

**TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER (TAPM)**

**ANALISIS KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN TERHADAP  
KEPUASAN PELANGGAN DI RUANG RAWAT INAP  
RSUD ADE MOHAMMAD DJOEN SINTANG**



**TAPM diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh  
Gelar Magister Sains dalam Ilmu Administrasi  
Bidang Minat Administrasi Publik**

Disusun Oleh :  
**YULSIUS JUALANG**  
NIM : 014991591

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS TERBUKA  
JAKARTA  
2009**

**ABSTRAK****Analisis Kualitas Layanan Kesehatan Terhadap  
Kepuasan Pelanggan di Ruang Rawat Inap  
RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang****Yulsius Jualang****Universitas Terbuka**[jualangmap@yahoo.com](mailto:jualangmap@yahoo.com)**Kata kunci: Kepuasan pasien, kualitas pelayanan**

Kepuasan pasien merupakan salah satu indikator untuk mengukur keberhasilan pelayanan di Rumah Sakit yang berguna memberikan *feedback* bagi pihak manajemen maupun pemberi pelayanan langsung, karena dengan mutu pelayanan yang baik akan memberikan kepuasan.

Latar belakang penelitian ini berangkat dari RSUD Ade Mohammad Djoen pernah dimuat di Koran Kapuas Post, yang menyatakan pelayanan di Rumah Sakit masih sangat kurang. Padahal RSUD Ade Mohammad Djoen dituntut untuk memberikan pelayanan yang lebih baik. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan dan faktor yang mempengaruhinya.

Metode yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif dengan 75 responden rawat inap. Analisis data menggunakan analisis deskriptif univariat katagorik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien mempunyai persepsi yang kurang terhadap kualitas pelayanan yang diberikan pada ruang rawat inap

Untuk meningkatkan kepuasan pelanggan di Ruang rawat inap, maka disarankan pihak Rumah Sakit dapat; Memberikan pendidikan atau pelatihan-pelatihan yang berkala untuk tenaga medis maupun keperawatan, Memperhatikan ketersediaan sarana dan prasarana di ruang rawat inap, Perlu menambah jumlah tenaga perawat dan tenaga dokter spesialis, dan perlu memikirkan peningkatan insentif untuk tenaga perawat maupun dokter.

**ABSTRACT****Analysis Health Quality Service For Patient  
Satisfaction In Ward Of Ade Mohammad Djoen In Sintang****Yulsius Jualang****Universitas Terbuka**[jualangmap@yahoo.com](mailto:jualangmap@yahoo.com)**Key Word: Patient Satisfaction, Service Quality**

Patient satisfaction is one of the indicators to used to measure the success of the service in Hospital and others public health facilities. Which the hospitals management and their others services could have a feedback how to serves the public, because a good service will extend public satisfaction.

The background of this research comes from the Ade Mohammad Djoen General hospital which has publicated in Kapuas Post Newspaper which is declared that the services at Ade Moh. Djoen General Hospital are mostly disappointed. The main purpose of this research is to find out the patiens perceptions and factors that influence it.

The research use the qualitative research methods which involving 75 respondents from the patiens of medical room or unit. The data analisis uses descriptive univariable cathegory. The research shows that the patiens has a low perception on the service that has given by the hospital's medical room.

To improve the quality of the hospital service to a proper standard, the research have come to a conclusion that the hospital could do several things, which is: take an advance training and education regularly to nurses and other employees, give more attention to the availability of the equipment in the hospital's medical room, increase the number of the nurse, doctors and other medical's expert; and raising the incentive or salaries for nurses, doctors and other medical workers.

**UNIVERSITAS TERBUKA  
PROGRAM PASCASARJANA  
MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK**

**PERNYATAAN**

TAPM yang berjudul **ANALISIS KULAITAS PELAYANAN KESEHATAN TERHADAP KEPUASAN PELANGGAN DI RUANG RAWAT INAP RSUD ADE MOHAMMAD DJOEN SINTANG** adalah hasil karya saya sendiri, dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya

Nyatakan dengan benar,  
Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan  
Adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia  
Menerima sanksi akademik,

Jakarta, .....

**Yang Menyatakan,**



**( YULSIUS JUALANG )**

**NIM. 014 991 591**

**UNIVERSITAS TERBUKA**  
**PROGRAM PASCASARJANA**  
**PROGRAM STUDI ADMINISTRASI PUBLIK**

**PENGESAHAN**

Nama : Yulsius Jualang  
 NIM : 014991591  
 Program Studi : Magister Administrasi Publik  
 Judul TAPM : ANALISIS KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN  
 TERHADAP KEPUASAN PELANGGAN DI RUANG  
 RAWAT INAP RSUD ADE MOHAMMAD DJOEN  
 SINTANG

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Panitia Penguji TAPM Program Pascasarjana,  
 Program Administrasi Publik, Universitas Terbuka pada:

Har/Tanggal : Minggu/ 1 November 2009  
 Waktu : Jam 08.30 – 10.30 Wib

Dan dinyatakan LULUS/ ~~TIDAK LULUS~~

**PANITIA PENGUJI TAPM**

Ketua Komisi Penguji:

Nama : Prof. Dr.H.Udin S. Winataputra, MA

Penguji Ahli :

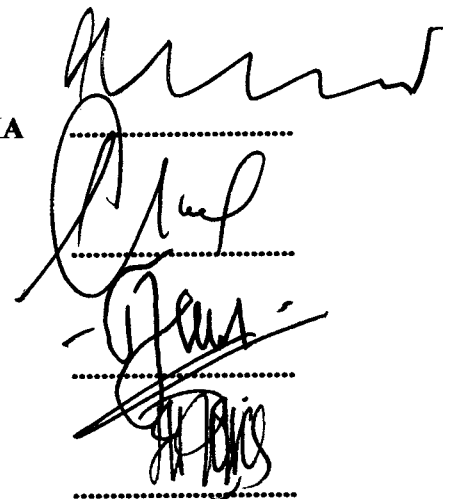
Nama : Prof. Dr. Sadu Wasistiono

Pembimbing I :

Nama : Dr. Afrizal,SE.,M.Si

Pembimbing II :

Nama : Dr. Sri Harijati,MA



Handwritten signatures of the panel members, corresponding to the names listed on the left. Each signature is followed by a dotted line.

**LEMBARAN PERSETUJUAN TAPM**

**Judul TAPM : ANALISIS KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN  
TERHADAP KEPUASAN PELANGGAN DI RUANG  
RAWAT INAP RSUD ADE MOHAMMAD DJOEN  
SINTANG**


**Penyusun TAPM : Yulsius Jualang  
NIM : 014991591  
Program Studi : Magister Administrasi Publik  
Hari/ Tanggal :**

Menyetujui:

Pembimbing I,

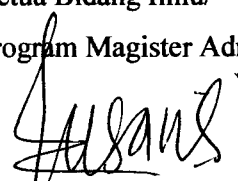
  
**Dr. Afizal, SE., M.Si**  
NIP. 131 801 673

Pembimbing II,


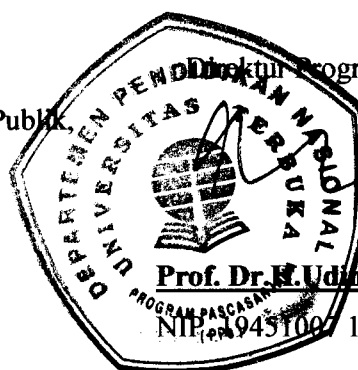
  
**Dr. Sri Harijati, MA**  
NIP. 19620911 198803 2 002

Mengetahui,

Ketua Bidang Ilmu/  
Program Magister Administrasi Publik

  
**Dra. Susanti, M.Si**  
NIP. 19671214 199303 2 002

Direktur Program Pascasarjana,

  
  
**Prof. Dr. H. Uda S. Winataputra, MA**  
NIP. 19451007 197302 1 002

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Kasih, karena atas berkat dan karuniaNya penulis dapat menyusun dan menyelesaikan Tugas Akhir Program Magister (TAPM) ini untuk memenuhi persyaratan guna mencapai derajat sarjana S-2 dalam Pascasarjana, Program Studi Administrasi Publik, Universitas Terbuka.

Pada kesempatan ini dengan penuh kerendahan hati penulis menghaturkan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada segala pihak yang telah membantu baik moril maupun materiel terutama:

1. Prof. Tian Belawati, Ph.D, selaku rektor universitas terbuka beserta staf.
2. Prof. Dr. H. Udin S Winataputra, MA selaku Direktur program pascasarjana universitas terbuka beserta staf.
3. Dra. Susanti, M.Si selaku Ketua Bidang Ilmu/Program Magister Administrasi publik universitas terbuka beserta staf.
4. Bapak Dr. Afrizal, SE., M.Si, selaku pembimbing I dan yang telah banyak memberikan arahan dalam penyusunan TAPM ini.
5. Ibu Dr. Sri Harijati, MA, selaku pembimbing II yang telah memberikan arahan dan bimbingannya dalam TAPM ini.
6. Dr. Sidig Handanu widoyono, M.Kes, selaku Direktur RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang beserta staf.
7. Rekan-rekan seperjuangan Program Pascasarjana, Program Studi Administrasi Publik, Universitas Terbuka kelas Sintang.
8. Kepada Istri dan kedua anak tercinta yang telah memberikan motivasi, doa serta memberikan dorongan semangat.

9. dan semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu atas bantuan hingga terselesainya TAPM ini.

Penulis menyadari sepenuhnya akan kekurangan dan ketidaksempurnaan TAPM ini oleh karena itu untuk kesempurnaannya penulis mengharapkan saran dan kritik. Semoga TAPM ini bermanfaat bagi pemerintah daerah dalam upaya mewujudkan pelayanan yang terbaik kepada masyarakat menuju terciptanya *good governance* dan juga peneliti lain agar dapat dijadikan salah satu acuan guna penelitian lebih lanjut.

Sintang, Juli 2009

Penulis,



**YULSIUS JUALANG**

NIM. 014 991 591

UNIVERSITAS TERBUKA



## DAFTAR ISI

Abstrak		ii
Lembaran Persetujuan		iii
Lembaran Pengesahan		iv
Kata Pengantar		v
Daftar Isi		vi
Daftar Bagan		viii
Daftar Gambar		ix
Daftar Tabel		x
Daftar Lampiran		xi
BAB I	PENDAHULUAN	1
	A. Latar Belakang	1
	B. Perumusan Masalah	7
	C. Tujuan Penelitian	7
	D. Kegunaan Penelitian	8
BAB II	TINJAUAN PUSTAKA	9
	A. KAJIAN TEORI	9
	1. Pelayanan Rumah Sakit	9
	a. Pengertian Pelayanan Rumah Sakit	9
	b. Karakteristik Pelayanan	12
	2. Kualitas Pelayanan	14
	a. Pengertian Kualitas Pelayanan	14
	b. Jaminan Mutu	21
	c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pelayanan	24
	d. Azas-azas Pelayanan Publik	25
	e. Pelayanan Kesehatan Yang Berkualitas	26
	3. Kepuasan Pelanggan	27
	a. Pengertian Kepuasan Pelanggan	27
	b. Pelayanan Rawat Inap	41
	c. Dimensi Kepuasan Pelanggan	45
	d. Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Pelayanan	52
	4. Standar Kebutuhan Tenaga dan Metode Keperawatan	53
	a. Standar Kebutuhan Tenaga	53
	b. Metode Pemberian Asuhan Keperawatan	55
	B. PENELITIAN TERDAHULU	69
	C. KERANGKA KONSEP	60
	D. DEFINISI OPERASIONAL	62
BAB III	METODE PENELITIAN	63
	A. Desain Penelitian	63
	B. Populasi dan Sampel Penelitian	63
	C. Instrumen Penelitian	64

	D. Prosedur Pengumpulan Data-----	65
	E. Metode Analisa Data-----	65
<b>BAB IV</b>	<b>TEMUAN DAN PEMBAHASAN-----</b>	<b>67</b>
	A. Persepsi Pelanggan Terhadap Kualitas Pelayanan dari Perawat	
	Ruang Rawat Inap Rumah Sakit-----	67
	1. Keterampilan Petugas-----	67
	2. Prosedur Rawat Inap-----	78
	3. Saranan dan Prasarana-----	80
	4. Biaya Rawat Inap-----	82
	B. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Kelayanan Kesehatan pada RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang-----	87
	1. Kualitas Tenaga Pemberi Pelayanan-----	87
	2. Kuantitas/ Jumlah Tenaga di Ruang Rawat Inap-----	88
	3. Insentif Perawat di Ruang Rawat Inap-----	91
<b>BAB V</b>	<b>SIMPULAN DAN SARAN-----</b>	<b>102</b>
	A. Kesimpulan-----	102
	B. Saran-----	103
	Daftar Pustaka-----	104
	Lampiran-----	

UNIVERSITAS TERBUKA

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 1.2 Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan dengan Program QA...23  
Gambar 2.2 Kerangka alur berpikir.....61

UNIVERSITAS TERBUKA

## DAFTAR TABEL

		HAL
Tabel 4.1	Keterampilan Petugas dalam Menoperasikan Alat-alat Medis.....	67
Tabel 4.2	Dalam menjalankan tugasnya petugas rawat inap terlihat cekatan atau tidak terlihat lambat.....	68
Tabel 4.3	Petugas Mempunyai kemampuan yang baik sesuai bidangnya.....	69
Tabel 4.4	Setiap tindakan petugas melayani dapat dipertanggungjawabkan....	70
Tabel 4.5	Bahasa yang dipergunakan petugas mudah dipahami dan diterima.	71
Tabel 4.6	Teknologi, cara dan metode pengobatan yang dipergunakan sudah tepat untuk daerah pasien .....	72
Tabel 4.7	Dalam memberikan pelayanan petugas rawat inap selalu memperhatikan resiko-resiko yang mungkin terjadi.....	73
Tabel 4.8	Pengobatan di rawat inap yang dilaksanakan di rumah sakit sudah efektif.....	74
Tabel 4.9	Obat yang diberikan kepada pasien sudah efisien terhadap penyakit yang diderita.....	75
Tabel 4.10	Pelaksanaan pelayan yang diberikan pasien rawat inap hanya sebatas pada hal yang berkaitan dengan diagnosis penyakit yang diderita.....	76
Tabel 4.11	Petugas rawat inap menghargai dan menghormati pasien.....	77
Tabel 4.12	Komunikasi pasien dengan petugas rawat inap dapat terjadi dengan baik.....	77
Tabel 4.13	Pasien merasa aman dalam menerima pelayanan di ruang rawat inap di rumah sakit.....	78
Tabel 4.14	Prosedur yang diberikan pada pasien rawat inap sudah efektif.....	79
Tabel 4.15	Standar pelayanan rawat inap yang digunakan rumah sakit sudah efektif.....	80
Tabel 4.16	Gedung, peralatan rawat inap yang ada dapat memberikan rasa aman.....	81
Tabel 4.17	Keadaan fisik ruangan rawat inap dapat memberikan kenyamanan Dalam Menerima pelayanan kesehatan.....	82
Tabel 4.18	Tarif yang harus dibayar tidak terlalu mahal dan terjangkau dari lingkungan kemampuan pasien.....	83
Tabel 4.19	Tabel Analisis kualitas pelayanan Kesehatan pada Ruang Rawat Inap RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang berdasarkan masing-masing kategori.....	84
Tabel 4.20	Berdasarkan klasifikasi pasien.....	89
Tabel 4.21	Berdasarkan tingkat ketergantungan.....	89
Tabel 4.22	Jumlah petugas medis pada rumah sakit tipe C dan RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang.....	92

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kuesioner
- Lampiran 2 Transkrip Pedoman Wawancara
- Lampiran 3 Transkrip Observasi
- Lampiran 4 Gambar Rumah Sakit

UNIVERSITAS TERBUKA

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Perubahan yang cepat dalam menghadapi millenium ketiga, yang sarat isu persaingan, ketidak-pastian, kekacauan di bidang politik, kemerosotan ekonomi dan keanekaragaman lainnya, mendorong terjadinya perubahan dari berbagai organisasi. Perubahan-perubahan yang terjadi tentu saja membutuhkan ketelitian yang tinggi, karena perubahan tanpa analisa internal dan eksternal secara baik akan mengakibatkan terpuruknya organisasi tersebut.

Salah Satu organisasi tersebut adalah Rumah Sakit Umum Daerah Ade Mohammad Djoen Sintang, yang merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan dan juga sebagai fasilitas rujukan di kawasan Timur Kalimantan Barat. Rumah Sakit juga fasilitas pelayanan kesehatan yang sangat kompleks, padat modal dan padat pakar serta merupakan bagian dari sistem pelayanan kesehatan yang mengutamakan pelayanan pengobatan dan pemulihan. Selain itu Rumah Sakit dituntut juga menjadi pusat rujukan, tempat penelitian dalam pengembangan pendidikan, keilmuan dan teknologi.

Organisasi rumah sakit sebagai pemberi pelayanan kesehatan dengan produk jasa secara terus-menerus meningkatkan kualitas pelayanannya di mana sumber daya organisasi, khususnya sumber daya manusia : manusia memiliki potensi yang berpengaruh pada efektivitas organisasi.

Kinerja menjadi tolak ukur keberhasilan pelayanan kesehatan yang menunjukkan akuntabilitas lembaga pelayanan dalam kerangka tata pemerintahan



yang baik (*good governance*). Penampilan kerja yang sesuai dengan ketentuan organisasi akan mempercepat tercapainya tujuan organisasi (Wahyudi,2006).

Organisasi pelayanan kesehatan seperti Rumah Sakit, Puskesmas dan Praktek Dokter, Apotik, Laboratorium dan sebagainya pada dasarnya adalah organisasi Pelayanan Umum. Menurut Wijono (1999 : 113),

Pelayanan umum segala bentuk kegiatan pelayanan umum yang dilaksanakan oleh Instansi Pemerintah di Pusat, di Daerah, dan di lingkungan Badan Usaha Milik Negara / Daerah dalam bentuk barang atau jasa, baik dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan “.

Khususnya Rumah Sakit sebagai pelayanan masyarakat perlu memiliki karakter mutu pelayanan prima yang sesuai dengan harapan pasien, selain diharapkan memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu.

