan tergantung pada alternatif yang tersedia.
2. *Desired service* adalah tingkat kinerja jasa yang diharapkan pelanggan akan diterimanya, yang merupakan gabungan dari kepercayaan pelanggan mengenai apa yang dapat dan harus diterimanya.

Zone of tolerance adalah daerah diantara *adequate service* dan *desired service*, yaitu daerah dimana variasi pelayanan yang masih dapat diterima oleh pelanggan. *Zone of tolerance* dapat mengembang dan menyusut serta berbeda-beda untuk setiap individu, perusahaan, situasi dan aspek jasa. Apabila pelayanan yang diterima oleh pelanggan di bawah *adequate service*, pelanggan akan kecewa sedangkan bila pelayanan yang diterima pelanggan melebihi *desired service*, pelanggan akan sangat puas.

Desired service dipengaruhi oleh faktor-faktor sebagai berikut :

1. Keinginan untuk dilayani dengan baik dan benar.

Pelanggan berharap dilayani dengan baik karena ia melihat pelanggan lainnya dilayani dengan baik serta dilayani dengan benar, dimana pelayanan yang benar tergantung pada falsafah individu yang bersangkutan.

2. Kebutuhan perorangan.

Pelayanan yang diharapkan pelanggan karena kebutuhan pelayanan tersebut bersifat mendesak dan terkait dengan kesejahteraan pelanggan.

3. Janji secara langsung.

Pelayanan yang diharapkan pelanggan karena pelanggan dijanjikan mendapatkan pelayanan seperti itu secara langsung oleh pemberi/organisasi pemberi jasa.

4. Janji secara tidak langsung

Pelayanan yang diharapkan pelanggan karena pelanggan memperoleh petunjuk yang berkaitan dengan pelayanan tersebut sehingga dia menarik kesimpulan tentang pelayanan seperti apa yang seharusnya diberikan. Petunjuk tersebut meliputi harga serta peralatan pendukung pelayanan.

5. Komunikasi Mulut ke Mulut

Pelayanan yang diharapkan pelanggan karena pelanggan menerima informasi atau pernyataan yang disampaikan oleh pihak lain (bukan organisasi penyedia jasa), misalnya individu, orang ahli, laporan pelanggan serta publisitas.

6. Pengalaman Masa lalu

Pelayanan yang diharapkan oleh pelanggan karena dia telah memiliki pengalaman yang meliputi hal-hal yang telah dipelajarinya atau diketahuinya.

Adequate service dipengaruhi oleh faktor-faktor sebagai berikut :

1. Keadaan darurat

Pelayanan minimal yang harus diterima oleh pelanggan karena pelanggan membutuhkan pelayanan tersebut untuk sementara waktu. Pelayanan ini bersifat individual dan dapat meningkatkan sensitifitas pelanggan terhadap jasa tersebut.

2. Ketersediaan Alternatif

Pelayanan minimal yang diharapkan oleh pelanggan yang muncul dari persepsi pelanggan atas tingkat atau derajat pelayanan perusahaan lain yang sejenis. Semakin banyak alternatif, semakin tinggi tingkat kepentingan pelayanannya.

3. Derajat Keterlibatan pelanggan

Pelayanan minimal yang masih diterima pelanggan karena pelanggan terlibat dalam penyediaan jasa tersebut. Semakin besar keterlibatan pelanggan, semakin sukar pelanggan melontarkan keluhan dan pelanggan semakin merasa harus menerima hasil pelayanan.

4. Faktor-faktor yang tergantung situasi

Pelayanan minimal yang masih dapat diterima oleh pelanggan karena adanya peristiwa yang bisa mempengaruhi kinerja jasa, yang diluar kendali penyedia jasa, misalnya cuaca buruk, bencana alam dan sebagainya.

5. Pelayanan yang diperkirakan

Pelayanan minimal yang dapat diterima pelanggan karena pelanggan telah memperkirakan akan mendapatkan pelayanan seminimal itu.

E. Pengertian Persepsi

Beberapa ahli telah memberikan pengertian umum mengenai persepsi, seperti yang dikemukakan oleh Rivai dan Mulyadi (2012), menyatakan bahwa persepsi diartikan sebagai tanggapan (penerimaan) langsung dari sesuatu; proses seseorang mengetahui beberapa hal melalui pengindraannya. Dengan demikian, yang dimaksud dengan persepsi adalah proses dari seseorang dalam memahami lingkungannya yang melibatkan pengorganisasian dan penafsiran sebagai rangsangan dalam suatu pengalaman psikologi.

Persepsi dapat pula dirumuskan dengan berbagai cara, tetapi dalam ilmu perilaku khususnya psikologi, istilah itu dipergunakan untuk mengartikan perbuatan yang lebih dari sekedar mendengarkan, melihat, atau merasakan sesuatu.

Proses persepsi terhadap suatu jasa tidak mengharuskan pelanggan tersebut menggunakan jasa tersebut terlebih dahulu. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap persepsi pelanggan atas suatu jasa adalah :

1. Harga

Harga yang rendah menimbulkan persepsi produk tidak berkualitas. Harga yang terlalu rendah menimbulkan persepsi pembeli tidak percaya pada penjual, sebaliknya harga yang tinggi menimbulkan persepsi produk tersebut berkualitas.

2. Citra

Citra yang buruk menimbulkan persepsi produk tidak berkualitas, sehingga pelanggan mudah marah untuk kesalahan kecil sekalipun. Citra yang baik menimbulkan persepsi produk berkualitas, sehingga pelanggan memaafkan suatu kesalahan, meskipun tidak untuk kesalahan selanjutnya.

3. Tahap Pelayanan

Kepuasan pelanggan ditentukan oleh berbagai jenis pelayanan yang didapatkan oleh pelanggan selama ia menggunakan beberapa tahapan pelayanan tersebut. Ketidakpuasan yang diperoleh pada tahap awal pelayanan menimbulkan persepsi berupa kualitas pelayanan yang buruk untuk tahap pelayanan selanjutnya, sehingga pelanggan merasa tidak puas dengan pelayanan secara keseluruhan.

4. Sitasasi Pelayanan

Situasi pelayanan dikaitkan dengan kondisi internal pelanggan sehingga mempengaruhi kinerja pelayanan. Kinerja pelayanan ditentukan oleh pelayan, proses pelayanan serta lingkungan fisik dimana pelayanan diberikan. Karena itu persepsi pelanggan terhadap suatu pelayanan ditentukan oleh tiga hal tersebut.

Berdasarkan uraian-uraian tersebut diatas, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa yang menentukan atribut persepsi pelanggan terhadap pelayanan adalah kualitas pelayanan yang dapat diberikan oleh perusahaan.

Gronross dalam Rahman (2013), menyatakan kualitas total suatu jasa terdiri atas tiga komponen utama, yaitu :

1. **Technical Quality** ; yaitu komponen yang berkaitan dengan kualitas *output* (keluaran) jasa yang diterima pelanggan, yang dapat diperinci lagi menjadi :
 - a. *Search quality*, yaitu kualitas yang dievaluasi pelanggan sebelum membeli, misalnya harga.
 - b. *Experience quality*, yaitu kualitas yang hanya bisa dievaluasi pelanggan setelah membeli atau mengkonsumsi jasa. Contohnya ketepatan waktu, kecepatan pelayanan dan kerapian hasil.
 - c. *Ceedence quality*, yaitu kualitas yang sukar dievaluasi pelanggan meskipun telah mengkonsumsi suatu jasa, misalnya operasi jantung.

2. **Functional Quality** ; yaitu komponen yang berkaitan dengan kualitas cara penyampaian suatu jasa.
3. **Corporate Image** ; yaitu profit, reputasi, citra umum dan daya tarik khusus suatu perusahaan.

Berdasarkan komponen-komponen di atas, dapat ditarik suatu kesimpulan bahwa output jasa dan cara penyampaiannya merupakan faktor-faktor yang dipergunakan dalam menilai kualitas jasa. Oleh karena pelanggan terlibat dalam suatu proses jasa, maka seringkali penentuan kualitas jasa menjadi sangat kompleks.

Kualitas harus dimulai dari kebutuhan pelanggan dan berakhir pada persepsi pelanggan (Wijaya, 2011). Hal ini berarti bahwa citra kualitas yang baik bukanlah berdasarkan sudut pandang atau persepsi penyedia jasa, melainkan berdasarkan sudut pandang atau persepsi pelanggan. Persepsi pelanggan terhadap kualitas jasa merupakan penilaian menyeluruh atas keunggulan suatu jasa.

F. Quality Assurance

Quality assurance atau menjaga mutu merupakan hal yang baru di Indonesia, dan rumah sakit baru mulai secara konseptual menangkap hal ini (Sabarguna, 2008).

1. Pengertian Menjaga Mutu (*quality assurance*)

Quality assurance atau menjaga mutu adalah suatu program berlanjut yang disusun secara objektif dan sistematis memantau dan

menilai mutu dan kewajaran asuhan terhadap pasien. Menggunakan peluang untuk meningkatkan asuhan pasien dan memecahkan masalah-masalah yang terungkap.

2. Kepentingan Menjaga Mutu (*quality assurance*)

Quality assurance menjadi penting bagi berbagai pihak dengan alasannya masing-masing, diantaranya seperti di bawah ini :

a. Bagi rumah sakit

Persaingan antar rumah sakit memerlukan pelayanan bermutu agar mampu bertahan. Selain itu adanya kemajuan teknologi yang canggih, memerlukan pemilihan yang tepat dan rasional antara mutu pelayanan dan biaya.

b. Bagi pasien

Pasien semakin kritis, ia mengerti akan hak, maka ia ingin pelayanan yang aman dan memuaskan. Kemudian ia punya hak memilih, maka mutu pelayanan akan merupakan salah satu sebab dipilihnya rumah sakit tertentu.

c. Bagi dokter

Selain standar profesi yang telah ditentukan juga berhadapan dengan asumsi dan tuntutan hukum yang semakin gencar. Menyebabkan dokter hati-hati dan tertarik akan mutu pelayanan. Selain itu ternyata kesembuhan pasien tidak oleh obat tetapi juga oleh faktor lain yang terkait.

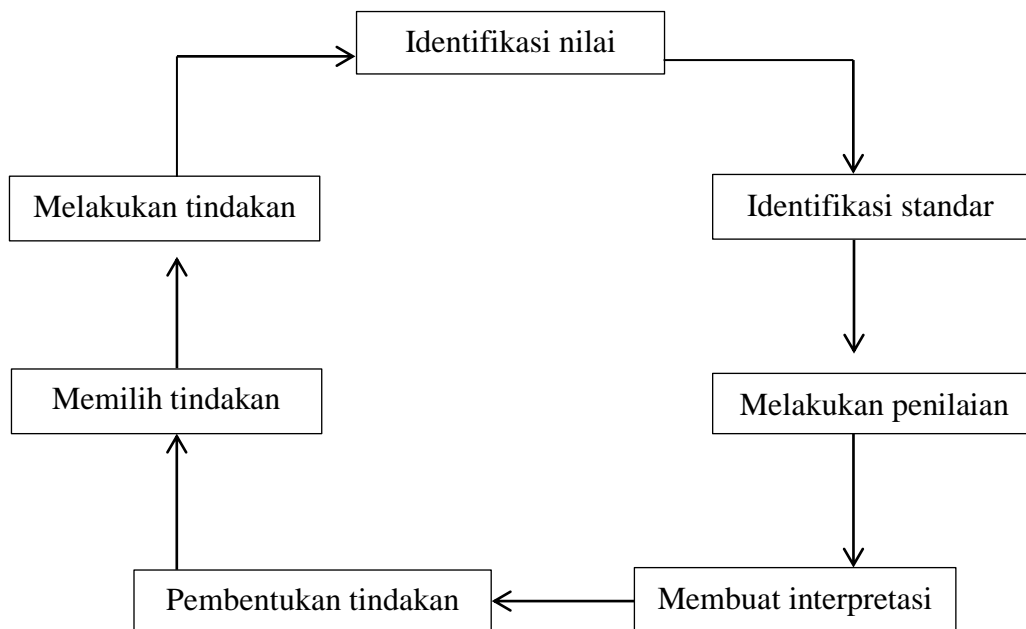
d. Bagi pemerintah

Pemerintah berusaha atas standar minimal pelanggaran maka pemantauan mutu yang baik akan bermanfaat dalam memutuskan salah benarnya tindakan.

3. Model Menjaga Mutu (*quality assurance*)

Merupakan kegiatan-kegiatan yang saling terkait yang berupaya untuk menjaga mutu pelayanan instansi pelayanan kesehatan. Model *quality assurance* adalah sebagai berikut :

Gambar 2.3 Model Quality Assurance



Ciri penting dari model di atas adalah :

- a. Ada tahapan yang sistematis harus dilaksanakan
- b. Harus merupakan suatu siklus.

Sehingga akan terjadi peningkatan mutu yang berkelanjutan.

4. Pelatihan Menjaga Mutu (*quality assurance*)

Quality assurance apabila masih merupakan hal baru, memerlukan pelatihan sebagai cara untuk memberikan pengertian yang jelas untuk menghindari salah persepsi.

G. Kesetiaan / Kembali Berobat

Kesetiaan terhadap merek/produk/jasa dalam hal ini pelayanan merupakan salah satu keberhasilan dari implementasi konsep kualitas barang/jasa pelayanan yang tinggi. Derajat komitmen terhadap merek barang atau jasa tertentu tergantung kepada sejumlah faktor, seperti biaya perubahan merek (ongkos penggantian jasa) dalam hal ini adalah biaya pelayanan keperawatan, ketersediaan substitusinya, dan risiko berkaitan dengan pembelian, serta derajat kepuasan yang diperoleh dimasa lalu (Rahman, 2013)

Menurut Kotler dalam Rambat dan Hamdani (2009), bahwa pada dasarnya kepuasan dan ketidakpuasan pelanggan atas produk akan berpengaruh pada pola perilaku selanjutnya. Apabila pelanggan merasa puas, maka dia akan menunjukkan besarnya kemungkinan untuk kembali membeli produk yang sama / kembali menggunakan pelayanan yang sama. Pelanggan yang puas juga cenderung akan memberikan referensi yang baik terhadap produk / pelayanan kepada orang lain.

Menurut Oh dalam Rambat dan Ramdani (2009), bahwa kajian-kajian loyalitas / kesetiaan pelanggan sejauh ini dapat dibagi menjadi tiga kategori :

a. Pendekatan Perilaku

Pendekatan perilaku berfokus pada perilaku konsumen purna pembelian dan mengukur loyalitas berdasarkan tingkat pembelian (frekuensi dan kemungkinan membeli kembali).

b. Pendekatan Sikap

Pendekatan sikap menyimpulkan loyalitas pelanggan dari aspek keterlibatan psikologi, favoritisme, dan *sense of goodwill* pada jasa tertentu.

c. Pendekatan Terintegrasi

Pendekatan terintegrasi menggabungkan dua variabel untuk menciptakan sendiri konsep loyalitas pelanggan. Dengan mencoba mengadopsi pendekatan ini dalam menyusun model, sehingga konsep loyalitas pelanggan dipahami sebagai kombinasi sikap senang pelanggan dan perilaku pembelian ulang.

H. Jaminan Pelayanan Kesehatan Gratis

Pelayanan kesehatan gratis adalah semua pelayanan kesehatan dasar di puskesmas dan jaringannya serta pelayanan kesehatan rujukan di kelas III rumah sakit pemerintah daerah, tidak dipungut biaya dan obat yang diberikan menggunakan obat generik (Rante, 2012).

Dasar pelaksanaan pelayanan kesehatan gratis di Indonesia adalah UUD 1945 pasal 28 ayat (1) dan pasal 34. Dengan landasan hukum tersebut pemerintah telah melakukan berbagai upaya agar dapat dicapai pemerataan pelayanan kesehatan sampai ke pelosok-pelosok, diantaranya adalah mendirikan puskesmas minimal 1 buah di setiap kecamatan dan menempatkan perawat serta bidan di desa (Pudji, 2009). Berdasarkan landasan hukum tersebut, pemerintah provinsi Sulawesi Selatan mengeluarkan kebijakan pelaksanaan jaminan pelayanan kesehatan gratis yang tertuang dalam Perda nomor 2 Tahun 2009 tentang kerja sama penyelenggaraan pelayanan kesehatan gratis dan perda nomor 13 Tahun 2008 tentang pedoman pelaksanaan kebijakan pelayanan kesehatan gratis (Rante, 2012).

Tujuan pelaksanaan kebijakan ini adalah untuk meningkatkan akses, pemerataan dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh penduduk Sulawesi Selatan guna tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien (Rante, 2012).