Wijono (1999 :2) mengemukakan, “Pelayanan Kesehatan yang bermutu adalah Pelayanan Kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan serta penyelenggaraannya sesuai dengan standar pelayanan profesi dan kode etik yang telah ditetapkan’. Pengertian standar adalah spesifikasi dari fungsi atau tujuan yang harus dipenuhi oleh suatu sarana pelayanan agar pemakai jasa pelayanan dapat memperoleh keuntungan yang maksimal dari pelayanan yang diselenggarakan (Rowland and Rowland, 1983 dalam Azwar; (1996:41). Jika diperhatikan rumusan pengertian standar, menunjukkan pada tingkat ideal tercapai yang diinginkan. Lazimnya ukuran tingkat ideal tercapai tersebut tidaklah disusun terlalu kaku, melainkan dalam bentuk minimal dan

maksimal (*range*). Penyimpangan yang dibenarkan disebut dengan nama toleransi.

Sedangkan pengertian pelayanan prima (*Exellent Service*) adalah pelayanan yang berorientasi kepada kepuasan pelanggan dan diberikan sesuai dengan standar yang telah ditentukan atau melebihi standar yang telah ditentukan. Segala sesuatu yang berkaitan dengan kata prima memiliki gambaran kekuatan, kecepatan, ketepatan, ketabahan dan sejenisnya. Jadi pelayanan yang prima akan tampak dari dua sisi yaitu sisi pelayanan teknis secara fisik dan pelayanan yang melibatkan emosi atau pelayanan yang berkaitan dengan perasaan. Menurut Patton (Azwar, 1996;24) 20 % saja kemampuan teknis yang kita miliki untuk memberikan pelayanan kepada pelanggan akan tetapi (80%) lainnya adalah kemampuan individu yang menjembatani kemampuan teknis tadi untuk diberikan kepada pelanggan.

Karena pelayanan yang bermutu erat kaitannya dengan kualitas pelayanan dan sangat erat dengan pelayanan yang berorientasi terhadap kepuasan pelanggan, sedangkan manusia merupakan unsur utama dalam pemberian pelayanan dalam suatu produk/jasa. Oleh karena itu Sumber Daya Manusia (SDM) menjadi titik pangkal, dalam pendekatan mutu dan kepuasan pelanggan dalam Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum.

Rumah sakit sebagai industri jasa harus mampu memberikan pelayanan yang berkualitas dengan harga terjangkau agar dapat bertahan dan memenangkan persaingan. Begitu pula RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang dengan kondisi



saat ini tentunya harus mampu memberikan pelayanan yang berkualitas yang memberikan kepuasan pada pelanggan, Apabila kualitas yang diterima pelanggan lebih baik atau sama dengan yang dibayangkan, maka pelanggan akan cenderung merasa puas dengan pelayanan yang diberikan.

Rumah Sakit Ade Mohammad Djoen Sintang adalah rumah sakit tipe C dengan sumber daya tenaga perawat bervariasi dengan berbagai latar belakang pendidikan. Sampai dengan Desember 2008 jumlah tenaga keperawatan adalah 113 orang, sebagian besar berlatar belakang pendidikan DIII Keperawatan (81,42%), Sekolah Perawat Kesehatan (15%), dan Sarjana Keperawatan 4 orang (3,54%). Laporan akuntabilitas kinerja RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang tahun 2007 menunjukkan bahwa RSUD Ade Mohammad Djoen mempunyai 126 tempat tidur dengan BOR 71,65 %, LOS 4,94 hari, BTO 52,95 kali, dan TOI 1,95 hari.

Indikator Rumah Sakit menunjukkan peningkatan mutu pelayanan rumah sakit. Juga menunjukkan semakin tingginya efisiensi penggunaan tempat tidur dari tahun ke tahun. Bahkan, pada kelas perawatan terendah (kelas III) pada tahun 2007 mengindikasikan perlunya pembangunan baru ruang perawatan kelas III meningkat BOR sudah di atas (80%), dan di tahun 2008 meningkat lebih dari (100%).

Apabila dianalisis berdasarkan status atau cara pembayaran pasien, kunjungan ke instalasi rawat inap masih didominasi pasien umum. Namun, kunjungan Askeskin atau Jamkesmas terus mengalami peningkatan secara signifikan dan mempunyai porsi sekitar (30%) dari kunjungan total rawat inap.

Sementara dilihat dari 10 (sepuluh) pola penyakit rawat inap, polanya tidak terlalu berbeda dengan pola penyakit rawat jalan dimana penyakit infeksi masih mendominasi; malaria 1.326 kasus, gastritis 419 kasus, appendiksitis 245 kasus, dyspepsis 198 kasus, TB paru 239 kasus, stroke 155 kasus, uronitis 154 kasus, hernia 148 kasus, hipertensi 248 kasus, pneumonia, kasus lain-lain 4.468 kasus.

Akhir tahun 2007 pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pihak RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang masih banyak kekurangan-kekurangannya. Hal ini terbukti dengan dimuatnya di koran Kapuas Post, 1 Nopember 2007, keluhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pihak Rumah Sakit, seperti terbatasnya sarana dan prasarana pendukung serta bangsal rawat inap di RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang sehingga membuat pasien ditampung diluar kamar dan lorong-lorong rumah sakit. Minimnya daya tampung pasien di RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang selalu menjadi dilema bagi pasien yang membutuhkan rawat inap. Kondisi rumah sakit induk yang ada di Kabupaten Sintang yang hanya berkapasitas 126 bangsal untuk kelas I, II dan III ditambah dengan bangsal bagian ICU 9 bangsal, dengan bangsal tambahan hanya 20 unit, sedangkan pada saat pasien membludak seperti pada musim DBD (Demam Berdarah) bisa mencapai 200 pasien sedangkan kondisi ini masih bersifat *endemic* (wabah) belum menuju pada kasus DBD.

menciptakan keselarasan ke-lima aspek tersebut diperlukan kesiapan yang sangat matang terutama yang berkaitan dengan kesiapan pengembangan SDM RSUD agar sesuai dengan tuntutan atau standar, baik dari sisi jenis ketenagaaan, jumlah dan kualitas ketenagaan sumber daya kesehatan. Ketenagaan dengan jumlah, jenis dan mutu yang memadai sesuai dengan standarisasi jumlah, jenis dan mutu ketenagaan Rumah Sakit telah ditetapkan dalam peraturan Menteri Kesehatan RI.

Bertitik tolak latar belakang di atas, peneliti merasa tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Kualitas Pelayanan Kesehatan di Ruang rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Sintang”.

## **B. Perumusan Masalah**

Berdasarkan uraian-uraian di atas, maka rumusan permasalahan penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Bagaimanakah kualitas pelayanan kesehatan bagi pasien rawat inap pada RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang ?
- b. Faktor-Faktor apa saja yang mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan bagi pasien rawat inap pada RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang ?

## **C. Tujuan Penelitian**

Penelitian ini dilakukan dengan tujuan:

1. Mengetahui bagaimana kualitas pelayanan kesehatan bagi pasien rawat inap pada RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang
2. Menganalisis faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi kualitas pelayanan bagi pasien rawat inap di RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang.



#### **D. Kegunaan Penelitian**

1. Bagi RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang: Menjadi bahan masukan untuk penyusunan rencana peningkatan dan pengembangan rumah sakit ke tipe B.
2. Bagi Peneliti: Menambah pengetahuan/pengalaman dalam mengkaji lebih dalam tentang permasalahan yang terjadi di rumah sakit sebagai pelayanan Publik serta menjadi informasi tambahan atau data dasar untuk peneliti lain yang tertarik untuk meneliti lebih jauh tentang kualitas pelayanan dan kemampuan aparat rumah sakit juga memberikan gambaran terhadap tingkat kepuasan pelanggan yang dapat menjadi data awal terkait dengan penelitian lanjutan untuk mengukur tingkat kepuasan pelanggan.
3. Bagi Institusi Pendidikan: Hasil penelitian ini dapat berguna sebagai bahan masukan dan literatur dalam pengembangan ilmu pelayanan publik, khususnya terkait dengan perlunya pengetahuan tentang kepuasan layanan dan kemampuan aparat pemberi pelayanan publik secara langsung.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Kajian Teori**

##### **1. Pelayanan Rumah Sakit**

###### **a. Pengertian Pelayanan Rumah Sakit**

Rumah sakit merupakan bagian dari organisasi sosial medis yang berfungsi memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh kepada masyarakat dalam hal pengobatan dan pencegahan penyakit, juga memberikan pelayanan kesehatan kepada keluarga dan lingkungan sekitar, serta menjadi pusat latihan tenaga kesehatan dan penelitian biososial (WHO, 1979 dikutip dari Trisnantoro, 2004).

Evaluasi pada dasarnya adalah merupakan suatu tindakan penilaian terhadap suatu hasil kinerja yang telah di laksanakan dalam suatu kegiatan. Wibawa (1994: 96) dalam Kloter, Philip (2000), mengatakan bahwa Evaluasi memiliki tujuan ganda yakni (a) memberikan informasi kepada (para) pembuat kebijakan tentang bagaimana program berlangsung atau dijalankan, (b) menunjukkan faktor-faktor yang dapat dimanifulasi (diubah) agar diperoleh pencapaian hasil yang lebih baik, untuk kemudian memberikan alternatif kebijakan baru atau sekedar cara implementasi lain. Penilaian terhadap capaian kinerja bidang kesehatan harus kita tinjau dari aspek manajemen pelayanan bidang kesehatan itu sendiri.

Evaluasi dilakukan karena tidak semua program kebijakan publik meraih hasil yang diinginkan. Seringkali terjadi kebijakan gagal meraih maksud atau tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Dengan demikian evaluasi kebijakan ditujukan untuk melihat sebab-sebab kegagalan suatu kebijakan atau untuk mengetahui apakah kebijakan publik yang telah dijalankan meraih dampak yang diinginkan.

Evaluasi atas pelayanan Rumah Sakit merupakan bagian dari manajemen Rumah Sakit, Manullang (1985:17) mendefinisikan manajemen sebagai: “Seni dan ilmu perencanaan, pengorganisasian, penyusunan, pengarahan, dan pengawasan, dari pada sumberdaya manusia untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan terlebih dahulu”. Dalam hal ini, evaluasi berkaitan dengan pengawasan.

Secara khusus selain pelayanan yang harus diberikan kepada masyarakat wilayah setempat maka rumah sakit juga harus meningkatkan manajemen dalam rumah sakit yaitu meliputi:

- a. Manajemen sumber daya manusia
- b. Manajemen Keuangan
- c. Manajemen Sistem Informasi Rumah Sakit, ke dalam dan ke luar rumah sakit.
- d. Sarana prasarana
- e. Mutu Pelayanan

Definisi pelayanan sangat banyak. Definisi yang sangat sederhana diberikan oleh Ivancevich, Lorenzi, Skinner dan Crosby (1997:448) dalam Vincent Gazpers (1997):” Pelayanan adalah produk-produk yang tidak kasat mata

(tidak dapat diraba) yang melibatkan usaha-usaha manusia dan menggunakan peralatan”. Sedangkan definisi yang lebih rinci diberikan oleh Gronroos (1990:27), dalam Vincent Gazpers (1997) yaitu:

“Pelayanan adalah suatu aktivitas atau serangkaian aktivitas yang bersifat tidak kasat mata (tidak dapat diraba) yang terjadi sebagai akibat adanya interaksi antara konsumen dengan karyawan atau hal-hal lain yang disediakan oleh perusahaan pemberi pelayanan yang dimaksud untuk memecahkan permasalahan konsumen/pelanggan.”

Kotler (2000 : 72) dalam Vincent Gazpers (1997), menyebutkan bahwa layanan (*service*) dapat didefinisikan sebagai salah satu tindakan atau kinerja yang diberikan oleh seseorang kepada orang lain. Layanan (*service*) dapat diklasifikasi menjadi:

- a. *Hight Contact Service*, untuk layanan jasa dimana kontak antara konsumen dan penyedia jasa sangat tinggi, konsumen selalu terlibat dalam proses dari layanan tersebut.
- b. *Low Contact Service*, yaitu klasifikasi layanan jasa dimana kontak antara konsumen dengan penyedia jasa tidak terlalu tinggi.

*Physical contact* dengan konsumen hanya terjadi pada *front desk* perusahaan. *Low contact service*, misalnya lembaga keuangan yang cenderung untuk memiliki suatu sistem operasi yang otomatis. Sedangkan *service* merupakan sejumlah keuntungan (*package of benefit*) yang dapat diperoleh seorang konsumen sebagai berikut (Kotler, 2000:44) dalam Moleong Lexy J (2000):

- a. *Sensual benefit*, yaitu manfaat yang berhubungan dengan *psysical feeling*

- b. *Psychological benefit*, yaitu manfaat berhubungan dengan *mind feeling*
- c. *Psysical item*, terdiri dari kecepatan layanan, kemudahan (*simplicity*), dan rasa percaya diri (*self confidence*).

#### **b. Karakteristik Pelayanan**

Gasperz (1997:15) menyampaikan beberapa ciri atau karakteristik jasa yaitu: (1) pelayanan merupakan *output* yang tidak berbentuk; (2) merupakan *output* dari variabel yang tidak standart; (3) tidak dapat disimpan dalam *inventori*, tetapi dapat dikonsumsi dalam produksi; (4) terdapat hubungan langsung yang erat dengan pelanggan melalui proses pelayanan; (5) pelanggan berpartisipasi dalam proses memberikan pelayanan; (6) ketrampilan personal diserahkan atau diberikan langsung kepada pelanggan; (7) pelayanan tidak dapat diproduksi secara massal; (8) membutuhkan pertimbangan pribadi yang tinggi dari individu yang memberikan pelayanan; (9) perusahaan jasa pada umumnya bersifat padat karya; (10) fasilitas pelayanan berada di dekat pelanggan; (11) pengukuran pelayanan bersifat subjektif; (12) pengendalian kualitas dibatasi oleh pengendalian proses; dan (13) penetapan harga lebih rumit.

Pelayanan RSUD merupakan kegiatan pelayanan kepada masyarakat yang menjadi salah satu tugas dan fungsi pemerintah. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 81 Tahun 1993 yang kemudian disempurnakan dengan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63 Tahun 2003 mendefinisikan pelayanan umum sebagai:



“Segala bentuk pelayanan yang dilaksanakan oleh instansi Pemerintah di Pusat, di Daerah, dan dilingkungan Badan Usaha Milik Negara atau Badan Usaha Milik Daerah dalam bentuk barang atau jasa, baik dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan (Keputusan MENPAN Nomor 63/ 2003)”.

Keputusan Menpan Nomor 63 tahun 2003 menjelaskan bahwa pelayanan umum (kepada masyarakat) harus mengandung unsur-unsur sebagai berikut:

- a. Hak dan kewajiban bagi pemberi maupun penerima pelayanan umum harus jelas dan diketahui oleh masing-masing pihak.
- b. Pengaturan setiap bentuk pelayanan umum harus disesuaikan dengan kondisi kebutuhan dan kemampuan masyarakat untuk membayar berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku dengan tetap berpegang pada efisiensi dan efektivitas.
- c. Mutu proses dan hasil pelayanan umum harus diupayakan agar memberi keamanan, kenyamanan, dan kepastian hukum yang dapat dipertanggung jawabkan.
- d. Apabila pelayanan umum diselenggarakan oleh instansi pemerintah terpaksa harus mahal, maka instansi pemerintah yang bersangkutan berkewajiban memberi peluang kepada masyarakat untuk ikut menyelenggarakan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Faktor-faktor penyebab buruknya pelayanan publik selama ini antara lain:

1. Kebijakan dan keputusan yang cenderung menguntungkan para elit politik dan sama sekali tidak pro rakyat.
2. Kelembagaan yang dibangun selalu menekankan sekedar teknis-mekanis saja dan bukan pendekatan pe-martabat-an kemanusiaan.
3. Kecenderungan masyarakat yang mempertahankan sikap menerima (pasrah) apa adanya yang telah diberikan oleh pemerintah sehingga berdampak pada sikap kritis masyarakat yang tumpul.
4. Adanya sikap-sikap pemerintah yang berkecenderungan mengedepankan *informality* birokrasi dan mengalahkan proses formalnya dengan asas mendapatkan keuntungan pribadi.

## 2. Kualitas Pelayanan

### a. Pengertian Kualitas Pelayanan

Pengertian kualitas pelayanan berpusat pada upaya pemenuhan kebutuhan dan keinginan pelanggan serta ketepatan penyampaiannya untuk mengimbangi harapan pelanggan. Menurut Tjiptono (1996 : 46) kualitas pelayanan adalah : Merupakan tingkat keunggulan yang diharapkan dan pengendalian atas tingkat keunggulan tersebut untuk memenuhi keinginan pelanggan. Kualitas pelayanan tergantung pada kemampuan penyedia jasa dalam memenuhi harapan konsumennya secara konsisten.

Sementara itu, Lovelock (1996: 56) dalam Vincent Gazper (1997), mengemukakan lima prinsip yang harus diperhatikan bagi pelayan publik, agar kualitas layanan dapat dicapai antara lain meliputi:

- 1). *Tangible* (terjamah), seperti kemampuan fisik, peralatan, personil dan komunikasi material.
- b). *Reliable* (handal), kemampuan membentuk pelayanan yang dijanjikan dengan tepat dan memiliki keajegan.
- 3). *Responsiveness* (pertanggungjawaban), yakni rasa tanggungjawab terhadap mutu pelayanan.
- 4). *Assurance* (jaminan), pengetahuan, perilaku dan kemampuan pegawai.
- 5). *Empathy* (empati), perhatian perorangan pada pelanggan.