Sasaran kebijakan pelayanan kesehatan gratis adalah seluruh penduduk Sulawesi Selatan yang mempunyai identitas (KTP/KK), tidak termasuk yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya (Rante, 2012).

Pendanaan kebijakan pelayanan kesehatan gratis bersumber dari APBD I (Provinsi Sulawesi Selatan) sebanyak 40% dan APBD II (Kabupaten/Kota) sebanyak 60% (Rante, 2012).

I. Kepuasan

1. Teori dan Konsep Kepuasan

Kotler dalam Rambat dan Hamdani (2009), menyatakan bahwa kepuasan merupakan tingkat kepuasan di mana seseorang menyatakan hasil perbandingan atas kinerja produk (jasa) yang diterima dan yang diharapkan. Lebih lanjut Fornell dalam Rambat dan Hamdani (2009), menyatakan bahwa tingkat kepuasan pelanggan yang tinggi dapat meningkatkan loyalitas pelanggan dan mencegah perputaran pelanggan.

Kotler dalam Rahman (2013), menyatakan sesungguhnya nilai yang diterima oleh pelanggan (*customer delivery value*) adalah total atau penjumlahan dari nilai (nilai produk, nilai pelayanan, nilai karyawan, dan nilai citra) ditambah biaya yang dikeluarkan oleh pelanggan (biaya moneter, biaya waktu, biaya tenaga, dan biaya psikis).

Customer value (nilai pelanggan) didefinisikan oleh Woodruff dan Gardial dalam Rahman (2013) sebagai persepsi dari pelanggan

tentang apa yang mereka harapkan, melalui produk atau jasa yang diharapkan dapat memenuhi keinginan atau tujuan mereka.

Kepuasan pelanggan adalah tanggapan pelanggan terhadap kesesuaian tingkat kepentingan atau harapan (ekspektasi) pelanggan sebelum mereka menerima jasa pelayanan dengan sesudah pelayanan yang mereka terima (Muninjaya, 2011)

Beberapa teori yang berhubungan dengan kepuasan pelanggan / konsumen :

- a. *The expectancy disconfirmation model*
- b. Teori tingkatan perbandingan
- c. Teori ekuitas
- d. Teori atribut

Salah satu faktor yang menentukan kepuasan pelanggan adalah persepsi pelanggan mengenai kualitas jasa yang berfokus pada lima dimensi jasa. 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.

Menurut Kotler dalam Rahman (2013), bahwa nilai pelanggan (*Customer Value*) menjadi sangat penting dalam menentukan strategi pemasaran karena saat ini konsumen dihadapkan pada banyak pilihan dengan banyaknya produk atau jasa yang dihasilkan. *Customer value* adalah perbedaan antara evaluasi bakal pelanggan terhadap semua

keuntungan dan belanja yang dikeluarkan serta alternatif-alternatif persepsi .

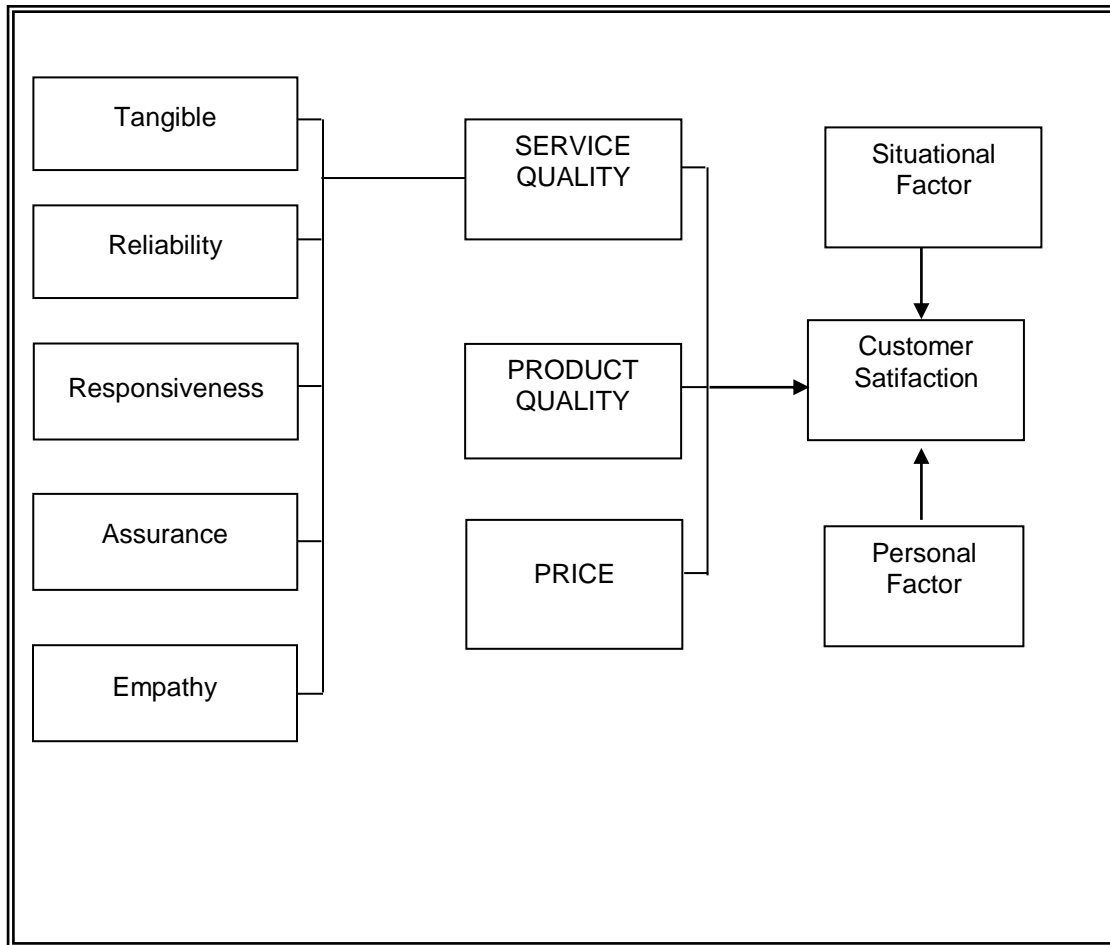
Dalam kaitan itu maka faktor kepuasan pelanggan (*customer satisfaction*) menjadi elemen penting dalam memberikan atau menambah nilai bagi pelanggan.

Walaupun suatu jasa berkualitas dan memuaskan pelanggan, namun belum tentu jasa tersebut bernilai bagi pelanggan itu.

2. Faktor Kualitas Pelayanan Dalam menentukan Kepuasan Konsumen

Zeithaml dan Bitner dalam Muninjaya (2011), menyatakan bahwa kepuasan pelanggan (*customer satisfaction*) dipengaruhi oleh faktor kualitas pelayanan, kualitas produk, harga, faktor situasi dan faktor pribadi pelanggan. Secara visual Zeithaml dan Bitner menggambarkan faktor-faktor tersebut seperti dalam gambar 2.4.

Gambar 2.4 Customer perception of quality and satisfaction



Dalam bisnis jasa dengan karakteristik yang tidak berwujud (*intangibility*) dan tak terpisahkan (*inseparability*), maka faktor kualitas pelayanan (*service quality*) menjadi salah satu strategi yang sangat menentukan dalam persaingan. Kualitas pelayanan dalam bisnis jasa hanya dapat diukur melalui persepsi konsumen terhadap kualitas yang diberikan oleh pemberi jasa.

Menurut Tenner dan De Torro dalam Rahman (2013), bahwa pelayanan kesehatan yang berkualitas dilakukan berdasarkan prinsip-prinsip sebagai berikut :

a. Fokus pada pelanggan (*customer focus*)

Dengan mengetahui karakteristik pelanggan yang menggunakan pelayanan kesehatan, maka prinsip pelayanan yang diberikan kepada pelanggan adalah perlu memperhatikan perbedaan karakteristik dari masing-masing pelanggan baik pelanggan internal maupun pelanggan eksternal misalnya tingkat pendidikan dan pengetahuan, status sosial ekonomi, pola kebiasaan, dimana hal tersebut dapat mempengaruhi pemberian pelayanan pada pasien.

b. Perbaikan pada proses (*process improvement*)

Proses ini dilakukan melalui enam langkah kegiatan :

Langkah Pertama, Mengidentifikasi hasil dari suatu pelayanan yang diberikan kepada pasien, apakah pasien sembuh, cacat atau meninggal. Mengidentifikasi pasien yang menggunakan jasa pelayanan kesehatan, mengidentifikasi keinginan pasien, mengidentifikasi proses kegiatan pelayanan dan tenaga-tenaga yang terlibat dalam kegiatan proses pelayanan kesehatan.

Langkah Kedua, mengidentifikasi pada pelaksanaan proses pelayanan, mengidentifikasi petugas yang terlibat dalam kegiatan dan mempunyai tanggung jawab pada kegiatan yang dilakukan.

Langkah Ketiga, Adalah mengukur kinerja (proses, output dan out come). Pada kegiatan ini melakukan proses pelayanan sejak kedatangan pasien sampai pasien dirawat secara profesional sehingga pasien memperoleh kesembuhan yang dapat berdampak pada kepuasan pasien.

Langkah Keempat, pada langkah ini diperlukan data tentang pasien dan data tentang sumber daya yang dimiliki, hal ini diperlukan untuk membantu dalam proses pengobatan dan perawatan pasien serta menghindari kemungkinan terjadinya mal praktek pada pasien.

Langkah Kelima, Untuk menghindari kesalahan dalam pemberian pelayanan petugas kesehatan perlu diberikan tambahan pengetahuan dan pelatihan agar dapat memberi pelayanan yang baik, khususnya dalam menggunakan alat-alat kesehatan canggih.

Langkah Keenam, Melakukan evaluasi terhadap kegiatan yang dilakukan.

c. Keterlibatan semua orang (*Total Involvement*)

Yaitu kegiatan dengan mengaktifkan pengelola senior termasuknya upaya memanfaatkan keterampilan dari seluruh karyawan yang ada di dalam organisasi itu sehingga mampu bersaing dalam meraih peluang pasar.

3. Pengukuran Kepuasan Pelanggan

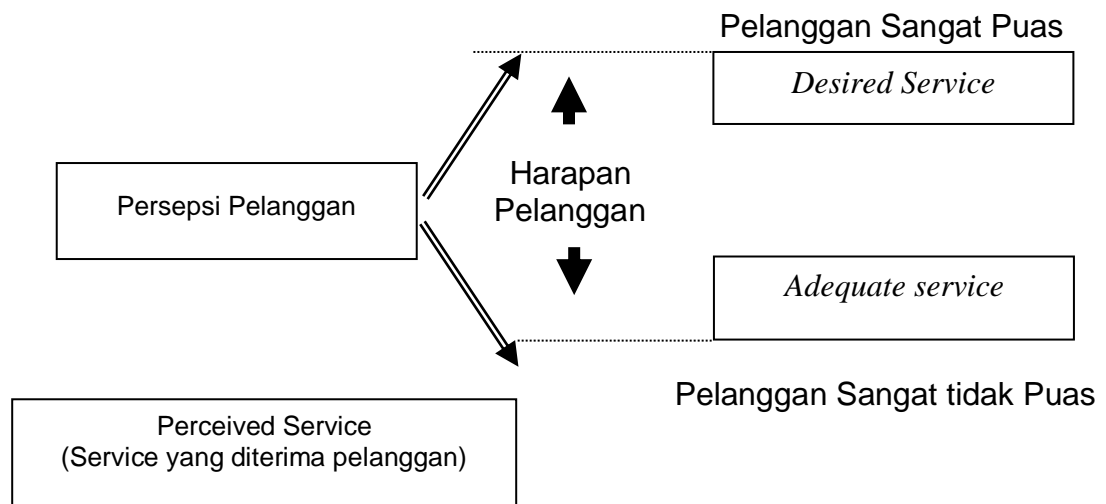
Agar kepuasan pelanggan dapat dipantau dan diukur, maka diperlukan berbagai metode untuk mengukur dan memantaunya. Kotler dalam Rahman (2013), menyatakan bahwa untuk mengukur kepuasan pelanggan ada beberapa cara yaitu : 1) System keluhan dan saran, organisasi yang memberikan perhatian besar pada kepuasan pelanggan harus memberi kesempatan yang seluas luasnya pada para pelanggan untuk menyampaikan keluhan dan sarannya; 2) Survey kepuasan pelanggan, yang sebaiknya dilaksanakan secara periodik; 3) Ghost shopping, perusahaan, mengatur orang yang tidak dikenal sebelumnya untuk berperan sebagai pelanggan potensial, Ghost Shoppers ini kemudian mengevaluasi kinerja dari petugas yang memberi pelayanan jasa untuk dilaporkan kepada pimpinan perusahaan; 4) Lost customer analysis, perusahaan menghubungi pelanggan yang berhenti membeli atau beralih pada perusahaan lain untuk mengetahui mengapa itu terjadi dan supaya dapat mengambil kebijakan atau penyempurnaan selanjutnya.

4. Model Kesenjangan Kepuasan Pelanggan

Kepuasan pelanggan terhadap suatu jasa ditentukan oleh tingkat kepentingan pelanggan sebelum menggunakan jasa dibandingkan dengan hasil persepsi pelanggan terhadap jasa tersebut setelah

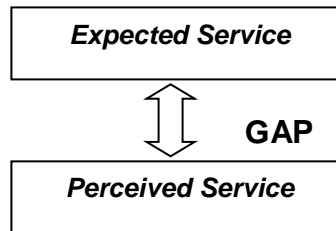
pelanggan merasakan kinerja jasa tersebut (Gazper, 2001). Hal tersebut dapat dinyatakan dalam diagram proses kepuasan sebagai berikut :

Gambar 2.5. Diagram Proses Kepuasan



Salah satu faktor yang menentukan Kepuasan Pelanggan adalah Kualitas Pelayanan yang terdiri dari 5 (lima) dimensi pelayanan. Kesenjangan merupakan ketidaksesuaian antara pelayanan yang dipersepsikan (*perceived service*) dengan pelayanan yang diharapkan (*expected service*) yang dapat diperlihatkan seperti pada diagram di bawah ini :