Dewasa ini Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan telah diatur dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228/ MENKES/SK/III/2002 yang menyatakan bahwa:

1. Standar Pelayanan Rumah Sakit Daerah adalah penyelenggaraan pelayanan manajemen rumah sakit, pelayanan medik, pelayanan penunjang dan pelayanan keperawatan baik rawat inap, maupun rawat jalan yang minimal harus diselenggarakan oleh rumah sakit.
2. Indikator, yang merupakan variabel ukuran atau tolak ukur yang dapat menunjukkan indikasi-indikasi terjadinya perubahan tertentu. Guna mengukur kinerja rumah sakit tersebut maka digunakan 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 misalnya kecepatan pelayanan, pelayanan dengan ramah dan lain-lain.
  - c. *Output*, yang dapat menjadi tolak ukur pada hasil yang dicapai, misalnya jumlah yang dilayani, jumlah pasien yang dioperasi, kebersihan ruangan.
  - d. *Outcome*, yang menjadi tolak ukur dan merupakan dampak dari hasil pelayanan sebagai misalnya keluhan pasien yang merasa tidak puas terhadap pelayanan dan lain-lain.
  - e. *Benefit*, adalah tolak ukur dari keuntungan yang diperoleh pihak rumah sakit maupun penerima pelayanan atau pasien misalnya

- biaya pelayanan yang lebih murah, peningkatan pendapatan rumah sakit.
- f. *Impact*, adalah tolak ukur dampak pada lingkungan atau masyarakat luas misalnya angka kematian ibu yang menurun, meningkatnya derajat kesehatan masyarakat, meningkatnya kesejahteraan karyawan
  3. Standar adalah spesifikasi teknis atau sesuatu yang dibakukan sebagai patokan dalam melakukan kegiatan. Standar ini dapat ditentukan berdasarkan kesepakatan Provinsi, Kabupaten/ Kota sesuai dengan *evidence base*
  4. Bahwa Rumah Sakit sesuai dengan kewenangan wajib yang harus dilaksanakan oleh Rumah Sakit Provinsi/ Kabupaten/ Kota, maka harus memberikan pelayanan untuk keluarga miskin dengan biaya ditanggung oleh Pemerintah Kabupaten/ Kota.
  5. Secara khusus selain pelayanan yang harus diberikan kepada masyarakat wilayah setempat maka rumah sakit juga harus meningkatkan manajemen dalam rumah sakit yaitu meliputi:
    - a. Manajemen sumber daya manusia
    - b. Manajemen Keuangan
    - c. Manajemen Sistem Informasi Rumah Sakit, ke dalam dan ke luar rumah sakit
    - d. Saran dan prasarana
    - e. Mutu pelayanan

Bertitik tolak dari adanya dua pembahasan ini, dapatlah dirumuskan apa yang dimaksudkan dengan mutu pelayanan kesehatan. Mutu pelayanan kesehatan adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata – rata penduduk, serta di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.

Untuk mengatasi masalah yang seperti ini, telah disepakati bahwa pembahasan tentang kepuasan pasien yang dikaitkan dengan mutu pelayanan

kesehatan, bukanlah pembahasan yang bersifat luas, melainkan mengenal paling tidak dua pembatasan:

a. Pembatasan pada Derajat Kepuasan Pasien

Pembatasan pertama yang telah disepakati adalah yang menyangkut derajat kepuasan pasien. Untuk menghindari adanya unsur subjektivitas yang dapat mempersulit pelaksanaan Program Menjaga Mutu, ditetapkanlah bahwa yang dimaksud dengan kepuasan di sini, sekalipun tetap individu, tetapi ukuran yang tingkat kepuasan rata-rata penduduk yang menjadi sasaran utama institusi kesehatan. Dengan perkataan lain, mutu suatu pelayanan kesehatan dinilai baik, apabila pelayanan kesehatan yang diselenggarakan tersebut dapat menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk yang menjadi sasaran utama pelayanan kesehatan tersebut.

b. Pembatasan pada Upaya yang Dilakukan

Pembatasan kedua yang telah disepakati adalah yang menyangkut upaya yang dilakukan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien. Untuk melindungi kepentingan pemakai jasa pelayanan kesehatan, yang pada umumnya awam terhadap tindakan kedokteran (*patient ignorancy*) ditetapkanlah upaya yang dilakukan tersebut harus sesuai dengan kode etik serta standar pelayanan profesi. Suatu pelayanan kesehatan, sekalipun dinilai dapat memuaskan pasien, tetapi apabila penyelenggaraannya tidak sesuai dengan standar serta kode etik profesi,

bukanlah pelayanan kesehatan yang bermutu. Dengan perkataan lain, dalam rumusan pengertian mutu pelayanan kesehatan tercakup pula kesempurnaan tata cara menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Mutu suatu pelayanan kesehatan dinilai baik apabila tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar serta kode etika profesi yang telah ditetapkan.

Untuk mengatasi adanya perbedaan pengertian kualitas, telah diperoleh kesepakatan bahwa dalam membicarakan masalah mutu pelayanan kesehatan, seyogyanya pedoman yang dipakai adalah hakikat dasar dari diselenggarakannya pelayanan kesehatan tersebut. Untuk ini mudah dipahami bahwa hakikat dasar yang dimaksud tidak lain 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 dapat tetap terpelihara.

Di era otonomi daerah saat ini, seharusnya pelayanan publik menjadi lebih responsif terhadap kepentingan publik, di mana paradigma pelayanan publik beralih dari pelayanan yang sifatnya sentralistik ke pelayanan yang lebih memberikan fokus pada pengelolaan yang berorientasi kepuasan pelanggan (*customer-driven government*) dengan ciri-ciri: (a) lebih memfokuskan diri pada fungsi pengaturan melalui berbagai kebijakan yang memfasilitasi berkembangnya kondisi kondusif bagi kegiatan pelayanan kepada masyarakat, (b) lebih memfokuskan diri pada pemberdayaan

masyarakat sehingga masyarakat mempunyai rasa memiliki yang tinggi terhadap fasilitas-fasilitas pelayanan yang telah dibangun bersama, (c) menerapkan sistem kompetisi dalam hal penyediaan pelayanan publik tertentu sehingga masyarakat memperoleh pelayanan yang berkualitas, (d) terfokus pada pencapaian visi, misi, tujuan dan sasaran yang berorientasi pada hasil (*outcomes*) sesuai dengan masukan yang digunakan, (e) lebih mengutamakan apa yang diinginkan oleh masyarakat, (f) memberi akses kepada masyarakat dan responsif terhadap pendapat dari masyarakat tentang pelayanan yang diterimanya, (g) lebih mengutamakan antisipasi terhadap permasalahan pelayanan, (h) lebih mengutamakan desentralisasi dalam pelaksanaan pelayanan, dan (i) menerapkan sistem pasar dalam memberikan pelayanan.

Telah disebutkan bahwa tujuan akhir yang ingin dicapai dari dilaksanakannya Program Menjaga Mutu adalah meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan. Untuk dapat mencapai tujuan ini diselenggarakanlah rangkaian kegiatan Program Menjaga Mutu yang terdiri dari menetapkan masalah, menetapkan penyebab masalah, menetapkan cara penyelesaian masalah, melaksanakan program penyelesaian masalah, melakukan penilaian hasil yang dicapai serta menyusun saran-saran tindak lanjut sehingga mutu pelayanan dapat lebih mantap dan atau ditingkatkan.

Agar tujuan akhir Program Menjaga Mutu ini dapat dicapai dengan memuaskan serta rangkaian kegiatannya dapat terlaksana dengan baik, banyak hal yang perlu diperhatikan. Salah satu diantaranya yang dipandang

mempunyai peranan yang cukup penting adalah pemahaman para pelaksana Program Menjaga Mutu terhadap mutu pelayanan. Diharapkan dengan adanya pemahaman tersebut bukan saja akan mempermudah para pelaksana dalam merumuskan tujuan, tetapi juga dalam melaksanakan rangkaian kegiatan Program Menjaga Mutu, terutama pada waktu menetapkan masalah mutu pelayanan kesehatan yang akan diselesaikan.

Karena sesungguhnya menetapkan masalah mutu pelayanan kesehatan hanya akan dapat dilakukan dengan baik apabila para pelaksana Program Menjaga Mutu memahami dengan lengkap apa yang dimaksud dengan mutu dalam pelayanan kesehatan. Dengan adanya pemahaman tersebut dapatlah dirumuskan masalah mutu pelayanan kesehatan tersebut, yang dalam hal ini penulis memaparkan.

Dibawah ini dikemukakan beberapa definisi mutu yang akan menambah pengertian dan wawasan kita tentang apa yang dimaksud mutu, adalah sebagai berikut:

- a. Mutu adalah gambaran total sifat dari suatu produk atau jasa pelayanan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk memberikan kebutuhan kepuasan (*American Society For Quality Control*).
- b. Mutu adalah "*Fitness for Use*", atau kemampuan kecocokan pengguna (J.M. Juran, 1974: 54).
- c. Mutu adalah kesesuaian terhadap permintaan persyaratan (*The Conformance of Requirements-philip B. Crosby ; 1979 : 30*).



Mutu yang bebas dari kekurangan dimana mutu yang lebih tinggi memungkinkan untuk:

- a. Mengurangi tingkat kesalahan
- b. Mengurangi pekerjaan ulang dan pemborosan
- c. Mengurangi kegagalan dilapangan, bebas garansi
- d. Mengurangi ketidak kepuasan pelanggan
- e. Mengurangi keharusan memeriksa dan menguji
- f. Memendekkan waktu guna melembar produk baru kepasar
- g. Tingkat hasil / kapasitas
- h. Meningkatkan kinerja pengiriman
- i. Dampak utama pada biaya
- j. Biasanya mutu lebih tinggi biayanya lebih sedikit

#### **b. Jaminan Mutu**

Suatu rangkaian kegiatan pelayanan kesehatan haruslah berdasarkan standar dan prosedur medis yang semestinya agar mutu pelayanan kesehatan tetap terjaga, ditinjau dari pandangan pemberi pelayanan kesehatan maupun kepuasan pasien. Menurut Lori Di Prete Brown dalam bukunya *Quality Assurance Of Health Care In Developing Countries* dimana *Program Quality Assurance (QA)* pada dasarnya mempunyai prinsip-prinsip sebagai berikut:

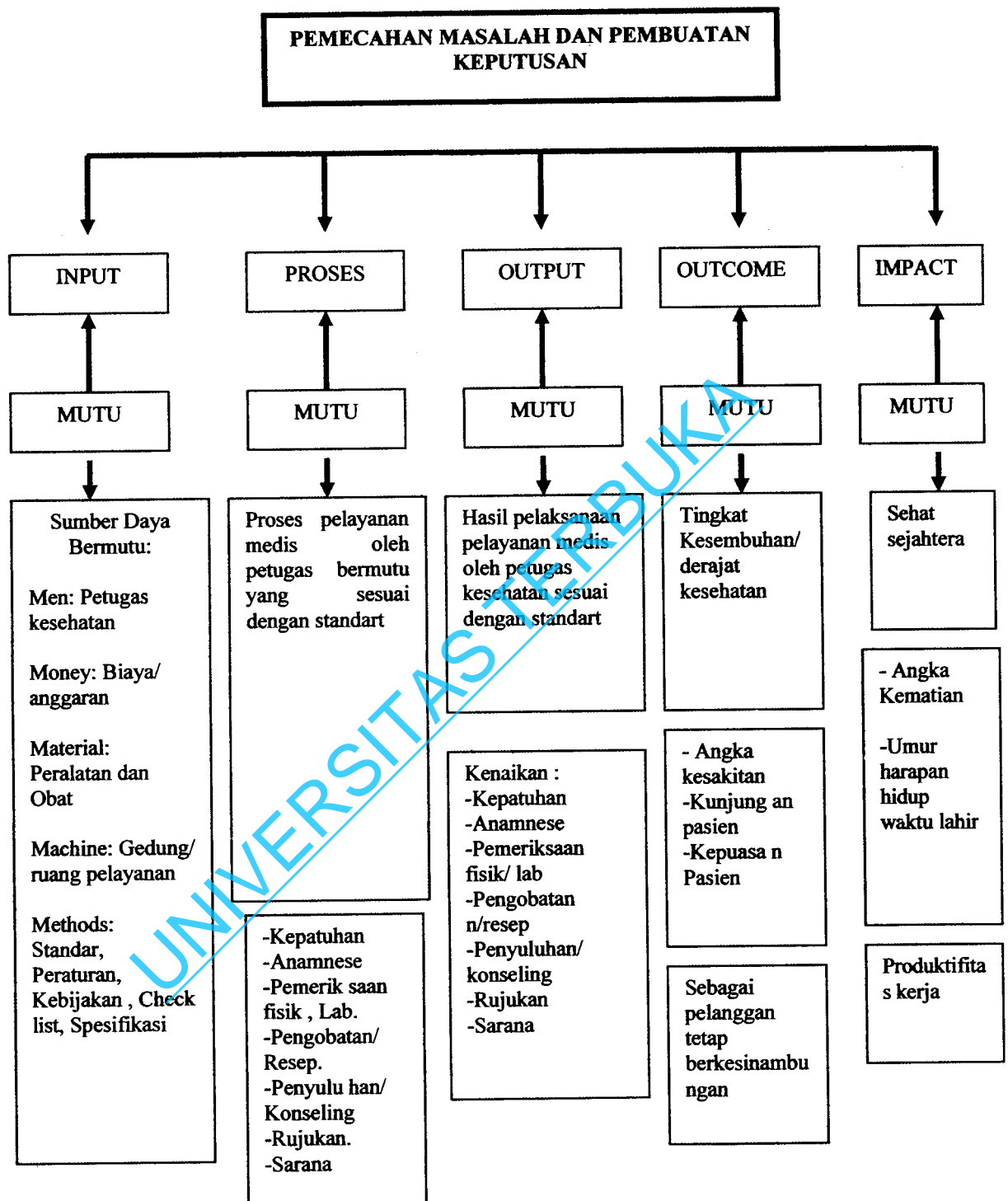
- a. *Quality Assurance* berorientasi ke depan untuk mempertemukan kebutuhan dan harapan pasien dan masyarakat; QA meminta komitmen untuk memenuhi kebutuhan, keinginan dan harapan pasien atau masyarakat. tim kesehatan (Dokter, Bidan dan Perawat dan lain-lain) bersama-sama masyarakat untuk mempertemukan tuntutan dan kebutuhan masyarakat akan pelayanan preventif.
- b. *Quality Assurance* memfokuskan pada sistem dan proses; QA berfokus pada analisa proses penyampaian atau pelaksanaan pelayanan, kegiatan-kegiatan dan tugas-tugas, demikian juga

*outcome*. Pendekatan QA mengikuti *provider* dan *manager* untuk mengembangkan secara mendalam suatu persoalan dan menuju ke akar penyebabnya. Dari pada hanya mengobati gejala-gejala permasalahan, QA mencari upaya penyelesaiannya. Dalam tahap pengembangannya program QA di rumah sakit dapat lebih lanjut dengan menganalisa proses untuk mencegah suatu persoalan sebelum muncul persoalan tersebut.

- c. *Quality Assurance* menggunakan data untuk menganalisis proses penyampaian pelayanan; suatu pendekatan konsultatif yang sederhana untuk mengatasi masalah dan monitoring adalah aspek yang penting dalam peningkatan mutu seperti analisis sebab akibat yang berdasar data dan fakta.
- d. *Quality Assurance* mendorong suatu pendekatan tim dalam pemecahan masalah dan peningkatan mutu; pendekatan partisipasi menawarkan dua keuntungan yakni : Pertama, hasil produk kemungkinan bermutu lebih tinggi karena masing-masing anggota tim membawakan prospektif dan wawasannya kepada upaya peningkatan mutu, Kedua, anggota tim kemungkinan lebih menerima dan mendukung dimana mereka membantu dalam pengembangannya.

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dengan program QA dapat kita lihat pada gambar 1:

Gambar 1.2 Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan dengan Program QA



Sumber : Mutu Pelayanan Kesehatan (Djoko Wiyono 1999:80)

### c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Pelayanan

Wyckof (Tjiptono,1996:12) mengemukakan bahwa terdapat dua faktor utama yang mempengaruhi kualitas pelayanan yaitu pelayanan jasa yang diharapkan dan jasa pelayanan yang dirasakan atau diterima. Apabila jasa yang diterima atau yang dirasakan sesuai dengan harapan maka kualitas pelayanan dipersepsikan baik dan memuaskan. Jika jasa pelayanan yang diterima melampaui harapan pelanggan maka kualitas jasa pelayanan dipersepsikan sebagai kualitas yang ideal. Sebaliknya jika jasa yang diterima lebih rendah dari pada yang diharapkan maka kualitas jasa pelayanan dipersepsikan buruk. Dengan demikian baik tidaknya kualitas pelayanan jasa tergantung pada kemampuan penyedia jasa pelayanan dalam memenuhi harapan pelangganya secara konsisten.

Berikut dikemukakan berbagai perspektif kualitas sebagaimana dikemukakan Garvin (dalam bukunya Tjiptono, 2002:51), menjelaskan 5 perspektif yang dapat digunakan untuk memahami kualitas:

1. Transcendental approach, Dalam pendekatan ini, kualitas dipandang sebagai *innate excellence* dimana kualitas dapat dirasakan atau diketahui, tetapi sulit didefinisikan dan dioperasionalkan. Sudut pandang ini biasanya diterapkan di dunia seni musik, drama, tari dan seni rupa.
2. Product – based approach, Pendekatan ini menganggap bahwa kualitas merupakan karakteristik atau atribut yang dapat dikuantifikasikan dan dapat diukur. Perbedaan dalam kualitas mencerminkan perbedaan dalam jumlah beberapa unsur atau atribut yang dimiliki produk. Karena pandangan ini sangat obyektif maka dapat menjelaskan perbedaan dalam selera, kebutuhan dan preferensi individu.
3. User – based approach, Pendekatan ini didasarkan pada pemikiran bahwa kualitas tergantung pada orang yang memandangnya, sehingga produk yang paling memuaskan preferensi seseorang merupakan produk yang berkualitas paling tinggi. Kualitas dalam perspektif pelanggan satu dengan lainnya dapat berbeda sesuai dengan preferensi individu masing-masing.
4. Manufacturing – based approach, Perspektif ini bersifat *supply-based* dan terutama memperhatikan praktik-praktik perkerjasama dan

pemanufakturan, serta mendefinisikan kualitas sebagai kesesuaian dengan persyaratan (*conformance to requirements*).