Gambar 2.6.
Diagram Kesenjangan Yang Dirasakan oleh Pelanggan

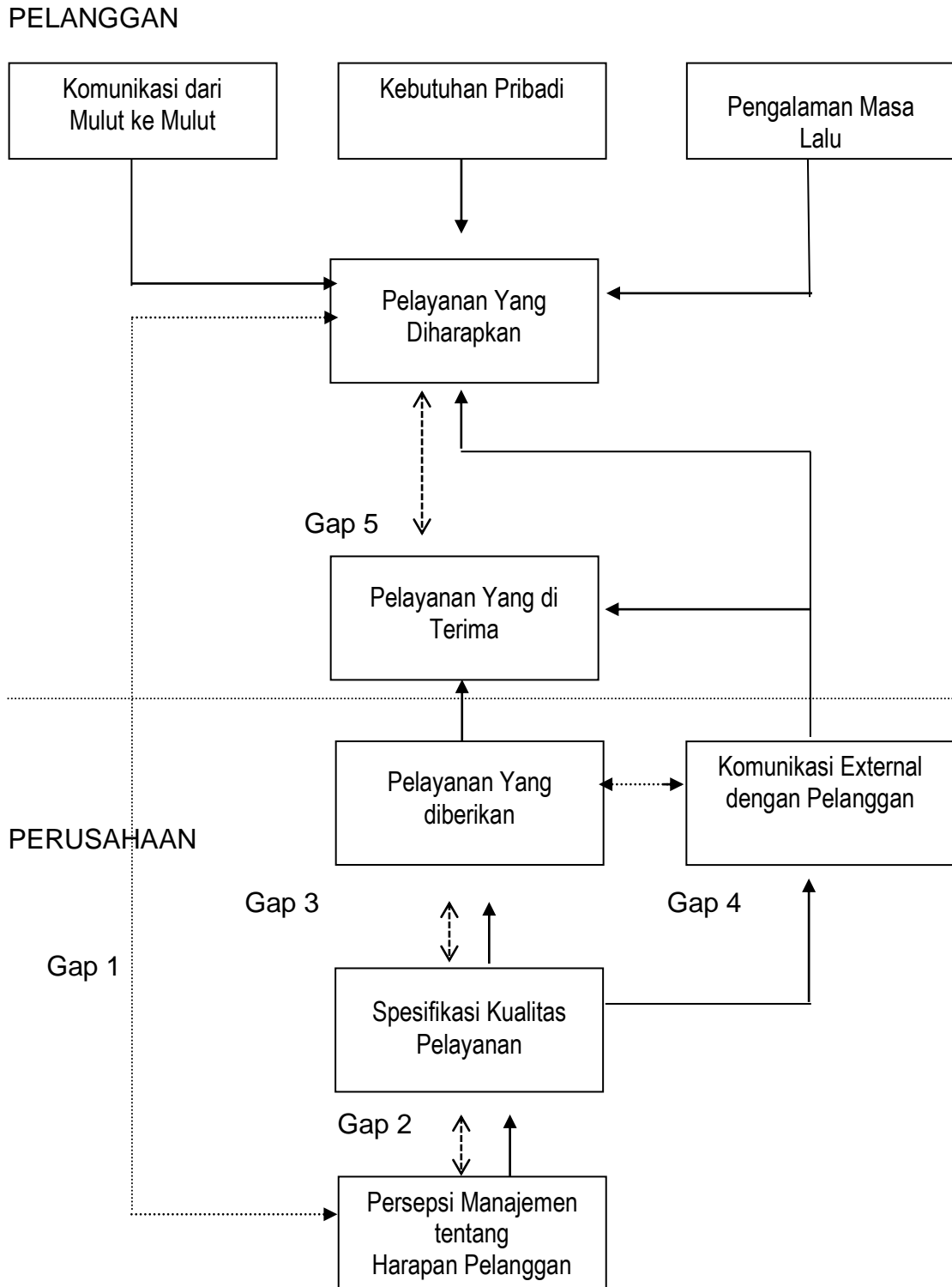


Kesenjangan terjadi apabila pelanggan mempersepsikan pelayanan yang diterimanya lebih tinggi dari pada *desired service* atau lebih rendah dari pada *adequate service* kepentingan pelanggan tersebut. Dengan demikian pelanggan dapat merasakan sangat puas atau sebaliknya (sangat kecewa).

5. Model Kualitas Pelayanan

Parasuraman, dkk dalam Rahman (2013), mengemukakan suatu model kualitas pelayanan yang sangat populer. Model kualitas pelayanan ini menyoroti syarat-syarat utama pemberian pelayanan yang diharapkan oleh pelanggan dan mengidentifikasi lima kesenjangan (gap) yang mengakibatkan kegagalan pemberian pelayanan. Model tersebut seperti terlihat pada gambar 2.7 .

Gambar 2.7 Model Gap Kualitas Jasa



Dalam pemberian pelayanan kesehatan dan kemungkinan faktor penyebabnya adalah sebagai berikut ;

Kesenjangan 1, kesenjangan antara harapan pelanggan dan persepsi manajemen perusahaan. Kesenjangan ini terjadi karena manajemen perusahaan salah mengerti atau tidak memahami secara baik apa yang menjadi harapan pelanggan. Parasuraman, dkk mengidentifikasi 3 (tiga) faktor penyebab kesenjangan ini, yaitu (1) kurangnya orientasi riset pemasaran dari manajemen yang dapat dilihat dari sedikitnya riset pemasaran yang dilakukan, penggunaan hasil riset yang tidak adequate dan kurangnya interaksi antara manajemen dengan pelanggan ; (2) tidak efektifnya komunikasi vertikal dari petugas pelayanan (*customer service*) ke jajaran manajemen; (3) terlalu banyaknya jenjang manajemen yang memisahkan petugas pelayanan dengan manajer puncak.

Kesenjangan 2, kesenjangan antara persepsi manajemen perusahaan atas harapan pelanggan dan standar kualitas pelayanan. Kesenjangan ini timbul akibat adanya kesalahan persepsi manajemen dalam menterjemahkan harapan pelanggan secara tepat ke dalam bentuk tolok ukur/standar kualitas pelayanan. Ada 4 (empat) faktor sebagai penyebab utama kesenjangan ini yaitu : (1) kurangnya komitmen manajemen terhadap kualitas pelayanan; (2)

kurangnya persepsi manajemen akan kemungkinan pemenuhan harapan pelanggan; (3) tidak memadainya standarisasi tugas pelayanan; (4) tidak adanya tujuan/sasaran kualitas pelayanan.

Kesenjangan 3, kesenjangan antara standar kualitas pelayanan dan pemberian pelayanan kepada pelanggan. Hal ini terjadi karena adanya ketidakmampuan dan ketidakmauan sumber daya manusia perusahaan dalam memenuhi standar kualitas pelayanan yang telah ditetapkan. Kesenjangan ini sering disebut kesenjangan kinerja pelayanan dan sering ditemukan di perusahaan jasa. Terdapat 7 (tujuh) faktor penyebab kesenjangan ini, yaitu : (1) adanya kepiawaian peran (role ambiguity) dari para pegawai perusahaan; (2) adanya konflik peran dalam diri pegawai; (3) rendahnya tingkat kecocokan jabatan pekerjaan pegawai; (4) rendahnya tingkat kecocokan teknologi yang digunakan; (5) tidak tepatnya sistem evaluasi kinerja dan sistem imbalan pegawai; (6) terbatasnya wewenang para pegawai dalam pengambilan keputusan yang menyangkut pelayanan; (7) kurangnya kerjasama tim antara manajemen dengan para pegawai.

Kesenjangan 4, kesenjangan antara pemberian pelayanan kepada pelanggan dan komunikasi eksternal perusahaan. Kesenjangan ini terjadi karena perusahaan tidak mampu memenuhi janji-janji yang telah dikomunikasikan secara eksternal melalui berbagai upaya

promosi, yang disebabkan oleh 2 (dua) faktor utama yakni : (a) tidak efektifnya komunikasi horisontal antara bagian dalam perusahaan dan sumber daya manusia serta perbedaan kebijakan dan prosedur antar bagian atau antar kantor cabang; (b) kecendrungan perusahaan memberikan janji berlebihan pada pelanggan.

Kesenjangan 5, kesenjangan antara harapan pelanggan dan kenyataan yang diterima. Kesenjangan ini terjadi karena tidak terpenuhinya harapan pelanggan atas pelayanan yang telah diterima/dirasakannya.

6. Pengukuran kualitas Pelayanan

Beberapa model dalam pengukuran kualitas pelayanan Peters dalam Rahman (2013), yang meliputi antara lain :

- a. *Gronross Perceived services quality* model yang dibuat oleh Gronross. Pendekatan yang dilakukan adalah dengan mengukur harapan akan kualitas pelayanan (*expected quality*) dengan pengalaman kualitas pelayanan yang diterima (*experinced quality*), dan antara kualitas teknis (*technical quality*) dengan kualitas fungsi (*functional quality*). Titik fokus dalam perbandingan itu menggunakan citra perusahaan (corporate image) pemberi jasa. Citra perusahaan menurut Gronross sangat mempengaruhi harapan dan pengalaman konsumen, sehingga dari keduanya akan melahirkan persepsi kualitas pelayanan secara total

- b. *Heskett's service Profit Chain Model*. Model ini dikembangkan oleh Heskett's dengan membuat rantai nilai profit. Dalam rantai nilai tersebut dijelaskan bahwa kualitas pelayanan internal (*internal quality service*) lahir dari karyawan yang puas (*employee satisfaction*). Karyawan yang puas akan memberi dampak pada katahanan karyawan (*employee productivity*) yang pada gilirannya akan melahirkan kualitas pelayanan eksternal yang baik. Kualitas pelayanan eksternal yang baik akan melahirkan kepuasan konsumen (*customer satisfaction*), loyalitas konsumen (*customer loyalty*), dan pada akhirnya meningkatkan penjualan dan probabilitas.
- c. *Norman's Service management System*. Model ini dikembangkan oleh Norman's yang menyatakan bahwa sesungguhnya jasa itu ditentukan oleh partisipasi dari konsumen, dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan tergantung pada interaksi dengan konsumen. Sistem manajemen pelayanan bertitik tolak pada budaya dan filosofi yang ada dalam perusahaan dan dipengaruhi oleh segmen pasar, konsep pelayanan, image dan sistem pemberian jasa.
- d. *European Foundation for Quality Management Model (EFQM Model)*. Model ini dikembangkan oleh yayasan Eropa untuk manajemen Mutu dan telah diterima secara internasional. Model ini ditemukan setelah lembaga tersebut melakukan survey terhadap perusahaan-perusahaan yang sukses di Eropa tanpa mempertimbangkan aspek

keuangan. Organisasi dan hasil (*organization and result*) merupakan titik tolak model ini, dimana kualitas ditentukan oleh faktor kepemimpinan (*leadership*) dalam mengelola sumber daya manusia, strategi dan kebijakan, dan sumber daya lain yang dimiliki perusahaan. Proses secara baik terhadap faktor-faktor tersebut akan melahirkan kepuasan kepada karyawan, kepuasan kepada konsumen dan dampak sosial yang berarti, dan ketiganya merupakan hasil bisnis yang sebenarnya.