5. *Value – based approach*, Pendekatan ini memandang kualitas dari segi nilai dan harga. Dengan mempertimbangkan *trade-off* antara kinerja dengan harga, kualitas didefinisikan sebagai “*affordable excellence*”.

#### d. Azas-azas Pelayanan Publik

Selanjutnya Keputusan MENPAN Nomor 63 Tahun 2004 menyatakan bahwa hakikat pelayanan publik adalah pemberian pelayanan prima kepada masyarakat yang merupakan perwujudan kewajiban aparatur pemerintah sebagai abdi masyarakat.

Adapun azas-azas Pelayanan Publik menurut Keputusan MENPAN Nomor 63 Tahun 2004 adalah sebagai berikut:

- a. *Transparansi*, bersifat terbuka, mudah dan dapat diakses oleh semua pihak yang membutuhkan dan disediakan secara memadai serta mudah dimengerti.
- b. *Akuntabilitas*, dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.
- c. *Kondisional*, sesuai dengan kondisi dan kemampuan pemberi dan penerima pelayanan dengan tetap berpegang pada prinsip efisiensi dan efektifitas.
- d. *Partisipatif*, mendorong peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik dengan memperhatikan aspirasi, kebutuhan dan harapan masyarakat.
- e. *Kesamaan Hak*, tidak diskriminatif dalam arti tidak membedakan suku, ras, agama, golongan, gender, dan status ekonomi.

Prinsip-prinsip pelayanan publik itu sendiri harus mengandung unsur-unsur : kesederhanaan, kejelasan, kepastian waktu, akurasi, keamanan, tanggung jawab, kelengkapan sarana dan prasarana, kemudahan akses, kedisiplinan, kesopanan, dan keramahan, serta keamanan. Selanjutnya Standar Pelayanan Publik menurut Keputusan MENPAN No: 63 Tahun 2004 sekurang-kurangnya meliputi :

- a. Prosedur pelayanan yang dibakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan termasuk pengaduan.
- b. Waktu Penyelesaian yang ditetapkan sejak saat pengajuan permohonan sampai dengan penyelesaian pelayanan termasuk pengaduan.
- c. Biaya pelayanan termasuk rinciannya yang ditetapkan dalam proses pemberian pelayanan.
- d. Produk pelayanan yang akan diterima sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.
- e. Sarana dan prasarana pelayanan yang memadai oleh penyelenggaraan pelayanan publik.
- f. Kompetensi petugas pemberi pelayanan harus ditetapkan dengan tepat berdasarkan pengetahuan, keahlian, ketrampilan, sikap dan perilaku yang dibutuhkan.

**e. Pelayanan Kesehatan Yang Berkualitas**

Dari pengertian mutu pelayanan kesehatan sebagaimana dikemukakan di atas, dapatlah dirumuskan batasan pelayanan kesehatan yang bermutu. Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai penduduk, serta yang penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.

Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar dan kode etik profesi, meskipun diakui tidak mudah, namun masih dapat diupayakan, karena untuk ini memang telah ada tolok ukur, yakni rumusan standar serta kode etik profesi yang pada umumnya telah dimiliki oleh setiap negara. Standar dan kode etik profesi, pada dasarnya merupakan kesepakatan antar warga profesi sendiri, dan karenanya wajib sifatnya untuk dipakai sebagai pedoman dalam menyelenggarakan setiap kegiatan profesi, termasuk pelayanan kesehatan.

Tetapi akan bagaimanakah halnya untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan ? Sekalipun aspek kepuasan tersebut telah dibatasi, yakni hanya yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk yang menjadi sasaran utama pelayanan kesehatan tersebut, namun karena ruang lingkup kepuasan memang bersifat sangat luas, menyebabkan upaya untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu tidaklah semudah yang diperkirakan.

### **3. Kepuasan Pelanggan**

#### **a. Pengertian Kepuasan Pelanggan**

Pelanggan adalah satu-satunya alasan eksistensi suatu perusahaan, karena keberadaan suatu perusahaan ditentukan bukan oleh kualitas yang melekat pada produk barang atau jasa yang dihasilkan, namun ditentukan oleh kemampuan produk barang atau jasa tersebut dalam memenuhi kebutuhan pelanggan (Kotler dan Clarke, 1987). Kelompok pelanggan dalam rumah sakit dibagi sebagai berikut:

- a. **Pasien.** Pasien adalah kelompok pelanggan pertama dan terutama yang memegang peranan dari suksesnya sebuah organisasi pelayanan kesehatan. Terdapat beberapa alasan mengapa rumah sakit harus memperhatikan persepsi pasien dan kepuasan pasien dalam memberikan pelayanan kesehatan, yaitu faktor kemanusiaan, di mana pasien datang dengan rasa cemas, sakit dan gelisah, sehingga pelayanan yang baik sangat meningkatkan kepuasan mereka. Faktor ekonomi, mereka akan

menuntut nilai dan manfaat atas uang yang telah mereka keluarkan. Faktor pemasaran, mereka akan menyebarkan informasi dari mulut ke mulut. Faktor, efisiensi, pasien yang puas akan lebih mudah dilayani, pasien yang tidak puas akan menyita waktu lebih banyak.

- b. Pengunjung. Pengunjung adalah pelanggan kunci yang kedua setelah pasien, karena mereka yang pertama kali berhadapan dengan fasilitas, pegawai, dan umumnya keberadaan dan kepentingan mereka ingin dihargai.
- c. Dokter. Dokter adalah pelanggan langsung ketika mereka melayani pasien di rumah sakit dan berinteraksi dengan pegawai rumah sakit dan sistem dalam proses pelayanan. Pelanggan tidak langsung ketika mereka merujuk pasien ke rumah sakit untuk melakukan tes, prosedur atau konsultasi dengan dokter lain.
- d. Pegawai. Pegawai adalah pelanggan internal, dimana mereka akan menyebarkan informasi tentang rumah sakit di antara komunitas mereka, keluarga dan teman-teman.
- e. Pihak penjamin. Pihak penjamin adalah umumnya mencari hasil pelayanan yang maksimum dengan biaya yang serendah mungkin.

Kepuasan pelanggan merupakan keadaan yang dirasakan seseorang baik menyenangkan atau mengecewakan. Kepuasan adalah hasil dari membandingkan apa yang diterima pelanggan dengan apa yang diharapkan (Kotler, 2000).



Sedangkan Linder Pelz (dalam Krowinski dan Steiber) menyatakan bahwa kepuasan pasien adalah evaluasi positif dari dimensi pelayanan yang beragam. Pelayanan yang dievaluasi dapat berupa sebagian kecil dari pelayanan, misalkan salah satu jenis pelayanan dari serangkaian pelayanan rawat jalan atau rawat inap, semua jenis pelayanan yang diberikan untuk menyembuhkan seorang pasien sampai dengan sistem pelayanan secara menyeluruh di dalam rumah sakit.

Selanjutnya menurut Irawan (2004), terdapat lima faktor pendorong kepuasan pelanggan, yang pertama adalah kualitas produk, kedua adalah harga. Bagi pelanggan yang sensitif, harga murah adalah sumber kepuasan yang penting, karena mereka akan mendapatkan nilai uang yang tinggi. Ketiga adalah *service quality*, yang bergantung pada tiga hal yaitu sistem, manusia, dan teknologi dimana faktor manusia memegang kontribusi yang sangat besar. Keempat adalah faktor emosional sedang kelima adalah kemudahan untuk mendapatkan produk atau jasa tersebut.

Menurut pendapat saya kepuasan pelanggan adalah perasaan seseorang baik yang menyenangkan atau tidak dalam rangka mendapatkan bantuan baik berupa produk atau jasa dari sebuah dimensi suatu unit pelayanan yang diberikan.

Untuk mengatasi masalah yang seperti ini, telah disepakati bahwa pembahasan tentang kepuasan pasien yang dikaitkan dengan mutu pelayanan kesehatan, bukanlah pembahasan yang bersifat luas, melainkan mengenal paling tidak dua pembatasan:

a. Pembatasan pada Derajat Kepuasan Pasien

Pembatasan pertama yang telah disepakati adalah yang menyangkut derajat kepuasan pasien. Untuk menghindari adanya unsur subjektivitas yang dapat mempersulit pelaksanaan Program Menjaga Mutu, ditetapkanlah bahwa yang dimaksud dengan kepuasan di sini, sekalipun tetap individu, tetapi ukuran yang tingkat kepuasan rata-rata penduduk yang menjadi sasaran utama institusi kesehatan. Dengan perkataan luas lain, mutu suatu pelayanan kesehatan dinilai baik, apabila pelayanan kesehatan yang diselenggarakan tersebut dapat menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk yang menjadi sasaran utama pelayanan kesehatan tersebut.

b. Pembatasan pada Upaya yang Dilakukan

Pembatasan kedua yang telah disepakati adalah yang menyangkut upaya yang dilakukan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien. Untuk melindungi kepentingan pemakai jasa pelayanan kesehatan, yang pada umumnya awam terhadap tindakan kedokteran (*patient ignorancy*) ditetapkanlah upaya yang standar pelayanan profesi. Suatu pelayanan kesehatan, sekalipun dinilai dapat memuaskan pasien, tetapi apabila penyelenggaraannya tidak sesuai dengan standar serta kode etik profesi, bukanlah pelayanan kesehatan yang bermutu. Dengan perkataan lain, dalam rumusan pengertian mutu pelayanan kesehatan tercakup pula kesempurnaan tata cara menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Mutu

suatu pelayanan kesehatan dinilai baik apabila tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar serta kode etika profesi yang telah ditetapkan.

Selanjutnya Berdasarkan prinsip pelayanan sebagaimana telah ditetapkan dalam Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63/KEP/M.PAN/7/2003 terdapat 14 (empat belas unsur) yang *relevan, valid, dan reliable* sebagai unsur minimal yang harus ada sebagai dasar pengukuran indeks kepuasan masyarakat adalah sebagai berikut:

1. Prosedur pelayanan
2. Persyaratan Pelayanan.
3. Kejelasan Petugas Pelayanan
4. Kedisiplinan Petugas Pelayanan
5. Tanggung Jawab Petugas Pelayanan
6. Kemampuan Petugas Pelayanan
7. Kecepatan Pelayanan
8. Keadilan mendapatkan pelayanan.
9. Kesopanan dan Keramahan Petugas
10. Kewajaran Biaya Pelayanan
11. Kepastian Biaya Pelayanan
12. Kepastian Jadwal Pelayanan
13. Kenyamanan Lingkungan
14. Keamanan Pelayanan.

Sesungguhnya, seperti juga mutu pelayanan, dimensi kepuasan pasien sangat bervariasi sekali. Secara umum dimensi kepuasan tersebut dapat dibedakan atas dua macam :

1. Kepuasan yang mengacu hanya pada penerapan standar dan kode etik profesi.

Di sini ukuran kepuasan pemakai jasa pelayanan kesehatan terbatas hanya pada kesesuaian dengan standar serta kode etik profesi saja. Suatu pelayanan

kesehatan disebut sebagai pelayanan kesehatan yang bermutu apabila penerapan standar dan kode profesi dapat memuaskan pasien.

Dengan pendapat ini, maka ukuran-ukuran pelayanan kesehatan yang bermutu hanya mengacu pada penerapan standar serta etik profesi yang baik saja. Ukuran-ukuran yang dimaksud pada dasarnya mencakup penilaian terhadap kepuasan pasien mengenai .(dalam Azwar, 1996.A : hal 31 sd 36)

a. Hubungan Dokter-Pasien ( *Dokter-Patient Relationship*)

Terbinanya hubungan dokter-pasien yang baik, adalah salah satu dari kewajiban etik. Untuk dapat terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, hubungan dokter-pasien yang baik ini harus dapat dipertahankan. Adalah amat diharapkan setiap dokter dapat dan bersedia memberikan perhatian yang cukup kepada pasiennya secara pribadi, menampung dan mendengarkan semua keluhan, serta menjawab dan memberikan keterangan yang sejelas-jelasnya tentang segala hal ingin diketahui oleh pasien.

b. Kenyamanan Pelayanan (*Amenities*)

Mengupayakan terselenggaranya pelayanan yang nyaman, adalah salah satu dari kewajiban etik. Untuk dapat terselenggaranya pelayanan yang bermutu, suasana pelayanan yang nyaman tersebut harus dapat dipertahankan. Kenyamanan yang dimaksud di sini tidak hanya yang menyangkut fasilitas yang disediakan, tetapi yang terpenting lagi yang

menyangkut sikap serta tindakan para pelaksana ketika menyelenggarakan pelayanan kesehatan.

c. Kebebasan Melakukan Pilihan (*Choice*)

Memberikan kebebasan kepada pasien untuk memilih serta menentukan pelayanan kesehatan, adalah salah satu dari kewajiban etik. Suatu pelayanan kesehatan disebut bermutu apabila kebebasan memilih ini dapat diberikan, dan karena itu harus dapat dilaksanakan oleh atas penyelenggara pelayanan kesehatan.

d. Pengetahuan dan Kompetensi Teknis (*Scientific Knowledge and Technical Skill*)

Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang didukung oleh pengetahuan dan kompetensi teknis bukan saja merupakan bagian dari kewajiban etik, tetapi juga merupakan prinsip pokok penerapan standar pelayanan profesi. Secara umum disebutkan makin tinggi tingkat pengetahuan dan kompetensi teknis tersebut maka makin tinggi pula mutu pelayanan kesehatan.

e. Efektifitas Pelayanan (*Effectiveness*)

Sama halnya dengan pengetahuan dan kompetensi teknis, maka efektifitas pelayanan juga merupakan bagian dari kewajiban etik serta prinsip pokok penerapannya standar pelayanan profesi. Secara umum disebutkan, makin efektif pelayanan kesehatan tersebut, makin tinggi pula mutu pelayanan kesehatan.

f. Keamanan Tindakan (*Safety*)

Keamanan tindakan adalah juga bagian dari kewajiban etik serta prinsip pokok penerapan standar pelayanan profesi. Untuk dapat terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, aspek keamanan tindakan ini haruslah diperhatikan. Pelayanan kesehatan yang membahayakan pasien, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik, dan karena itu tidak boleh dilakukan.

2. Kepuasan yang Mengacu pada Penerapannya Semua Persyaratan Pelayanan Kesehatan

Di sini, ukuran kepuasan pemakai jasa pelayanan kesehatan dikaitkan dengan penerapannya semua persyaratan pelayanan kesehatan. Suatu pelayanan kesehatan disebut sebagai pelayanan kesehatan yang bermutu apabila penerapannya semua persyaratan pelayanan kesehatan dapat memuaskan pasien.

Dengan pendapat ini, mudahlah dipahami bahwa ukuran-ukuran pelayanan kesehatan yang bermutu lebih bersifat luas, karena di dalamnya tercakup penilaian terhadap kepuasan pasien mengenai :

a. Ketersediaan Pelayanan Kesehatan (*Available*)

Untuk dapat menimbulkan kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan, banyak syarat yang harus dipenuhi. Untuk satu di antaranya yang dinilai mempunyai peranan yang cukup penting adalah ketersediaan pelayanan kesehatan tersebut. Bertitik tolak dari pendapat yang seperti ini, dan karena kepuasan mempunyai hubungan yang erat dengan mutu pelayanan, maka



sering disebutkan bahwa suatu pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan kesehatan tersebut tersedia di masyarakat.

b. Kewajaran Pelayanan Kesehatan (*Appropriate*)

Syarat lain yang harus dipenuhi untuk dapat menimbulkan kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan adalah kewajaran pelayanan kesehatan. Sama halnya dengan ketersediaan, yang mengkaitkan aspek kepuasan dengan mutu pelayanan, maka suatu pelayanan kesehatan disebut bermutu apabila pelayanan tersebut bersifat wajar, dalam arti dapat mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi.

c. Kesenambungan Pelayanan Kesehatan (*Continue*)

Kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan juga ditentukan oleh kesinambungan pelayanan kesehatan. Karena kepuasan mempunyai hubungan yang erat dengan mutu pelayanan, maka aspek kesinambungan ini juga turut diperhitungkan sebagai salah satu syarat pelayanan kesehatan yang bermutu. Secara umum disebutkan, pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan tersebut bersifat berkesinambungan, dalam arti tersedia setiap saat, baik menurut waktu dan atau pun kebutuhan pelayanan kesehatan.

d. Penerimaan Pelayanan Kesehatan (*Acceptable*)

Dapat diterima atau tidaknya pelayanan kesehatan sangat menentukan puas atau tidaknya pasien terhadap pelayanan kesehatan. Dengan demikian untuk dapat menjamin munculnya kepuasan yang terkait dengan mutu pelayanan, maka pelayanan kesehatan tersebut harus dapat diupayakan sehingga dapat

diterima oleh pemakai jasa pelayanan. Dengan perkataan lain suatu pelayanan kesehatan dinilai sebagai bermutu apabila pelayanan kesehatan tersebut dapat diterima oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan.

e. Ketercapaian Pelayanan Kesehatan (*Accesible*)

Pelayanan Kesehatan yang lokasinya terlalu jauh dari daerah tempat tinggal tentu tidak mudah dicapai. Apabila keadaan ini sampai terjadi, tentu tidak akan memuaskan pasien. Dalam kaitan ini karena kepuasan ada hubungannya dengan mutu pelayanan, maka disebutkan suatu pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan tersebut dapat dicapai oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan itu.

f. Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan (*Affordable*)

Pelayanan Kesehatan yang terlalu mahal tidak akan dapat dijangkau oleh semua pemakai jasa pelayanan kesehatan, dan karenanya tidak akan memuaskan pasien. Sebagai jalan keluarnya, disarankan perlunya mengupayakan pelayanan kesehatan yang biayanya sesuai dengan kemampuan pemakai jasa pelayanan itu. Karena keterjangkauan pelayanan kesehatan erat hubungannya dengan kepuasan pasien, dan kepuasan pasien berhubungan dengan mutu pelayanan, maka suatu pelayanan kesehatan disebut sebagai bermutu apabila pelayanan tersebut dapat dijangkau oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan.

g. Efisiensi Pelayanan Kesehatan (*Efficient*)

Efisiensi pelayanan telah diketahui mempunyai hubungan yang erat dengan kepuasan pemakai jasa pelayanan. Dengan demikian untuk menimbulkan kepuasan tersebut, perlu diupayakan peningkatan efisiensi pelayanan. Karena puas atau tidaknya pemakai jasa pelayanan mempunyai kaitan yang erat dengan baik atau tidaknya mutu pelayanan, maka suatu pelayanan kesehatan disebut sebagai bermutu apabila pelayanan tersebut dapat diselenggarakan secara efisien.

h. Mutu Pelayanan Kesehatan (*Quality*)

Mutu pelayanan kesehatan yang dimaksudkan penyakit serta keamanan tindakan, yang apabila berhasil diwujudkan pasti akan memuaskan pasien. Bertitik tolak dari pendapat adanya kaitan antara mutu dengan kepuasan, maka suatu pelayanan kesehatan disebut sebagai bermutu apabila pelayanan tersebut dapat menyembuhkan pasien serta tindakan yang dilakukan aman.

Jika dibandingkan kedua kelompok dimensi kepuasan ini segera terlihat bahwa dimensi kepuasan yang kedua bersifat ideal. Sesungguhnya menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang memuaskan pasien, tidaklah semudah yang diperkirakan.

Sebaiknya untuk mengatasi masalah ini, lazimnya diterapkan prinsip-prinsip kepuasan yang terkombinasi secara selektif, dalam arti penerapannya dimensi kepuasan kelompok pertama dilakukan secara optimal sedangkan penerapan dimensi kepuasan kedua dilakukan secara selektif, yakni hanya yang sesuai

dengan kebutuhan serta kemampuan saja. Bruce ( dalam Azwar , 1996 : 36 ) tentang enam unsur dasar pelayanan keluarga berencana yang bermutu misalnya, adalah contoh dari penerapannya prinsip kombinasi yang selektif tersebut. Pengelompokan keenam unsur dasar ini menurut dimensi kepuasan pasien dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Kepuasan yang Mengacu pada Penerapan Kode Etik serta Standar Pelayanan Profesi

Keenam unsur dasar yang dikemukakan Bruce, Lima unsur dasar yang pertama yakni pilihan terhadap metoda, informasi yang disampaikan kepada klien, kemampuan teknis para penyelenggara pelayanan, hubungan pribadi antara penyelenggara pelayanan dengan klien serta mekanisme pelayanan tindak lanjut, mengacu pada penerapan standar dan kode etik profesi. Sesungguhnya pemenuhan kelima unsur dasar ini sangat terkait dengan penerapannya standar dan kode etik profesi, yang apabila dapat dilakukan dengan baik, pasti akan dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan kesehatan.

Contohnya untuk pilihan terhadap metoda misalnya, adalah merupakan kewajiban etis bagi setiap penyelenggara pelayanan kesehatan untuk menawarkan pelbagai alternatif pilihan kepada pasiennya. Pelayanan kesehatan yang tidak membuka alternatif pilihan, bukanlah pelayanan yang etis, dan karenanya sulit dinilai sebagai pelayanan kesehatan yang bermutu. Hal yang sama juga ditemukan pada penyampaian informasi

kepada klien serta hubungan yang baik antara penyelenggara pelayanan dengan klien, yang keduanya juga merupakan kewajiban etis dan karenanya harus dilaksanakan oleh setiap penyelenggara pelayanan.

Kemampuan teknis dan pengaturan mekanisme pelayanan tindak lanjut, terkait dengan penerapan standar profesi, yang juga harus dipatuhi oleh setiap penyelenggara pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang kemampuan teknis pelaksanaannya serta mekanisme pelayanan tindak lanjutnya tidak sesuai dengan standar profesi, bukanlah pelayanan kesehatan yang bermutu dan karena itu haruslah dihindari.

## 2. Kepuasan yang Mengacu pada Penerapannya Semua Persyaratan Pelayanan Kesehatan Yang Baik

Keenam unsur dasar yang dikemukakan Bruce, unsur dasar yang terakhir yakni konstelasi pelayanan, mengacu pada penerapannya persyaratan pelayanan kesehatan, yang dalam hal ini adalah persyaratan dapat dicapai (*accessible*) serta dijangkaunya (*affordable*) pelayanan tersebut. Karena memanglah yang dimaksud dengan konstelasi pelayanan di sini adalah mengupayakan agar pelayanan tersebut dapat dicapai serta dijangkau oleh para pemakai jasa pelayanan yang apabila berhasil dilaksanakan pasti akan dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan kesehatan.

Banyak pihak yang telah menerapkan prinsip kombinasi yang selektif tersebut, namun disadari bahwa banyak dari upaya pemenuhan persyaratan pelayanan kesehatan sebenarnya merupakan tanggung jawab

pemerintah, serta sebagian dari manfaat yang ingin dicapai dari penerapannya persyaratan pelayanan telah tercakup dalam standar dan kode etik profesi, maka dalam praktik sehari – hari terutama untuk kepentingan para pelaksana pelayanan kesehatan (*health providers*), pengertian yang dianut sering dibatasi hanya pada penerapannya kode etik serta standar pelayanan profesi saja.

Dengan mengupayakan terselenggaranya pelayanan kesehatan yang wajar (*appropriate*), berkesinambungan (*continue*), dapat diterima (*acceptable*), bermutu (*quality*), serta efisien (*efficient*), yang merupakan bagian dari persyaratan pelayanan kesehatan, pada dasarnya juga merupakan bagian dari kewajiban etis. Dengan perkataan lain, kelima persyaratan ini juga akan dapat dicapai apabila kode etik profesi dapat diterapkan dengan baik.

Dengan demikian, mudah dipahami untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, yang perlu diperhatikan hanyalah mengupayakan agar kode etik serta standar pelayanan profesi dapat diterapkan dengan sebaik-baiknya. Penerapan yang dimaksudkan di sini tidak hanya yang memuaskan para pelaksana pelayanan kesehatan, tetapi yang terpenting bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan.

Dengan perkataan lain, merupakan kewajiban bagi setiap pelaksana pelayanan kesehatan untuk dapat menerapkan kode etik serta standar pelayanan profesi yang mengacu pada kepuasan pasien. Apabila

kewajiban ini dapat dilaksanakan, dapat diharapkan terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, yakni pelayanan kesehatan yang penerapannya standar dan kode etik profesinya dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan kesehatan.

#### **b. Pelayanan Rawat Inap**

Pelayanan rawat inap merupakan yang harus ada di rumah sakit mempunyai pengertian sebagai pelayanan terhadap pasien masuk rumah sakit yang menempati tempat tidur perawatan untuk keperluan observasi, diagnosa, etrapi, rehabilitasi medik dan atau pelayanan medik lainnya.

Menurut Suprpto dalam Aditama (2004), pelayanan rawat inap merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada penderita yang berlangsung selama lebih dari 24 jam.

Klasifikasi pasien rawat inap yang datang ke rumah sakit dibagi berdasarkan cara pembayaran, kedatangan, dan cara masuk. Berdasarkan cara pembayaran pasien dibagi menjadi pasien jaminan preusan, asuransi atau bayar sendiri. Berdasarkan kedatangan dibagi menjadi kunjungan baru dan kunjungan lama, sedangkan cara masuk pasien dari poliklinik, unit gawat darurat, rujukan atau datang sendiri.

Pelayanan rawat inap meliputi penerimaan pasien (*admision*), pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan perawatan, pelayanan obat, pelayanan makanan, dan pelayanan administrasi keuangan sedangkan componen rawat inap meliputi orang, alat, bangunan, tindakan medis, pemeriksaan diagnostik,



obat dan alat kesehatan serta kenyamanan. Pelayanan tersebut hádala sebagai berikut:

a. Pelayanan Penerimaan Pasien

Kegiatan ini sering kali disebut sebagai bagian *admission* rumah sakit, merupakan kegiatan yang Sangay penting oleh karena sebagai ujung tombak pelayanan rawat inap. Bagian ini mempunyai tanggungjawab pendaftaran para penerimaan pasien, penerimaan pasien, dan penentuan ruang perawatan.

b. Pelayanan Medik

Pelayanan medik merupakan pelayanan utama rumah sakit yang lebih bersifat fungsional dan destralisasi sesuai ciri tenaga profesional yang bekerja dalam pelayanan tersebut. Pelayanan medik dilakukan oleh tenaga profesional dan menjadi wewenang dan hak otonomi tenaga tersebut seperti yang tercantum dalam kode etik kedokteran, dimana pihak luar yang tidak terlibat secara langsung dalam pelayanan tersebut tidak dapat mencampurinya.

c. Pelayanan Keperawatan

Pelayanan keperawatan rawat inap merupakan pelayanan yang dilakukan oleh tenaga perawat profesional untuk membantu pasien rawat inap mencapai kesembuhan penyakitnya. Pelayanan ini tidak hanya memberikan bantuan fisik saja, tetapi menyiapkan agar pasien dapat mandiri dan mencapai kesejahteraannya.

d. Pelayanan Penunjang Medik

Pelayanan penunjang medik sering diperlukan untuk menegakkan diagnosis pasien. Pelaksanaan pelayanan ini tergantung dari kebijaksanaan dan prosedur.

Perkembangan Ilmu dan teknologi mengakibatkan berkembang pula macam dan jenis peralatan penunjang medik, sehingga saat ini banyak terdapat alat-alat canggih di rumah sakit yang memerlukan Baraya investasi yang Sangay tinggi. Fungsi pelayanan penunjang medik adalah memuaskan pasien, memuaskan dokter, memberikan pelayanan yang bersaing, mampu memberikan harga yang kompetitif, dapat meminimalkan gangguan dan kerusakan yang merugikan.

e. Pelayanan Makanan

Pelayanan makanan di rumah sakit biasanya dilaksanakan oleh bagian Gizo rumah sakit yang dikelola secara profesional oleh tenaga ahli Gizo. Pengelolaan makanan di rumah sakit mempunyai keterbatasan dalam pemenuhan keinginan pasien akan keragaman makanan yang boleh dikonsumsi sehubungan dengan penyakit yang dideritanya.

f. Pelayanan Obat

Pelayanan obat pasien rawat inap diselenggarakan oleh apoteker yang berpengalaman cukup, terdaftar serta mempunyai izan praktek dari pemerintah. Pelayanan ini dilaukan dan diatur sedemikian rupa sehingga terselenggara pelayanan yang efisien, bermutu dan tetap berdasarkan fasilitas serta estándar pelayanan yang ada.

g. Pelayanan Administrasi Keuangan

Pada bagian ini dilakukan prosedur penerimaan uang muka perawatan, penagihan berkala, dan penyelesaian rekening, kuitansi harus dibuat terinci atas biaya pengobatan, pemeriksaan, dan perawatan yang diperoleh pasien. Perbaikan mekanisme administrasi keuangan yang lengkap, akurat, dan tepat waktu akan

meningkatkan mutu pelayanan administrasi keuangan dan akhirnya akan meningkatkan kepuasan pasien.

Sebuah rumah sakit akan dipertimbangkan oleh konsumen sebagai rumah sakit pilihan apabila atribut atau manfaat yang ditawarkan oleh rumah sakit tersebut yang mampu memberi kepuasan yang lebih tinggi dibandingkan dengan rumah sakit lain.

Seperti yang dikemukakan Ireland (1985) yang dikutip oleh Wijono (1999), bahwa ada tujuh hal yang dipertimbangkan oleh konsumen dalam memilih rumah sakit, yaitu:

1. *Care*, meliputi kemampuan yang dimiliki rumah sakit seperti peralatan yang canggih, fasilitas modern, sistem manajemen yang baik dan karyawan yang bermutu.
2. *Caring*, berkaitan dengan penyampaian pelayanan, sikap yang ramah, dan simpatik pada pasien.
3. *Comfort*, berhubungan dengan sifat-sifat hotel, seperti pelayanan makanan, fasilitas ruangan rawat inap.
4. *Convenience*, merupakan kemudahan untuk dapat masuk ke rumah sakit, penjadwalan waktu pelayanan dan jam kunjungan.
5. *Curative*, yaitu kemampuan rumah sakit untuk membantu mengupayakan kesembuhan bagi pasiennya atau yang dapat menyelamatkan jiwa pasiennya.
6. *Cope*, yaitu hal-hal yang dapat membantu pasien menyesuaikan diri dengan sakit yang dideritanya.
7. *Cost*, merupakan efisiensi dalam penyelenggaraan administrasi.

Dapat disimpulkan bahwa pada pelayanan kesehatan yang memahami bagaimana konsumen berinteraksi terhadap berbagai produk yang dikeluarkannya, seperti harga, kemasan yang dipakai, daya tarik lainnya seperti biaya, kenyamanan pada saat pelayanan diberikan, keramahan para dokter, perawat dan petugas lainnya akan meningkatkan daya saing terhadap pelayanan kesehatan sejenisnya.

### c. Demensi Kepuasan Pelanggan

Kualitas suatu pelayanan dapat diukur dengan indikator-indikator seperti yang diungkapkan oleh Zeithaml, Parasuraman, & Berry seperti yang kutip oleh Ratmiko dan Atik Septi Winarsih (2005: 175) yakni :

- a. *Tangible* atau ketampakan fisik, artinya petampakan fisik dari gedung, peralatan, pegawai, dan fasilitas-fasilitas lain yang dimiliki oleh *providers*.
- b. *Reliability* atau realibilitas adalah kemampuan untuk menyelenggarakan pelayanan yang dijanjikan secara akurat.
- c. *Responsiveness* atau responsivitas adalah kerelaan untuk menolong *customers* dan menyelenggarakan pelayanan secara ikhlas.
- d. *Assurance* atau kepastian adalah pengetahuan dan kesopanan para pekerja dan kemampuan mereka dalam memberikan kepercayaan kepada *customers*.
- e. *Empathy* adalah perlakuan atau perhatian pribadi yang diberikan oleh *providers* kepada *customers*.

Menurut A.S. Moenir dalam buku Manajemen Pelayanan Umum di Indonesia, kualitas pelayanan dalam rangka memenuhi kepuasan pelanggan dalam

hal ini adalah si pasien maka, kualitas pelayanan itu dapat di tentukan oleh faktor-faktor yakni :

- a. Adanya kemudahan dalam pengurusan kepentingan dengan pelayanan yang cepat dalam arti tanpa hambatan yang kadang-kadang dibuat oleh petugas pelayanan.
- b. Meperoleh pelayanan secara wajar tanpa gerutu, sindiran atau untaian kata-kata lain yang mengarah pada permintaan sesuatu baik alasan untuk dinas atau kesejahteraan.
- c. Mendapat pelayanan yang sama dalam pelayanan terhadap kepentingan yang sama, tertib dan tidak pilih kasih.
- d. Pelayanan yang jujur dan terus terang.

Batasan tentang mutu pelayanan banyak macamnya. Beberapa diantaranya yang dipandang cukup penting adalah :(Azwar,1996 A:23sd27)

- a. Mutu adalah tingkat kesempurnaan dari penampilan sesuatu yang sedang diamati.
- b. Mutu adalah sifat yang dimiliki oleh suatu program.
- c. Mutu adalah totalitas dari wujud serta ciri dari suatu barang atau jasa yang dihasilkan, yang didalamnya terkandung sekaligus pengertian akan adanya rasa aman dan / atau terpenuhinya kebutuhan para pengguna barang atau jasa yang dihasilkan tersebut.
- d. Mutu adalah ke patuhan terhadap standar yang telah ditetapkan.

Dari batasan ini, dapat dipahami bahwa mutu pelayanan hanya dapat diketahui apabila sebelumnya telah dilakukan dahulu penilaian, baik terhadap tingkat kesempurnaan, sifat, totalitas dari wujud serta ciri dan atau pun terhadap kepatuhan para penyelenggara pelayanan terhadap standar yang telah ditetapkan. Dalam praktek sehari – hari melakukan penilaian ini tidaklah mudah. Penyebab utamanya adalah karena mutu pelayanan tersebut bersifat multi dimensional. Tiap orang tergantung dari latar belakang dan kepentingan masing-masing, dapat saja melakukan penilaian dari dimensi yang berbeda.

Contohnya penilaian jasa pelayanan kesehatan misalnya. Dimensi mutu yang dianut ternyata sangat berbeda dengan penyelenggara pelayanan kesehatan. Demikian pula halnya dengan dimensi mutu dari para penyandang dana pelayanan kesehatan. Penelitian yang dilakukan oleh Robert dan Prevost (Dalam Azwar, 1996: 24) telah berhasil membuktikan adanya perbedaan dimensi tersebut disebutkan bahwa:

1. Bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan (*health consumer*), mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi antara petugas dengan pasien, keprihatinan serta keramah - tamahan petugas dalam melayani pasien, dan atau kesembuhan penyakit yang sedang diderita oleh pasien.
2. Bagi penyelenggara pelayanan kesehatan (*health provider*), mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi kesesuaian pelayanan yang diselenggarakan dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran

mutakhir (*medical science and technology*) dan / atau adanya otonomi profesi (*professional autonomy*) pada waktu menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien.

3. Bagi penyanggah dana pelayanan kesehatan (*health financing*), mutu pelayanan kesehatan kesehatan lebih terkait pada dimensi efisiensi pemakaian sumber dana, kewajaran pembiayaan kesehatan, dan atau kemampuan pelayanan kesehatan mengurangi kerugian penyanggah dana pelayanan kesehatan.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Smith dan Metzner (dalam Azwar,1996:24) juga mencatat adanya perbedaan dimensi yang dimaksud. Disebutkan untuk para dokter sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan, dimensi mutu pelayanan kesehatan yang dipandang paling penting adalah pengetahuan ilmiah yang dimiliki oleh dokter (80%), kemudian baru menyusul perhatian dokter secara pribadi kepada pasien (60%) ketrampilan yang dimiliki dokter (50%), efisiensi pelayanan kesehatan (45%) serta kenyamanan pelayanan yang dirasakan oleh pasien (8%). Sedangkan untuk pasien sebagai pemakai jasa pelayanan kesehatan, dimensi mutu pelayanan yang dipandang paling penting adalah efisiensi pelayanan kesehatan (45%) kemudian baru menyusul perhatian dokter secara pribadi kepada pasien (40%), pengetahuan ilmiah yang dimiliki dokter (40%) ketrampilan yang dimiliki dokter (35%), serta kenyamanan pelayanan yang dirasakan oleh pasien (35%).