- e. *Service Performance Model (SERPERF Model)*. Model ini dikembangkan oleh Croin dan Taylor yang mengukur tingkat kualitas pelayanan berdasarkan apa yang diharapkan oleh konsumen (*expectation*) dibandingkan dengan ukuran kinerja (*performance*) yang diberikan oleh perusahaan dan derajat kepentingan (*importance*) yang dikehendaki oleh konsumen Tjiptono, F dalam Rahman (2013).
- f. *Service Quality Model (SERVQUAL Model)*. Model ini dikembangkan oleh Parasuraman, Zeithaml dan Berry. Pengukuran dalam model ini menggunakan skala perbandingan multidimensional antara harapan (*expectation*) dengan persepsi tentang kinerja (*performance*).

Parasuraman, Zeithaml dan Berry dalam Rahman (2013), menggunakan 22 pertanyaan dengan 5 dimensi kualitas pelayanan untuk mengukur persepsi konsumen. Pengukuran terhadap harapan

konsumen (*expectations*) menggunakan empat formulasi yang meliputi :

- a) Formulasi untuk mengukur keselarasan antara persepsi dengan harapan (*matching expectation statemens with perception statements*),
- b) formulasi untuk mengukur perbandingan kualitas pelayanan dari perusahaan yang diukur dengan perusahaan lain yang lebih baik (*referent expectations formats*), c) formulasi untuk mengkombinasikan pernyataan harapan dengan persepsi (*combined expectation/perceptions statements*), d) formulasi untuk mengukur perbedaan harapan atas kualitas pelayanan yang diinginkan dan kualitas pelayanan yang mencukupi (*expectation distinguishing between desired service and adequte service*).

J. Puskesmas

1. Pengertian dan Fungsi Puskesmas

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan Pembangunan Kesehatan di suatu wilayah kerja. Sebagai unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (UPTD), Puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional Dinas Kesehatan tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia.

Dalam menyelenggarakan Pembangunan Kesehatan di wilayah kerjanya, Puskesmas menyelenggarakan upaya kesehatan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal (Adisasmito, 2012).

Dari uraian singkat di atas, jelas bahwa Puskesmas adalah satu satuan organisasi yang diberi kewenangan kemandirian oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk melaksanakan tugas-tugas operasional Pembangunan Kesehatan di wilayah kerjanya.

Adapun pengertian kewenangan kemandirian yang dimaksud disini adalah Puskesmas yang mempunyai kewenangan antara lain : (a) kewenangan menyelenggarakan perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya sesuai dengan situasi kondisi, kultur budaya dan potensi setempat, (b) kewenangan mencari, menggali dan mengelola sumber pembiayaan yang berasal dari pemerintah, masyarakat, swasta dan sumber lain dengan sepengetahuan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang kemudian dipertanggung jawabkan untuk Pembangunan Kesehatan di wilayah kerjanya, (c) kewenangan pendayagunaan tenaga kesehatan di wilayah kerjanya serta (4) kewenangan untuk melengkapi sarana dan prasarana yang dibutuhkan (Alamsyah, 2011).

Puskesmas mempunyai fungsi sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan serta pusat pemberdayaan masyarakat di lingkungan kerjanya (Alamsyah, 2011)

Fungsi Puskesmas yang lain dan merupakan fungsi yang sangat dominan adalah sebagai pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan meliputi aspek *promotive*, *preventive*, *curative* dan *rehabilitative* (Alamsyah, 2011).

Pelayanan Kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggung jawab Puskesmas (Alamsyah, 2011), meliputi :

a. Pelayanan Kesehatan Perorangan

Pelayanan kesehatan perorangan adalah pelayanan yang bersifat pribadi (*private goods*) dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit serta pemulihan kesehatan perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pelayanan perorangan tersebut adalah rawat jalan dan untuk Puskesmas tertentu ditambah dengan rawat inap.

b. Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan yang bersifat publik (*public goods*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa

mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat tersebut antara lain adalah Promosi Kesehatan, Pemberantasan Penyakit, Penyehatan Lingkungan, Perbaikan Gizi, Peningkatan Kesehatan Keluarga, dan Keluarga Berencana (KB).

Menurut Alamsyah (2011), selain upaya wajib tersebut dapat dikembangkan upaya lain yang sesuai dengan kemampuan dan kebutuhan masyarakat dan wilayah setempat.

Dalam melaksanakan fungsi tersebut di atas, Puskesmas harus memelihara dan meningkatkan kualitas, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan (Alamsyah, 2011).

2. Pelayanan Kesehatan

Seiring dengan pesatnya pembangunan diberbagai bidang yang meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat dan kesadaran untuk hidup sehat, sehingga timbul kebutuhan akan pelayanan kesehatan baik jenis maupun mutunya (Adisasmito, 2012).

Pelayanan kesehatan secara umum diartikan sebagai setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam satu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat (Azwar, 2010).

Menurut Azwar (2010), syarat pelayanan kesehatan yang baik paling tidak mencakup delapan hal pokok yakni : tersedia (*available*), wajar (*appropriate*), berkesinambungan (*continue*), dapat diterima (*acceptable*), dapat dicapai (*accessible*), dapat dijangkau (*affordable*), efisien (*efficient*) serta bermutu (*quality*).

Kedelapan syarat tersebut sama pentingnya, namun syarat kualitas nampaknya semakin mendapat perhatian seiring dengan tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang lebih berkualitas semakin meningkat.

Pelayanan kesehatan yang bermutu bukan saja dapat memenuhi kebutuhan dan tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan (*health needs and demands*) yang makin hari makin meningkat, tetapi sekaligus juga dapat memperkecil kemungkinan timbulnya berbagai efek samping dari kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran.

Selain itu, pelayanan yang berkualitas akan menghemat biaya karena mencegah kesalahan dengan melakukan secara benar sejak proses awal pelayanan sehingga tidak ada pengulangan atau perbaikan (Rahmayanty, 2010).

Dalam melaksanakan upaya pelayanan kesehatan masyarakat, biasanya pendekatan yang digunakan adalah dari segi proses pengelolaan yaitu masukan (*input*), proses (*process*) dan keluaran (*output*) (Aswar, 2010).

Dari aspek masukan (*input*) dapat diamati unsur tenaga pelaksana, sarana atau peralatan dan obat-obatan, teknologi serta pembiayaan. Dari aspek proses (*process*) dapat diamati perencanaan, pengorganisasian, koordinasi, kepemimpinan dan jenis program (kelengkapan, kemungkinan pelaksanaan maupun cakupannya). Dari segi keluaran (*output*) dapat kita mengukur hasil cakupan program/kegiatan yang kita laksanakan (Aswar, 2010).

Penilaian pelayanan kesehatan dapat dilaksanakan pada aspek proses dan keluaran atau hasil. Dari aspek proses yang dikaji antara lain bagaimana pelayanan itu diberikan dengan mengacu pada dimensi kualitas, sedang dari aspek keluaran atau hasil yang diamati antara lain adalah kelangsungan penerimaan pengguna pelayanan terhadap program yang ditawarkan (Aswar, 2010).

3. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Pemanfaatan dimaksudkan sebagai pelayanan yang telah diterima pada tempat atau pemberi pelayanan kesehatan (Alamsyah, 2011).

Tinggi/rendahnya pemanfaatann Sarana Kesehatan merupakan gambaran dari pelayanan kesehatan yang bermutu, adil, merata dan terjangkau (Aswar, 2010).

Beberapa faktor yang mempengaruhi pemanfaatan atau penggunaan pelayanan kesehatan digolongkan oleh beberapa ahli dalam beberapa model, Alan Dever dalam Adisasmito (2012), yaitu :

a. Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Di dalam model pemanfaatan pelayanan kesehatan (*utilization*) menurut Dever dikemukakan bahwa faktor yang mempengaruhi pemanfaatan atau penggunaan pelayanan kesehatan adalah :

1) Faktor sosio cultural yang meliputi :

a) Norma dan nilai yang ada di masyarakat

Norma, nilai sosial dan keyakinan yang ada di masyarakat akan mempengaruhi seseorang dalam bertindak termasuk dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

b) Teknologi yang digunakan dalam pelayanan kesehatan.