Bertitik tolak dari dasar ini, disepakati pembicaraan tentang mutu pelayanan seyogyanya dikaitkan dengan kehendak untuk memenuhi kebutuhan serta para pemakai jasa pelayanan tersebut. Mutu pelayanan, demikian dirumuskan, menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dan tuntutan setiap pasien. Makin sempurna pemenuhan kebutuhan dan tuntutan tersebut, makin baik pula pelayanan kesehatan.

Pada perkembangan selanjutnya, ketika diketahui terpenuhi atau tidaknya kebutuhan dan tuntutan para pemakai jasa pelayanan terkait dengan timbul atau tidaknya rasa puas terhadap pelayanan kesehatan, akhirnya disepakati bahwa pembicaraan tentang mutu pelayanan kesehatan seyogyanya dikaitkan dengan kepuasan tersebut. Dengan perkembangan yang seperti ini, dan juga aspek kepuasan memang mempunyai peranan yang penting dalam pelayanan kesehatan, maka disepakati yang dimaksud dengan mutu pelayanan kesehatan adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien. Sama halnya dengan kebutuhan dan tuntutan, makin sempurna kepuasan tersebut, makin baik pula mutu pelayanan kesehatan.

Mutu pelayanan yang terkait dengan kepuasan ini telah diterima secara luas, namun penerapannya dalam pelayanan kesehatan tidaklah semudah yang diperkirakan. Masalah pokok yang ditemukan adalah karena kepuasan tersebut ternyata bersifat subyektif. Tiap orang tergantung dari latar belakang

yang dimiliki dapat saja memiliki tingkat kepuasan yang berbeda meskipun sama-sama memanfaatkan satu macam pelayanan kesehatan yang sama. Disamping, sering pula ditemukan pelayanan kesehatan yang sekalipun dinilai telah memuaskan pasien, namun karena penyelenggaraannya tidak sesuai dengan standar dan atau etika profesi yang telah disepakati bersama, sulit disebut sebagai pelayanan kesehatan yang bermutu.

Contohnya untuk mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh banyak institusi kesehatan swasta misalnya, Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan tersebut, karena selalu dapat memuaskan pasien, sering disebut sebagai pelayanan kesehatan yang bermutu. Tetap akhirnya akan bagaimanakah jika ditinjau dari standar dan etika profesi, mengingat banyak dari pelayanan kesehatan tersebut sebenarnya tidak diperlukan dan/ atau diselenggarakan secara berlebihan ?

Untuk mengatasi masalah yang seperti ini, telah disepakati bahwa pembahasan tentang kepuasan pasien yang dikaitkan dengan mutu pelayanan kesehatan, bukanlah pembahasan yang bersifat luas, melainkan mengenal paling tidak dua pembatasan :

a. Pembatasan pada Derajat Kepuasan Pasien

Pembatasan pertama yang telah disepakati adalah yang menyangkut derajat kepuasan pasien. Untuk menghindari adanya unsur subjektifitas yang dapat mempersulit pelaksanaan Program Menjaga Mutu, ditetapkanlah bahwa yang dimaksud dengan kepuasan di sini,

sekalipun tetap individu, tetapi ukuran yang tingkat kepuasan rata-rata penduduk yang menjadi sasaran utama institusi kesehatan. Dengan perkataan lain, mutu suatu pelayanan kesehatan dinilai baik, apabila pelayanan kesehatan yang diselenggarakan tersebut dapat menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk yang menjadi sasaran utama pelayanan kesehatan tersebut.

b. Pembatasan pada Upaya yang Dilakukan

Pembatasan kedua yang telah disepakati adalah yang menyangkut upaya yang dilakukan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien. Untuk melindungi kepentingan pemakai jasa pelayanan kesehatan, yang pada umumnya awam terhadap tindakan kedokteran (*patient ignorancy*) ditetapkanlah upaya yang standar pelayanan profesi. Suatu pelayanan kesehatan, sekalipun dinilai dapat memuaskan pasien, tetapi apabila penyelenggaraannya tidak sesuai dengan standar serta kode etik profesi, bukanlah pelayanan kesehatan yang bermutu. Dengan perkataan lain, dalam rumusan pengertian mutu pelayanan kesehatan tercakup pula kesempurnaan tata cara menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Mutu suatu pelayanan kesehatan dinilai baik apabila tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar serta kode etika profesi yang telah ditetapkan.

#### d. Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Pelayanan

Jika diperhatikan rumusan tentang mutu pelayanan kesehatan sebagaimana dikemukakan di atas, segerakan terlihat bahwa mutu pelayanan kesehatan sebenarnya menunjuk pada penampilan (*performance*) dari pelayanan kesehatan. Secara umum disebutkan, makin sempurna penampilan pelayanan kesehatan, makin sempurna pula mutunya. Dalam Program Menjaga Mutu penampilan pelayanan kesehatan ini disebut dengan nama keluaran (*output*).

Karena baik atau tidak keluaran (*output*) sangat dipengaruhi oleh proses (*process*), masukan (*input*) dan lingkungan (*environment*), maka mudahlah dipahami bahwa baik atau tidaknya mutu pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh ketiga unsur yang dimaksud. Uraian dari ketiga unsur Program Menjaga Mutu ini serta kaitannya dengan mutu pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

##### 1. Unsur Masukan

Telah disebutkan yang dimaksud dengan unsur masukan adalah tenaga, dana dan sarana. Secara umumnya disebutkan apabila tenaga dan sarana (kuantitas dan kualitas) tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (*standard of personel and facilities*), serta jika dana yang tersedia tidak sesuai dengan kebutuhan, maka sulitlah diharapkan baiknya mutu pelayanan. Bruce dan Fromberg (Azwar, 1996:29).

## 2. Unsur Lingkungan

Telah disebutkan yang dimaksud dengan unsur lingkungan adalah kebijakan, organisasi dan manajemen, Secara umum disebutkan apabila kebijakan, organisasi dan manajemen tersebut tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (*standard of organization and management*) dan / atau tidak bersifat mendukung, maka sulitlah diharapkan baiknya mutu pelayanan kesehatan . Donabedian (Azwar,1996:29).

## 3. Unsur Proses

Telah disebutkan yang dimaksud dengan unsur proses adalah tindakan medis dan tindakan nonmedis. Secara umum disebutkan apabila kedua tindakan ini tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (*standard of conduct*), maka sulitlah diharapkan baiknya mutu pelayanan. Pena (Azwar,1996:29).

Untuk dapat menjamin baiknya mutu pelayanan kesehatan, ketiga unsur ini haruslah dapat diupayakan sedemikian rupa sehingga sesuai dengan standar dan atau kebutuhan. Sekali salah satu dari ketiga unsur ini berbeda di bawah standar dan atau tidak sesuai dengan kebutuhan, sulitlah diharapkan baiknya mutu pelayanan.

## 4. Standar Kebutuhan Tenaga dan Metode Keperawatan

### a. Standar Kebutuhan Tenaga

Pada suatu layanan profesional, jumlah tenaga yang diperlukan bergantung pada jumlah klien dan derajat ketergantungan klien terhadap keperawatan. Menurut Douglas (1984) dalam Ratna Sitorus (2006), klasifikasi

derajat ketergantungan klien dibagi dalam tiga katagori; *Pertama*: Perawatan minimal, yang memerlukan waktu rawat 1-2 jam/24 jam, dengan kriteria: Kebersihan diri, mandi.ganti pakaian dilakukan sendiri. Makan dan minum dilakukan sendiri.Ambulasi dengan pengawasan. Observasi tand-tanda vital dilakukan setiap jaga (*shiff*). Pengobatan minimal dengan status psikologis stabil.; *Kedua*: Perawatan parsial, yang memerlukan waktu rawat 3-4 jam/24 jam, dengan kriteria: Kebersihan diri dibantu, makan dan minum dibantu. Observasi tanda-tanda vital setiap empat jam. Ambulasi dibantu, pengobatan lebih dari sekali. Klien dengan kateter urine, pemasukan dan pengeluaran dicatat. Klien dengan infuse, persiapan pengobatan yang memerlukan prosedur; *Ketiga*: Perawatan total: yang memerlukan waktu rawat 5-6 jam/24 jam, dengan kriteria: Semua keperluan dibantu, perubahan posisi, observasi tanda-tanda vital dilakukan setiap 2 jam, makan melalui slang atau pipa lambung, terapi intravena, dilakukan penghisapan lender, dan gelisah/disorientasi.

Jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan dalam satu ruang rawat:

Jumlah Klien	Klasifikasi Klien								
	Minimal			Partial			Total		
	Pagi	Sore	Malam	Pagi	Sore	Malam	Pagi	Sore	Malam
1	0,17	0,14	0,07	0,27	0,15	0,10	0,36	0,30	0,25
2	0,34	0,28	0,14	0,54	0,30	0,20	0,72	0,60	0,50
3	0,51	0,42	0,21	0,81	0,45	0,30	1,08	0,90	0,75
dst									

Sumber Douglas (1984) dalam buku Ratna Sitorus 2006. 28

Perhitungan kebutuhan tenaga keperawatan yang dibutuhkan:

$$\frac{\text{Jumlah jam perawatan}}{\text{Jam kerja efektif per shift}}$$

Jumlah tersebut perlu ditambah:

- Faktor koreksi/ loss day:

$$\frac{\text{Jumlah hari minggu dlm 1 tahun+cuti+hari besar X jumlah perawat tersedia}}{\text{Jumlah hari kerja efektif}}$$

- Mengerjakan tugas non keperawatan (*non nursing jobs*):

$$\frac{\text{Jumlah tenaga keperawatan + loss day X 25}}{100}$$

#### **b. Metode Pemberian Asuhan Keperawatan**

Sumber daya manusia adalah kekuatan dalam arti kemampuan (competency) yang bersumber dari diri manusia itu sendiri yang mempunyai kemampuan untuk membangun, artinya untuk maju (F.X Soedjadi J, 2003).

Sumber daya manusia (SDM) adalah potensi yang terkandung dalam diri manusia untuk mewujudkan perannya sebagai makhluk sosial yang adaptif dan transformatif yang mampu mengelola dirinya sendiri serta seluruh potensi yang terkandung di alam menuju tercapainya kesejahteraan kehidupan dalam tatanan yang seimbang dan berkelanjutan ([http://id.wiki.pedia.org/wiki/sumber daya manusia](http://id.wiki.pedia.org/wiki/sumber%20daya%20manusia)).

Sumber daya Manusia akan merupakan aset rumah sakit yang penting, dan merupakan sumber daya yang berperan besar dalam pelayanan



rumah sakit. Penanganan SDM (Boy S. Sabarguna & Sumarni, 2003) penting karena:

- 1). Mutu pelayanan rumah sakit sangat tergantung dari perilaku SDM.
- 2). Biaya rumah sakit bisa merupakan pengeluaran yang porsinya sekitar (30% - 50%).
- 3). Kemajuan ilmu dan teknologi memerlukan tenaga yang profesional dan spesialis.

Sumber daya manusia menurut pendapat saya adalah potensi yang terkandung dalam diri manusia sehingga mampu membangun dirinya untuk menuju kehidupan yang lebih baik.

Sumber daya manusia di rumah sakit (perawat) dalam menjalankan fungsinya memberikan pelayanan kepada pasien/ pelanggan dengan disiplin ilmunya menggunakan metode pemberian asuhan keperawatan.

Metode pemberian asuhan keperawatan adalah suatu cara yang digunakan perawat dalam suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan kepada klien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan dengan menggunakan proses keperawatan. Terdapat beberapa metode asuhan keperawatan yaitu metode kasus, metode fungsional, metode tim, dan metode keperawatan primer, *differentiated practice* dan manajemen kasus (Loveridge & Cummings, 1996; Manguis & Huston, 2000. Dalam Buku Ratna Sitorus, 2006), yaitu:

### 1. Metode Kasus

Metode kasus merupakan metode pemberian asuhan yang pertama kali digunakan. Metode ini merupakan metode yang paling banyak digunakan. Pada metode ini satu perawat akan memberikan asuhan keperawatan kepada seorang klien secara total dalam satu periode dinas. Jumlah klien yang dirawat oleh satu perawat bergantung pada kemampuan perawat tersebut dan kompleksnya kebutuhan klien.

### 2. Metode Fungsional

Pada metode fungsional, pemberian asuhan keperawatan ditekankan pada penyelesaian tugas dan prosedur. Setiap perawat diberi satu atau beberapa tugas untuk dilaksanakan kepada klien di suatu ruangan. Seorang perawat dapat bertanggung jawab dalam pemberian obat, mengganti balutan, memantau infus dll. Prioritas utama yang dikerjakan adalah kebutuhan fisik dan kurang menekankan pada pemenuhan kebutuhan secara holistik.

### 3. Metode Tim

Metode tim merupakan metode pemberian asuhan keperawatan, yaitu seorang perawat profesional memimpin sekelompok tenaga keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada kelompok klien melalui upaya kooperatif dan kolaboratif. Metode ini didasarkan pada keyakinan bahwa setiap anggota kelompok mempunyai kontribusi dalam merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan sehingga pada perawat timbul motivasi dan rasa tanggung jawab yang tinggi.

#### 4. Metode Keperawatan Primer

Keperawatan primer merupakan suatu metode pemberian asuhan keperawatan, dimana terdapat hubungan yang dekat dan berkesinambungan antara klien dan seorang perawat tertentu yang bertanggung jawab dalam perencanaan, pemberian, dan koordinasi asuhan keperawatan klien, selama klien dirawat. Pada metode ini, perawat yang bertanggung jawab terhadap pemberian asuhan keperawatan disebut perawat primer (*primary nurse*) yang disingkat dengan PP. Ciri-ciri metode ini adalah akuntabilitas, otonomi, komunikasi, kolaborasi, koordinasi, dan komitmen. Pada metode keperawatan primer terdapat kontinuitas keperawatan dan bersifat komprehensif serta dapat dipertanggungjawabkan.

#### 5. *Differentiated Practice*

*Differentiated Practice* merupakan suatu pendekatan yang bertujuan menjamin mutu asuhan melalui pemanfaatan sumber-sumber keperawatan yang tepat. Terdapat dua model yaitu model kompetensi dan model pendidikan. Pada model kompetensi, perawat terdaftar diberi tugas berdasarkan tanggung jawab dan struktur peran yang sesuai dengan kemampuannya. Sedangkan model pendidikan, penentuan tugas keperawatan berdasarkan pendidikan perawat, perawat akan ditetapkan apa yang menjadi tanggung jawab setiap perawat dan bagaimana hubungan antara-tenaga tersebut diatur.

## 6. Manajemen Kasus

Manajemen kasus merupakan sistem pemberian asuhan kesehatan secara multidisiplin yang bertujuan meningkatkan pemanfaatan fungsi berbagai anggota tim kesehatan dan sumber-sumber yang ada sehingga dapat dicapai hasil akhir asuhan kesehatan yang optimal.

### B. PENELITIAN TERDAHULU

Penelitian oleh Vevi Agustina (2002), berjudul “Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Inap terhadap Pelayanan Keperawatan di Badan Rumah Sakit Daerah Kepanjen. Desain penelitian menggunakan jenis deskriptif. Dengan hasil penelitian pasien sangat puas terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan oleh badan Rumah Sakit Daerah Kepanjen, terutama dari faktor keramah-tamahan petugas maupun kemampuan *skill* perawat.

Penelitian oleh Eka Sari Oktaviani (2002) yang berjudul “Analisis Pelayanan Jasa Dalam Meningkatkan Kepuasan Pasien Rumah Sakit Tugu Ibu Cimanggis, dengan metode analisis skala likert. Hasil penelitian menunjukkan 73,64% pasien menyatakan puas terhadap pelayanan yang diberikan Rumah Sakit.

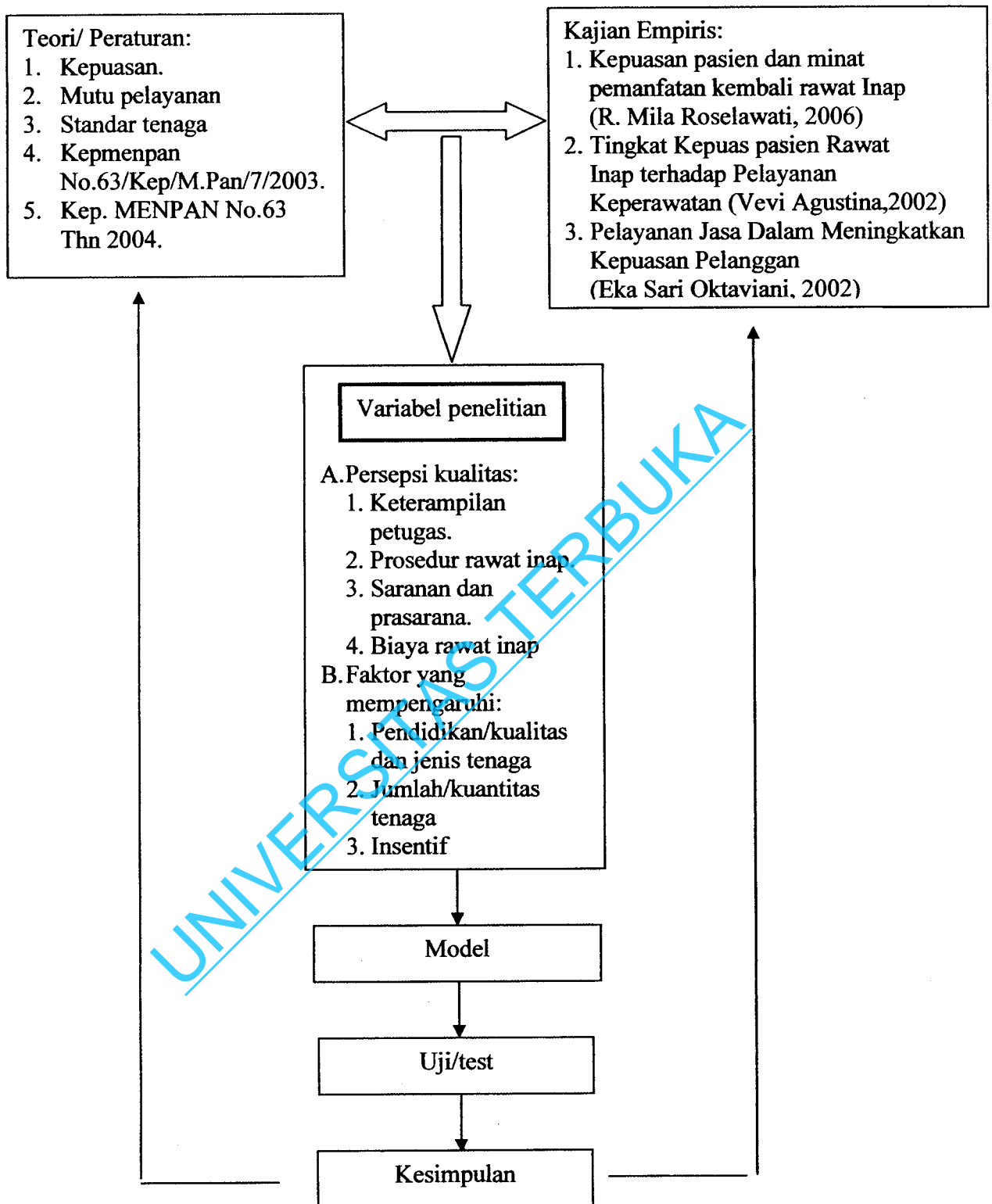
Penelitian oleh R. Mela Roselawaty (2006), yang berjudul “Analisis Kepuasan Pasien dan Minat Pemanfaatan Kembali Rawat Inap Rumah Sakit Bhakti Mulia Tahun 2006”. Metoda penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitik, desain cross sectional. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien mempunyai persepsi yang cukup terhadap kualitas pelayanan di seluruh titik simpul pelayanan.