Kemajuan dibidang technology dapat mengurangi angka kesakitan, sehingga secara tidak langsung dapat mengurangi pula pemanfaatan pelayanan kesehatan. Tetapi kemajuan teknologi juga dapat meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan, seperti pada kasus-kasus yang memerlukan teknologi penyinaran.

2) Faktor Organisational

a) Ketersediaan Sumber Daya

Sumber daya yang baik dari aspek kualitas maupun kuantitas, sangat mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan.

b) Keterjangkauan Lokasi

Keterjangkauan lokasi, berkaitan dengan keterjangkauan tempat dan waktu yang diukur dengan jarak dan waktu tempuh, serta biaya perjalanan, akan menjadi pertimbangan seseorang untuk memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan.

c) Keterjangkauan Sosial

Konsumen akan mempertimbangkan sikap petugas kesehatan terhadap konsumen karena atribut petugas seperti umur, etnis, jenis kelamin dan kemampuan.

d) Karakteristik dari Struktur Organisasi Formal dan Cara Pelayanan Kesehatan.

Pelayanan kesehatan ada yang mempunyai struktur organisasi formal seperti puskesmas dan ada yang tidak formal seperti praktek perorangan.

3) Faktor Interaksi Konsumen Provider

a) Faktor yang berhubungan dengan Konsumen

Tingkat kesakitan atau kebutuhan yang dirasakan oleh konsumen berhubungan langsung dengan pemanfaatan atau penggunaan pelayanan kesehatan.

Kebutuhan terdiri atas kebutuhan yang dirasakan (*perceived needs*) dan *evaluate needs* (critical diagnosis).

Perceived needs dipengaruhi oleh :

- Faktor sosio demografi meliputi umur, sex, ras, status perkawinan, jumlah keluarga, status sosial ekonomi (pendidikan, pekerjaan dan penghasilan).
- Faktor sosio psikologis yang meliputi persepsi sakit, gejala sakit, kepercayaan atau keyakinan terhadap layanan medis.
- Faktor epidemiologis meliputi *morbiditas* dan *mortalitas*.

b) Faktor yang berhubungan dengan *Provider*

- Faktor ekonomi yang meliputi adanya barang subsidi
- Karakteristik provider yang meliputi tipe pelayanan, sikap petugas, keahlian petugas dan fasilitas yang dipunyai oleh pelayanan kesehatan tersebut.

b. Model Kepercayaan Kesehatan (*Health Belief Model*).

Apabila individu bertindak untuk mencari pengobatan atas penyakitnya, ada 4 variabel kunci yang terlihat di dalam tindakan tersebut, yaitu : (1) kerentanan yang dirasakan terhadap suatu penyakit, (2) keseriusan yang dirasakan, (3) manfaat yang diterima atau rintangan yang dialami dalam melawan penyakitnya dan (4) hal

yang memotivasi tindakan tersebut. Wolinsky dalam Alamsyah (2011).

c. Model Pemanfaatan atau Penggunaan Pelayanan Kesehatan (*Health Service Utilization Model*).

Wolinsky dalam Alamsyah (2011), telah menggolongkannya menjadi beberapa model berdasarkan tipe variable yang digunakan sebagai faktor penentu, yaitu :

1) Model Demografi.

Variabel yang digunakan dalam model ini adalah umur, sex, status perkawinan dan besarnya jumlah keluarga. Bila diperhatikan, variable yang digunakan dalam model ini adalah variable yang berasal dari dalam individu sendiri (*intrinsik*), yang secara langsung mempengaruhi kebutuhan seseorang dan apabila direalisasi dalam perbuatan akan menjadi pemanfaatan terhadap pelayanan kesehatan.

2) Model Struktur Sosial

Variabel yang digunakan dalam model ini adalah : pendidikan, pekerjaan dan suku bangsa atau etnis. Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah salah satu aspek gaya hidup seseorang yang dipengaruhi oleh lingkungan fisik atau sosial psikologinya. Variabel tersebut diatas bila direalisasikan dalam perbuatan akan menjadi pemanfaatan pelayanan kesehatan.

3) Model Sosial Psikologis

Variabel yang digunakan dalam model ini adalah sikap dan keyakinan (*belief*) individu. Variabel sosial psikologis umumnya terdiri dari empat kategori yaitu : (1) kerentanan terhadap penyakit atau sakit yang dirasakan, (2) keseriusan penyakit atau sakit yang dirasakan, (3) keuntungan yang diharapkan dalam mengambil tindakan mengatasi penyakit atau sakitnya dan (4) kesiapan tindakan individu.

4) Model Sumber Daya Keluarga

Variabel yang digunakan adalah pendapatan keluarga, cakupan asuransi kesehatan, keanggotaan dalam asuransi kesehatan. Variabel ini dapat digunakan untuk mengukur kemampuan bayar individu atau keluarga untuk pelayanan kesehatan keluarga mereka. Seorang pelanggan (pasien) datang ke puskesmas karena biaya terjangkau.

5) Model Sumber Daya Masyarakat

Variabel yang digunakan dalam model ini adalah penyediaan pelayanan kesehatan dan berbagai sumber di dalam masyarakat dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang tersedia dari berbagai sumber di dalam masyarakat.

6) Model Organisasi

Variabel yang digunakan dalam model ini adalah : (1) gaya praktek pengobatan (sendiri, rekanan), (2) sifat (*nature*) dari pelayanan tersebut (membayar langsung atau tidak langsung), (3) letak tempat pelayanan kesehatan (tempat pribadi, Rumah Sakit, puskesmas), (4) petugas kesehatan yang pertama kali kontak dengan pasien (dokter, perawat, petugas local).

7) Model Sistem Kesehatan

Model di atas menggabungkan ke enam model tersebut di atas ke dalam suatu model yang lebih sempurna.

c) Model Perilaku Kesehatan

Menurut Notoatmojo dalam Aswar (2010), bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu : faktor predisposisi, faktor yang memudahkan dan faktor yang memperkuat sebagai berikut :

- 1) Faktor Predisposisi (*predisposing factor*), terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan dan persepsi dari seseorang.
- 2) Faktor yang memudahkan (*enabling factor*) terwujud dalam lingkungan fisik (tersedia atau tidak tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan).
- 3) Faktor yang memperkuat (*reinforcing factor*), terwujud dalam sikap dan perilaku petugas pelayanan kesehatan. Perilaku

seseorang tentang kesehatan di tentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya dari orang tersebut, ketersediaan atau ketidak tersediaan fasilitas kesehatan serta sikap dan perilaku para petugas kesehatan.

Seseorang tidak mau periksa ke puskesmas mungkin disebabkan karena ketidaktahuannya tentang peranan puskesmas terhadap penyembuhan penyakit atau tidak yakin bahwa puskesmas dapat menyembuhkan penyakit atau mungkin tidak suka terhadap petugas puskesmas yang sikap dan perilakunya tidak menyenangkan.

4. Reformasi Puskesmas

Sejak diterapkannya Sistem Ekonomi Daerah tahun 2001, Kabupaten berkewajiban merumuskan kebijakan operasional peningkatan peran puskesmas dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat dengan mengingat tuntutan masyarakat akan pelayanan yang lebih bermutu dan keterbatasan sumber daya serta beratnya beban kerja yang ada di puskesmas.

Secara operasional, reformasi puskesmas dapat diartikan sebagai upaya perbaikan manajemen puskesmas yang dilaksanakan secara menyeluruh, berkelanjutan, obyektif, integratif dan sistematis untuk menghasilkan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu sesuai dengan masalah kesehatan masyarakat yang potensial berkembang di wilayah kerja masing-masing (Muninjaya, 2011).

Reformasi puskesmas harus diarahkan untuk mengembangkan pelayanan kesehatan yang spesifik dan bermutu sehingga upaya penanggulangan masalah kesehatan masyarakat yang potensial berkembang di wilayah kerja puskesmas dapat lebih efektif, untuk itu ada 3 (tiga) paradigma yang perlu dilaksanakan secara bertahap tetapi pelaksanaannya terkait satu sama lain yaitu : 1) penentuan prioritas program puskesmas, 2) pengembangan program menjaga mutu, 3) pengembangan swadana.

a. Penentuan Prioritas Program Puskesmas.