Penelitian ini dilakukan untuk membandingkan tingkat kepuasan pasien pada rumah sakit yang ada di daerah khususnya RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang dengan rumah sakit lain yang pernah diteliti oleh penelitian sebelumnya.

### C. KERANGKA KONSEP

Berdasarkan latar belakang dan tinjauan pustaka, maka dibuat kerangka konsep penelitian mengenai analisis kualitas layanan dan kemampuan aparat (perawat) terhadap kepuasan pelanggan di rumah sakit. Kepuasan pelanggan adalah evaluasi positif dari dimensi pelayanan yang beragam, pelayanan yang dievaluasi berupa serangkaian dari seluruh pelayanan yang diterimanya. Pelayanan yang diterimanya tersebut merupakan hasil interaksi antara pengguna jasa pelayanan (konsumen) dengan penyelenggara pelayanan (*provider*) di setiap titik simpul pelayanannya. Interaksi ini berhubungan dengan banyak faktor, diantaranya adalah menyangkut cara provider melayani atau kualitas pelayanan yang diberikan.

Variabel dalam penelitian ini adalah kualitas pelayanan, yaitu pelayanan aparat (perawat) di ruang rawat inap, dengan kerangka konsep penelitian:



Gambar 2.2: Kerangka Alur pikir

#### **D. Definisi Operasional**

1. Kepuasan Pelanggan, adalah perasaan senang atau kecewa yang dialami konsumen setelah membandingkan antara persepsi kinerja (atau hasil) suatu produk dengan harapan-harapannya.
2. Kualitas pelayanan adalah tingkat keunggulan pelayanan yang dapat memenuhi keinginan konsumen/pelanggan yang diberikan oleh aparat (perawat).
3. Kualitas aparat (perawat), adalah jenis tenaga keperawatan berdasarkan lulusan pendidikan keperawatan formal dan informal dan masa kerja dan kepatuhannya terhadap standar.

UNIVERSITAS TERBUKA



### **BAB III**

#### **METODOLOGI PENELITIAN**

##### **A. Desain Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Yang dimaksud dengan metode deskriptif adalah bahwa penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan (menggambarkan) atau menjelaskan sesuatu hal apa adanya (Irawan,2006) sesuai kondisi objek penelitian yaitu Rumah Sakit Umum Daerah Ade Mohammad Djoen Sintang dalam memberikan pelayanan kepada pelanggan. Sementara pendekatan kuantitatif adalah satu metode penelitian yang berupaya menjelaskan variable penelitian dengan menggunakan perhitungan statistik. Khusus pada penelitian ini untuk pengukuran tingkat kualitas pelayanan dipergunakan analisis diskriptif kuantitatif, yaitu ingin mendiskripsikan masing-masing variabel yang diteliti dengan analisis deskriptif univariat data katagorik, sedangkan pada faktor-faktor yang mempengaruhi pelayanan mempergunakan analisis perhitungan tingkat kebutuhan tenaga berdasarkan standar Departemen Kesehatan.

##### **B. Populasi dan Sampel Penelitian**

Populasi penelitian adalah pasien atau pendampingnya yang memahami kondisi pasien yang dirawat di ruang perawatan. Jumlah populasi penelitian adalah jumlah kunjungan rata-rata pasien perawatan umum perbulan selama tahun 2008 yaitu sebanyak 95 orang pasien. Para pasien

rawat Inap yang diambil dengan kelas berstrata berdasarkan tabel Isaac dan Michael dengan uraian sebagai berikut :

Jumlah populasi 95 dengan tingkat kesalahan 5% maka sampelnya berjumlah 75 responden dengan pembagian :

- Kelas I jumlah Pasien 25 orang maka  $= \frac{25}{95} \times 75 = 20$
- Kelas II jumlah Pasien 30 orang maka  $= \frac{30}{95} \times 75 = 24$
- Kelas III jumlah Pasien 40 orang maka  $= \frac{40}{95} \times 75 = 31,6$

Jadi jumlah total sampel yang proporsional adalah = 75 responden.

Dimana proses penyebaran kuesioner diserahkan kepada petugas Rumah Sakit melalui kepala ruangan dan selanjutnya untuk menyebarkan ke pasien atau keluarganya sesuai kriteria sampel penelitian serta bagi pasien anak kuesioner diisi oleh orangtuanya.

Dalam penelitian ini kriteria sampel sebanyak 75 orang dengan ketentuan:

1. Pasien yang dirawat di ruangan atau pendampingnya yang telah dirawat lebih dari 3 hari.
2. Pasien/pendamping yang mampu berkomunikasi.
3. Bersedia di wawancara.

### C. Instrumen Penelitian

Dalam rangka pengumpulan data kelengkapan, maka penelitian ini menggunakan instrumen sebagai berikut:

1. Pedoman wawancara, yaitu berupa catatan pertanyaan tertulis mengenai pokok, permasalahan yang diteliti yang dijadikan pedoman sekaligus mempermudah peneliti dalam wawancara dengan pihak informan.

Informan kunci adalah kepala-kelapa ruangan rawat inap yang menjadi lokus penelitian di ruangan.

2. Daftar pertanyaan atau angket kuesioner yaitu daftar pertanyaan yang dipersiapkan dan disusun oleh peneliti sesuai dengan variabel permasalahan. Angket tersebut selanjutnya disebarakan kepada responden untuk segera diisi dengan jawaban, dan hasil jawaban itulah yang menjadi data mentah dari pada penelitian ini.
3. Dokumentasi, yaitu mengumpulkan data dari sumber-sumber tertulis seperti buku tentang alat-alat yang ada di ruangan, catatan-catatan keperawatan, serta buku-buku laporan di ruangan.
4. Observasi. Pedoman observasi yang digunakan penulis adalah mengadakan pengamatan. Akan tetapi pengamatan disini diartikan lebih sempit yaitu pengamatan dengan menggunakan indra penglihatan.

#### **D. Prosedur Pengumpulan Data**

Prosedur pengumpulan data menggunakan metode angket. Data dikumpulkan dengan cara menyebarkan pertanyaan untuk mendapatkan data-data penilaian konsumen tentang kualitas pelayanan kesehatan di ruang perawatan, dan kepuasan yang dirasakan. Jenis data yang dikumpulkan termasuk data primer yang diperoleh dari konsumen/pasien atau keluarganya.

#### **E. Metode Analisis Data**

Setelah data terkumpul maka tahap selanjutnya adalah mengatur dan mengolah data sedemikian rupa. Pengolahan data primer atau kuesioner dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan analisis kuantitatif

yaitu menggunakan rumusan-rumusan statistik yang dilakukan melalui program SPSS, yang selanjutnya data hasil penelitian dari setiap variabel yang telah diolah secara kuantitatif disajikan dalam bentuk tabel-tabel dan diberikan tafsiran serta interpretasi melalui analisis kualitatif. Sedangkan pengolahan data sekunder yang berkaitan dengan faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan diolah dengan mempergunakan literatur perhitungan Standar Tenaga Departemen Kesehatan dan diinterpretasikan melalui analisis kuantitatif.

UNIVERSITAS TERBUKA

## BAB IV

### TEMUAN DAN PEMBAHASAN

#### A. Persepsi Pelanggan Terhadap Kualitas Pelayanan dari Perawat Ruang Rawat Inap Rumah Sakit

##### 1. Keterampilan Petugas

Untuk mendeteksi Kualitas Pelayanan penulis menggunakan teknik penulisan Deskriptif Kuantitatif. Analisis statistik deskriptif dimaksudkan untuk mengetahui distribusi frekuensi dari jawaban responden terhadap hasil angket (kuesioner) yang disebarakan.

Berdasarkan data yang terkumpul dari kuesioner tentang pelayanan yang diberikan kepada pasien, terlihat bahwa distribusi frekuensi dari item-item variabel tersebut tampak pada tabel dibawah ini:

**Tabel 4.1 Keterampilan Petugas dalam Mengoperasionalkan Alat-alat Medis**

	Frequency	Percent
Valid 1	10	13,3
2	31	41,3
3	27	36,0
4	7	9,3
Total	75	100,0

*Sumber: Data awal, Mei 2009*

Dari 75 responden yang menjawab pernyataan tentang Petugas kesehatan rawat inap RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang , terampil dalam melaksanakan tugasnya terutama dalam hal operasional alat-alat medis seperti stetoskop, tensimeter dan alat suntik, 10 responden (13.3 %) menjawab sangat tidak setuju, 31 responden (41.3 %) menjawab tidak setuju, 27 responden

(36.0 %) menjawab setuju dan 7 responden (9.3%) menjawab sangat setuju, maka dapat diartikan bahwa sebagian besar responden menilai tidak setuju tentang pernyataan bahwa Petugas kesehatan rawat inap RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang yang memberikan pelayanan, terampil dalam melaksanakan tugasnya terutama dalam hal operasional alat-alat medis seperti steteskop, tensimeter dan alat suntik. Hal ini tidak sejalan dengan Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan, di mana standar adalah spesifikasi teknis atau sesuatu yang dibakukan sebagai patokan dalam melakukan kegiatan, dimana Standar Operasional Prosedur (SOP) dapat ditentukan berdasarkan kesepakatan, (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228/MENKES/SK/III/2002).

**Tabel 4.2 Dalam menjalankan tugasnya petugas rawat inap terlihat cekatan atau tidak terlihat lambat**

	Frequency	Percent
Valid 1	9	12,0
2	31	41,3
3	30	40,0
4	6	6,7
Total	75	100,0

*Sumber: Data awal, Mei 2009*

Dari 75 responden yang menjawab pernyataan bahwa dalam menjalankan tugasnya Petugas RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang terlihat cekatan tidak kelihatan lambat (Petugas loket, pemberi pelayanan, laboratorium, obat), adalah 9 responden (12.0%) menjawab sangat tidak setuju, 31 responden (41.3%) menjawab tidak setuju, 30 responden (40.0%) menjawab setuju dan 5 responden (6.7%) menjawab sangat setuju, maka dapat



diartikan bahwa sebagian responden menilai tidak setuju dan sebagian setuju tentang pernyataan bahwa dalam menjalankan tugasnya Petugas RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang terlihat belum cekatan, dengan demikian cukup baik. Hal ini belum sesuai dengan unsur minimal prinsip pelayanan sebagai dasar pengukuran indeks kepuasan salah satunya adalah kecepatan pelayanan (Kep.Men PAN No.63/Kep/M.PAN/7/2003) dan bertolak dengan hasil penelitian Roselawaty.M.R (2006) yang menyatakan bahwa kecepatan/kesigapan dalam pelayanan cukup.

**Tabel 4.3 Petugas Mempunyai kemampuan yang baik sesuai bidangnya**

	Frequency	Percent
Valid 1	7	9,3
2	34	45,3
3	29	38,7
4	5	6,7
Total	75	100,0

Sumber: Data awal, Mei 2009

Dari 75 responden yang menjawab pernyataan bahwa petugas RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang yang terdiri dari dari pimpinan, petugas administrasi, loket, pemberi pelayanan, laboratorium, obat, petugas penyuluh mempunyai kemampuan yang baik sesuai dengan bidang tugasnya masing-masing, 7 responden (9.3 %) menjawab sangat tidak setuju, 34 responden (45.3 %) menjawab tidak setuju, 29 responden (38.7 %) menjawab setuju dan 5 responden (6.7%) menjawab sangat setuju, maka dapat diartikan bahwa sebagian besar responden menilai tidak setuju dengan pernyataan bahwa petugas RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang yang terdiri dari dari pimpinan, petugas, administrasi, loket, pemberi pelayanan, laboratorium, obat,

petugas penyuluh mempunyai kemampuan yang baik sesuai dengan bidang tugas nya masing-masing. Hal ini sudah sejalan dengan ukuran pelayanan kesehatan yang bermutu hanya mengacu pada Pengetahuan dan Kompetensi Teknis (*Scientific Knowledge and Technical Skill*), dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang didukung oleh pengetahuan dan kompetensi teknis bukan saja merupakan bagian dari kewajiban etik, tetapi juga merupakan prinsip pokok penerapan standar pelayanan profesi. Secara umum disebutkan makin tinggi tingkat pengetahuan dan kompetensi teknis tersebut maka makin tinggi pula mutu pelayanan kesehatan (Azwar, 1996 A : hal 31 sd 36).

**Tabel 4.4 Setiap tindakan petugas melayani dapat dipertanggungjawabkan**

	Frequency	Percent
Valid 1	2	2,7
2	27	36,0
3	36	48,0
4	10	13,3
Total	75	100,0

Sumber: Data awal, Mei 2009

Dari 75 responden yang menjawab pernyataan bahwa setiap tindakan petugas RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang dalam melayani pasien dapat dipertanggungjawabkan, 2 responden (2.7 %) menjawab sangat tidak setuju, 27 responden (36.0 %) menjawab tidak setuju, 36 responden (48.0 %) menjawab setuju dan 10 responden (13.3%) menjawab sangat setuju, maka dapat diartikan bahwa sebagian besar responden menilai setuju tentang pernyataan bahwa setiap tindakan petugas RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang dalam melayani pasien dapat dipertanggungjawabkan. Hal ini sejalan



dengan mutu proses dan hasil pelayanan umum harus diupayakan agar memberi keamanan, kenyamanan, dan kepastian hukum yang dapat dipertanggungjawabkan (Kep. Menpan No.63 tahun 2003).

**Tabel 4.5 Bahasa yang dipergunakan petugas rawat inap mudah dipahami dan diterima**

	Frequency	Percent
Valid 1	12	16,0
2	33	44,0
3	21	28,0
4	9	12,0
Total	75	100,0

*Sumber: Data awal, Mei 2009*

Dari 75 responden yang menjawab pernyataan tentang bahasa yang digunakan pelayanan kesehatan RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang mudah di pahami dan diterima, adalah 12 responden (16.0 %) menjawab sangat tidak setuju, 33 responden (44.0 %) menjawab tidak setuju, 21 responden (28.0 %) menjawab setuju dan 9 responden (12.0%) menjawab sangat setuju, maka dapat diartikan bahwa sebagian besar responden menilai tidak setuju tentang pernyataan bahwa bahasa yang digunakan pelayanan kesehatan RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang mudah pasien pahami dan terima. Sebab banyak petugas paramedis terutama dokter tidak bisa berbahasa daerah setempat. Dan hal ini tidak sejalan dengan ukuran pelayanan kesehatan yang bermutu adalah terbinanya hubungan Dokter-Pasien ( *Dokter-Patient Relationship*) yang baik, adalah salah satu dari kewajiban etik. Untuk dapat terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, hubungan dokter-pasien yang baik ini harus dapat dipertahankan (Azwar, 1996.A : hal 31 sd 36).

**Tabel 4.6 Teknologi, cara dan metode pengobatan yang dipergunakan untuk pasien rawat inap di rumah sakit sudah tepat untuk daerah pasien**

	Frequency	Percent
Valid 1	9	10,7
2	31	41,3
3	29	38,7
4	7	9,3
Total	75	100,0

*Sumber: Data awal, Mei 2009*

Dari 75 responden yang menjawab pernyataan bahwa teknologi, cara dan metode pengobatan yang diberikan untuk pasien rawat inap di Rumah Sakit RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang sudah tepat untuk daerah pasien, adalah 8 responden (10.7 %) menjawab sangat tidak setuju, 31 responden (41.3 %) menjawab tidak setuju, 29 responden (38.7 %) menjawab setuju dan 7 responden (9.3%) menjawab sangat setuju, maka dapat diartikan bahwa sebagian besar responden menilai tidak setuju tentang pernyataan bahwa teknologi, cara dan metode pengobatan yang diberikan untuk pasien rawat inap di Rumah Sakit RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang sudah tepat untuk daerah pasien. Hal ini tidak sejalan dengan Standar Operasional Prosedur (SOP), yang mana Petugas Rumah Sakit baik Dokter, Perawat, dalam memberikan pertolongan atau pengobatan selalu mengacu pada pelayanan yang telah ditetapkan.