Program prioritas puskesmas adalah program yang dipilih dari pelayanan kesehatan dasar untuk dikembangkan secara intensif dalam rangka mencegah dan menanggulangi berbagai masalah kesehatan masyarakat yang potensial berkembang di wilayah kerja puskesmas. Program prioritas tersebut merupakan upaya kesehatan dasar yang seharusnya ada di setiap puskesmas Depkes dalam Alamsyah, (2011), yaitu mencakup 1) promosi kesehatan, 2) kesehatan lingkungan, 3) kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana, 4) perbaikan gizi masyarakat, 5) pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, 6) pengobatan. Selain itu, ada upaya kesehatan pengembangan, yaitu upaya kesehatan yang ditetapkan oleh puskesmas berdasarkan permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat serta yang disesuaikan dengan

kemampuan puskesmas. Upaya kesehatan pengembangan dipilih dari daftar upaya kesehatan pokok (18 program pokok Puskesmas) yang telah ada.

Upaya kesehatan pengembangan dilakukan bila upaya kesehatan wajib puskesmas telah terlaksana secara optimal dalam arti target cakupan serta peningkatan mutu pelayanan telah baik.

Apabila puskesmas belum mampu menyelenggarakan Upaya kesehatan pengembangan padahal telah menjadi tuntutan kebutuhan masyarakat, maka Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bertanggung jawab dan wajib menyelenggarakannya.

b. Pengembangan Program Menjaga Mutu

Program menjaga mutu pelayanan kesehatan di puskesmas sudah merupakan kebutuhan nyata puskesmas saat ini (Muninjaya, 2011). Dengan jangkauannya yang luas sampai ke pelosok desa, pelayanan puskesmas yang bermutu akan menjadi salah satu faktor penentu upaya peningkatan status kesehatan masyarakat.

Dengan semakin berkembangnya masyarakat kelas menengah di Indonesia, tuntutan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu juga meningkat, termasuk tuntutan hukum terhadap petugas kesehatan yang melanggar kode etik kedokteran dan standar prosedur pelayanan kesehatan. Program menjaga mutu pelayanan kesehatan akan memberikan kepuasan kepada masyarakat, efisiensi

program, pelayanan kesehatan akan meningkat dan petugas kesehatan akan lebih terlindungi dari tuntutan hukum.

c. Swadana Puskesmas

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) sebagai asuransi kesehatan merupakan strategi yang paling tepat untuk menswadanakan puskesmas.

Reformasi puskesmas seharusnya dimulai dari diri pimpinan puskesmas. Ia harus merasa tertantang dan terus menumbuhkan komitmennya mengembangkan organisasi yang dipimpinnya sehingga ia akan menjadi motor penggerak pelaksana reformasi puskesmas.

Pemimpin puskesmas harus tanggap terhadap perubahan yang terjadi di lingkungannya dan meninggalkan paradigma lama mencoba dan benar tetapi harus menganut paradigma baru pemimpin yang disebut ACE (*Acknowledge, Create dan Empower*) atau mengakui (menyambut), menciptakan dan memberdayakan yang bercirikan kreativitas, fokus ke depan, perilaku mau bekerja sama, saling tergantung, saling membantu, pengambilan resiko, perhatian besar pada hasil, tanggung jawab tinggi dan terbuka pada perubahan (Warren Bennis dan Robert Townsend dalam alamsyah, 2011).

K. Penelitian Terkait

Nama	Judul	Subjek	Metode	Hasil
Solikhah, 2008	Hubungan kepuasan pasien dengan minat pasien dalam pemanfaatan ulang pelayanan pengobatan	Pasien pengguna pelayanan di balai pengobatan, dengan jumlah sampel 97 pasien	Penelitian observasional dengan rancangan cross sectional	Secara umum responden puas terhadap pelayanan pengobatan di Puskesmas sebesar 88,7 % sedangkan responden yang merasa tidak puas sebesar 10.3 %. Pasien puas terhadap pelayanan di bagian administrasi sebesar 84,5 % diikuti dengan kepuasan pasien terhadap pelayanan perawat sebesar 82,5 %. Terendah adalah kepuasan terhadap kebersihan, kerapian, dan kenyamanan ruangan sebesar 67 %. Minat kunjung kembali ke pelayanan pengobatan di Puskesmas merasa puas 90,7 % terhadap pelayanan yang ada di Puskesmas, sedangkan responden yang merasa tidak puas sebesar 6,2 %.
I Gusti Made Yoga Astawa, Samino, Dina Dwi Nuryani, 2012	Hubungan dimensi mutu pelayanan kesehatan dengan kepuasan pasien di Puskesmas Rumbia Kabupaten Lampung Tengah	Pasien di Puskesmas Rumbia Lampung Tengah 2012	Survey analitik dengan rancangan cross sectional	Dimensi mutu pelayanan dinilai baik lebih dari separuh responden yaitu Assurance (56%), Empathy (53%), Reliability (51%), sedangkan Tangible dan Responsiveness dinilai tidak lebih baik dari separuh responden (58% dan 52%). Gap persepsi dan harapan adalah - 0,731. Sebagian besar (73%) pasien di Puskesmas Rumbia tidak puas terhadap mutu pelayanan yang diberikan.
Siti Munfaqirah, 2007	Atribut servqual untuk menilai kualitas pelayanan, pengaruhnya terhadap image (Studi pada pengguna jasa	Individu yang merupakan pengguna jasa rumah sakit bersalin pada kelas paviliun, kelas satu dan kelas dua	Penelitian penjelasan (explanatory research). Pengambilan saampel secara stratified random sampling	The result of this study showed that gap analysis technique used could provide information from the patients perspective of the service quality at the public hospital was good

	Rumah Sakit Bersalin di Sidoarjo	dengan 73 responden		
Sudirman, 2012	Kualitas pelayanan berdasarkan pendekatan servqual pada unit rawat inap RSUD Anuntaloko Parigi Provinsi Sulawesi Tengah	Responden pasien 96 orang dan 24 responden petugas	Penelitian analitik dengan menggunakan desain cross sectional	Terdapat hubungan yang signifikan pada 5 (lima) dimensi kualitas pelayanan yang dialami pasien terhadap kualitas pelayanan, terdapat hubungan yang signifikan pada 2 (dua) dimensi kualitas pelayanan yaitu (reliability & responsiveness) antara pelayanan yang diharapkan pasien dengan kualitas pelayanan, dan pada dimensi tangible, reliability dan empathy tidak terdapat hubungan signifikan, terdapat kesenjangan negatif antara pelayanan yang dirasakan dengan pelayanan yang diinginkan pasien
Prima Naomi	Pengukuran tingkat kepuasan pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan (Menggunakan Metoda Performance Importance Analysis di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Sumedang	Pasien rawat inap/keluarga di Unit rawat Inap Rumah Sakit Umum Sumedang	Metoda Performance Importance Analysis	Faktor yang pelaksanaannya telah sesuai dengan kepentingan dan harapan konsumen berjumlah sebelas faktor, yaitu : X2, X4, X6, X9, X10, X15, X16, X22, X23, X24, X30, sedangkan faktor – faktor pelayanan kesehatan yang perlu diprioritaskan untuk diperbaiki adalah faktor : 1, X13, X14, X18, X19, X21, X27 dan X28.
Hot Pangihutan Sianturi, Moses Laksono Singgih, 2011	Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan pasien unit instalasi rawat jalan (IRJ) Rumkit AL dr. Ramelan	Pasien unit instalasi rawat jalan (IRJ) Rumkit AL dr. Ramelan	Metode Service Quality dan Quality Function Deployment	Adanya kesenjangan yang negatif pada semua dimensi layanan kesehatan. Secara keseluruhan terdapat gap sebesar – 1.01 dan hal ini berarti bahwa harapan pasien melebihi daripada kenyataan layanan yang diterimanya.

	Surabaya dengan menggunakan metode Servqual Dan QFD			
Azizah Aisyati, Taufiq Rochman, Hafid Rachmadi	Analisa kualitas pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Wonogiri menggunakan metode Fuzzy Servqual	Pasien rawat inap di RSUD Wonogiri sebanyak jumlah bed yaitu 200	Metode Fuzzy Servqual	Kualitas pelayanan di RSUD Wonogiri masih rendah berdasarkan nilai total servqual rata- rata yang masih bernilai negatif yaitu sebesar - 0.165.
Much. Junaidi, Eko Setiawan, Tri Haryanto	Analisis kepuasan pelanggan dengan pendekatan Fuzzy Service Quality dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan	Pasien Puskesmas Kerjo, Karanganyar	Metode Fuzzy Service Quality	Kepuasan pengguna jasa pelayanan di Puskesmas kerjo terhadap pelayanan yang saat ini diberikan masih belum tercapai.

L. Kerangka Teori