**Tabel 4.7 Dalam memberikan pelayanan petugas rawat inap selalu memperhatikan resiko-resiko yang mungkin terjadi sesuai dengan keadaan pasien**

	Frequency	Percent
Valid 1	3	4,0
2	24	32,0
3	30	40,0
4	18	24,0
Total	75	100,0

*Sumber: Data awal, Mei 2009*

Dari 75 responden yang menjawab pernyataan bahwa dalam memberikan pelayanan petugas kesehatan RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang selalu memperhatikan resiko-resiko yang mungkin terjadi sesuai dengan kondisi pasien adalah 3 responden (4.0 %) menjawab sangat tidak setuju, 24 responden (32.0 %) menjawab tidak setuju, 30 responden (40.0 %) menjawab setuju dan 18 responden (24.0%) menjawab sangat setuju, maka dapat diartikan bahwa sebagian besar responden menilai setuju tentang pernyataan bahwa dalam memberikan pelayanan petugas kesehatan RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang selalu memperhatikan resiko-resiko yang mungkin terjadi sesuai dengan keadaan kondisi pasien. Hal ini sejalan dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang dibakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan termasuk pengaduan (Keputusan MENPAN No: 63 Tahun 2004) dan Keamanan Tindakan (*Safety*), dimana keamanan tindakan adalah juga bagian dari kewajiban etik serta prinsip pokok penerapan standar pelayanan profesi (Azwar, 1996.A : hal 31 sd 36).



**Tabel 4.8 Pengobatan di rawat inap yang dilaksanakan di rumah sakit sudah efektif**

	Frequency	Percent
Valid 1	4	5,3
2	32	42,7
3	34	45,3
4	5	6,7
Total	75	100,0

*Sumber: Data awal, Mei 2009*

Dari 75 responden yang menjawab pernyataan bahwa “pengobatan rawat inap yang dilaksanakan di Rumah Sakit RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang sudah efektif”, adalah 4 responden (5.3 %) menjawab sangat tidak setuju, 32 responden (42.7%) menjawab tidak setuju, 34 responden (45.3 %) menjawab setuju dan 5 responden (6.7%) menjawab sangat setuju, maka dapat diartikan bahwa sebagian besar responden menilai setuju tentang pernyataan bahwa pengobatan rawat inap yang dilaksanakan di Rumah Sakit RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang sudah efektif. Hal ini sejalan dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit dan ukuran pelayanan kesehatan yang bermutu hanya mengacu pada Efektifitas Pelayanan (*Effectivess*) yang sama halnya dengan pengetahuan dan kompetensi teknis, maka efektifitas pelayanan juga merupakan bagian dari kewajiban etik serta prinsip pokok penerapannya standar pelayanan profesi. Secara umum disebutkan, makin efektif pelayanan kesehatan tersebut, makin tinggi pula mutu pelayanan kesehatan (Azwar, 1996.A : hal 31 sd 36).

**Tabel 4.9 Obat yang diberikan kepada pasien sudah efisien terhadap penyakit yang diderita**

	Frequency	Percent
Valid 1	8	10,7
2	29	38,7
3	31	41,3
4	7	9,3
Total	75	100,0

*Sumber: Data awal Mei 2009*

Dari 75 responden yang menjawab pernyataan tentang obat yang diberikan kepada pasien RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang sudah efisien terhadap penyakit yang pasien derita, adalah 8 responden (10.7 %) menjawab sangat tidak setuju, 29 responden (38.7 %) menjawab tidak setuju, 31 responden (41.3 %) menjawab setuju dan 7 responden (9.3%) menjawab sangat setuju, maka dapat diartikan bahwa sebagian besar responden menilai setuju tentang pernyataan bahwa obat yang diberikan kepada pasien RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang sudah efisien terhadap penyakit yang pasien derita. Hal ini Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit dan Efektifitas Pelayanan (*Effectiveness*), dimana efektifitas pelayanan juga merupakan bagian dari kewajiban etik serta prinsip pokok penerapannya standar pelayanan profesi Rumah Sakit (Azwar, 1996.A : hal 31 sd 36).

**Tabel 4.10 Pelaksanaan pelayanan yang diberikan pasien rawat inap hanya sebatas pada hal yang berkaitan dengan diagnosis penyakit yang diderita**

	Frequency	Percent
Valid 1	4	5,3
2	26	34,7
3	35	46,7
4	10	13,3
Total	75	100,0

*Sumber: Data awal, Mei 2009*

Dari 75 responden yang menjawab pernyataan bahwa pelaksanaan pelayanan kesehatan rawat inap RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang yang dilakukan petugas hanya sebatas pada hal yang berkaitan dengan diagnosis penyakit yang pasien derita, 4 responden (5,3 %) menjawab sangat tidak setuju, 26 responden (34,7 %) menjawab tidak setuju, 35 responden (46,7 %) menjawab setuju dan 10 responden (13,3%) menjawab sangat setuju, maka dapat diartikan bahwa sebagian besar responden menilai setuju tentang pernyataan bahwa pelaksanaan pelayanan kesehatan rawat inap RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang yang dilakukan petugas hanya sebatas pada hal yang berkaitan dengan diagnosis penyakit yang pasien derita. Hal ini sejalan dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit dan Prinsip pelayanan dalam Kep. Menpan No.63/Kep/M.Pan/7/2003 terdapat 14 yang *relevan, valid, dan reliable* sebagai unsur minimal yang harus ada sebagai dasar pengukuran indeks kepuasan masyarakat.



**Tabel 4.11 Petugas rawat inap menghargai dan menghormati pasien**

	Frequency	Percent
Valid 1	4	5,3
2	34	45,3
3	28	37,3
4	9	12,0
Total	75	100,0

*Sumber: Data awal, Mei 2009*

Dari 75 responden yang menjawab pernyataan tentang petugas RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang menghargai dan menghormati pasien, adalah 4 responden (5.3 %) menjawab sangat tidak setuju, 34 responden (45.3 %) menjawab tidak setuju, 28 responden (37.3 %) menjawab setuju dan 9 responden (12.0%) menjawab sangat setuju, maka dapat diartikan bahwa sebagian besar responden menilai tidak setuju pernyataan bahwa petugas RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang menghargai dan menghormati pasien. Hal ini tidak sesuai dengan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63/ KEP/M.PAN/7/2003 dan kode etik profesi.

**Tabel 4.12 Komunikasi pasien dengan petugas rawat inap dapat terjadi dengan baik**

	Frequency	Percent
Valid 1	7	9,3
2	35	46,7
3	30	40,0
4	3	4,0
Total	75	100,0

*Sumber: Data awal, Mei 2009*

Dari 75 responden yang menjawab pernyataan bahwa komunikasi dengan petugas rawat inap RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang dapat terjadi dengan baik, adalah 7 responden (9.3 %) menjawab sangat tidak setuju,

35 responden (46.7 %) menjawab tidak setuju, 30 responden (40.0 %) menjawab setuju dan 3 responden (4.0%) menjawab sangat setuju, maka dapat diartikan bahwa sebagian besar responden menilai tidak setuju pernyataan bahwa komunikasi dengan petugas rawat inap RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang dapat terjalin dengan baik. Hal ini sejalan dengan pelayanan kesehatan yang bermutu, hubungan dokter-pasien yang baik ini harus dapat dipertahankan (Azwar, 1996.A : hal 31 sd 36).

**Tabel 4.13 Pasien merasa aman dalam menerima pelayanan di ruang rawat inap di rumah sakit**

	Frequency	Percent
Valid 1	7	9,3
2	34	45,3
3	33	44,0
4	1	1,3
Total	75	100,0

Sumber: Data awal, Mei 2009

Dari 75 responden yang menjawab pernyataan bahwa pasien merasa aman dalam menerima pelayanan kesehatan di Rumah Sakit RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang, adalah 7 responden (9.3 %) menjawab sangat tidak setuju, 34 responden (45.3 %) menjawab tidak setuju, 33 responden (44.0 %) menjawab setuju dan 1 responden (1.3%) menjawab sangat setuju, maka dapat diartikan bahwa sebagian besar responden menilai tidak setuju tentang pernyataan bahwa pasien merasa aman dalam menerima pelayanan kesehatan di Rumah Sakit RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang. Hal ini belum sejalan dengan ukuran pelayanan kesehatan yang bermutu, yang mengacu pada keamanan tindakan (*Safety*) di mana keamanan tindakan adalah



juga bagian dari kewajiban etik serta prinsip pokok penerapan standar pelayanan profesi. Untuk dapat terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, aspek keamanan tindakan ini haruslah diperhatikan. Pelayanan kesehatan yang membahayakan pasien, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik, dan karena itu tidak boleh dilakukan (Azwar, 1996.A : hal 31 sd 36).

## 2. Prosedur Rawat Inap

Untuk melihat kegiatan pelayanan tidak hanya dari perilaku atau tindakan yang dilakukan oleh petugas rumah sakit, namun juga dapat dilihat dari prosedur dan dalam pemberian pelayanan apakah sudah efektif ataupun belum. Berikut dijelaskan prosedur pelayanan rawat inap yang diberikan oleh rumah sakit seperti pada tabel 17.4 berikut ini.

**Tabel 4.14 Prosedur yang diberikan pada pasien rawat inap sudah efektif**

	Frequency	Percent
Valid 1	3	4,0
2	30	40,0
3	35	46,7
4	7	9,3
Total	75	100,0

Sumber: Data awal, Mei 2009

Dari 75 responden yang menjawab pernyataan bahwa prosedur pelayanan rawat inap yang diberikan di Rumah Sakit RSUD Ade Mohammad Djoen Kabupaten Sintang sudah efektif, 3 responden (4.0 %) menjawab sangat tidak setuju, 30 responden (40.0 %) menjawab tidak setuju, 35 responden (46.7 %) menjawab setuju dan 7 responden (9.3%) menjawab sangat setuju, maka dapat diartikan bahwa sebagian besar responden menilai

setuju bahwa prosedur pelayanan rawat inap yang diberikan di Rumah Sakit RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang sudah efektif. Hal ini sudah sesuai dengan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63/KEP/M.PAN/7/2003 terdapat 14 (empat belas unsur) yang *relevan, valid, dan reliable* sebagai unsur minimal yang salah satunya memuat tentang prosedur pelayanan.

**Tabel 4.15 Standar pelayanan rawat inap yang digunakan rumah sakit sudah efektif**

	Frequency	Percent
Valid 1	13	17,3
2	20	26,7
3	38	50,7
4	4	5,3
Total	75	100,0

*Sumber: Data awal, Mei 2009*

Dari 75 responden yang menjawab pernyataan tentang Standar persyaratan pelayanan yang digunakan di Rumah Sakit RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang sudah efektif adalah 13 responden (17.3%) menjawab sangat tidak setuju, 20 responden (26.7%) menjawab tidak setuju, 38 responden (50.7%) menjawab setuju dan 4 responden (5.3%) menjawab sangat setuju, maka dapat diartikan bahwa sebagian besar responden menilai setuju tentang pernyataan bahwa standar persyaratan pelayanan yang digunakan di Rumah Sakit RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang sudah efektif. Hal ini sudah sesuai standar Pelayanan Publik menurut Keputusan MENPAN No: 63 Tahun 2004 sekurang-kurangnya meliputi prosedur pelayanan yang dibakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan termasuk pengaduan.

### 3. Sarana dan Prasarana

Selain petugas rumah sakit dan prosedur pelayanan maka salah satu komponen lainnya yang sangat berpengaruh terhadap kegiatan pelayanan adalah ketersediaan sarana dan prasarana yang disediakan oleh pihak rumah sakit. Hasil pengumpulan kuesioner diketahui pernyataan responden terhadap gedung dan peralatan rawat inap yang tersedia di rumah sakit memberikan rasa aman bagi pasien. Lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 16 berikut.

**Tabel 4.16 Gedung, peralatan rawat inap yang ada dapat memberikan rasa aman pada diri pasien**

	Frequency	Percent
Valid 1	18	24,0
2	31	41,3
3	23	30,7
4	3	4,0
Total	75	100,0

Sumber: Data awal, Mei 2009

Dari 75 responden yang menjawab pernyataan bahwa gedung, peralatan inap yang ada sudah dapat memberikan rasa aman pada diri pasien, adalah 18 responden (24.0 %) menjawab sangat tidak setuju, 31 responden (41.3 %) menjawab tidak setuju, 23 responden (30.7 %) menjawab setuju dan 3 responden (4.0%) menjawab sangat setuju, maka dapat diartikan bahwa sebagian besar responden menilai tidak setuju tentang pernyataan bahwa gedung, peralatan inap yang ada sudah dapat memberikan rasa aman pada diri pasien. Hal ini tidak sesuai dengan standar pelayanan publik menurut Keputusan MENPAN No: 63 Tahun 2004 meliputi, sarana dan prasarana pelayanan yang memadai oleh penyelenggaraan pelayanan publik.



**Tabel 4.17 Keadaan fisik ruangan rawat inap dapat memberikan kenyamanan dalam Menerima pelayanan kesehatan**

	Frequency	Percent
Valid 1	16	21,3
2	39	52,0
3	20	26,7
Total	75	100,0

Sumber: Data awal, Mei 2009

Dari 75 responden yang menjawab pernyataan bahwa keadaan fisik ruangan rawat inap RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang menurut pendapat pasien dapat memberikan kenyamanan pada pasien dalam menerima pelayanan kesehatan, adalah 16 responden (21.3%) menjawab sangat tidak setuju, 39 responden (52.0%) menjawab tidak setuju, 20 responden (26.7%) menjawab setuju, maka dapat diartikan bahwa sebagian besar responden menilai tidak setuju tentang pernyataan bahwa keadaan fisik Rumah Sakit menurut RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang dapat memberikan kenyamanan pada para pasien dalam menerima pelayanan kesehatan. Hal ini tidak sama dengan ukuran kualitas suatu pelayanan di mana salah satu indikatornya adalah *Tangible* atau ketampakan fisik, artinya petampakan fisik dari gedung, peralatan, pegawai, dan fasilitas-fasilitas lain yang dimiliki oleh *providers* (Ratmiko dan Atik Septi Winarsih ,2005:175).

#### 4. Biaya Rawat Inap

Selain keterampilan petugas, sarana, prosedur tersebut di atas di pandang sangat berpengaruh terhadap persepsi pelanggan adalah masalah biaya perawatan di Ruang rawat inap Rumah Sakit, meskipun secara umum

pasien yang menginap di kelas III rata-rata pasien pengguna JAMKESMAS atau pengguna SKTM yang ditanggung oleh Pemerintah.

**Tabel 4.18 Tarif yang harus dibayar untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di ruang rawat Inap tidak terlalu mahal dan terjangkau dari lingkungan kemampuan pasien**

	Frequency	Percent
Valid 1	4	5,3
2	14	18,7
3	48	64,0
4	9	12,0
Total	75	100,0

Sumber: Data awal, Mei 2009

Dari 75 responden yang menjawab pernyataan bahwa tarif yang harus bayar untuk mendapatkan pelayanan kesehatan Rumah Sakit RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang sudah sesuai dengan pelayanan yang didapatkan, 4 responden (5.3 %) menjawab sangat tidak setuju, 14 responden (18.7 %) menjawab tidak setuju, 48 responden (64.0 %) menjawab setuju dan 9 responden (12.0%) menjawab sangat setuju. Hal ini dapat diartikan bahwa sebagian besar responden menilai setuju tentang pernyataan bahwa tarif yang harus saudara bayar untuk mendapatkan pelayanan kesehatan Rumah Sakit RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang sudah sesuai dengan pelayanan yang di dapatkan. Hal ini sesuai dengan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63/ KEP/M.PAN/7/2003 terdapat 14 (empat belas unsur) yang *relevan*, *valid*, dan *reliable* sebagai unsur minimal yang harus ada sebagai dasar pengukuran indeks kepuasan masyarakat tentang kewajaran biaya pelayanan.

Dari 18 item pertanyaan dan skor nilai 1 sampai dengan 4 maka nilai terendah adalah 18 dan nilai tertinggi adalah  $4 \times 18 = 72$ , jika pelayanan kesehatan tersebut di bagi dalam 4 kategori maka rank dari masing-masing kategori adalah  $= \frac{72 - 18}{4} = 13,5$ .

4

Untuk kategori pelayanan bidang kesehatan pada RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang maka dapat di tentukan ukuran sebagai berikut:

1. Sangat Baik = > 58,5 sampai dengan 72
2. Baik = > 45 sampai dengan 58,5
3. Kurang baik = > 31,5 sampai dengan 45
4. Tidak Baik = 18 sampai dengan 31,5

Berdasarkan kategori tersebut diatas serta berdasarkan hasil tabulasi tentang kualitas pelayanan kesehatan pada RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang maka dapat dilihat pada tabel berikut ini:

**Tabel. 4.19** Tabel Analisis kualitas pelayanan Kesehatan pada Ruang Rawat Inap RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang berdasarkan masing-masing kategori.

No	Kategori	Frekuensi	Presentase (%)
1	Sangat Baik	0	0
2	Baik	36	48
3	Kurang Baik	39	52
4	Tidak Baik	0	0
	<b>Jumlah</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Sumber : Data awal, Mei 2009



Dari 75 responden dalam memberikan tanggapan tentang kualitas pelayanan berdasarkan kuesioner yang disebar, maka dapat disimpulkan bahwa 36 responden (48%) menyatakan bahwa kualitas pelayanan RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang masuk kategori baik, sedangkan 39 responden (52%) menyatakan bahwa kualitas pelayanan RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang masuk kategori kurang baik. Hal ini dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden memberikan tanggapan bahwa kualitas pelayanan RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang masuk kategori kurang baik. Dengan demikian ini menunjukkan indikasi ketidakpuasan atas pelayanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit sedangkan jika kita uji dengan nilai rata-rata dari total jawaban responden maka hasilnya adalah :

$$\frac{\text{Total jawaban responden}}{\text{Jumlah Responden}} = \frac{3,356}{75} = 44,75$$

Berada pada kategori **Kurang Baik**

Hasil penelitian dan kepustakaan yang dilakukan L.J. Kurniawan dan H. Puspitosari (2007) mengemukakan bahwa faktor penyebab buruknya pelayanan publik selama ini adalah, pertama, kebijakan dan keputusan yang cenderung menguntungkan para elit politik dan sama sekali tidak pro pada rakyat. Kedua, kelembagaan yang dibangun selalu menekankan sekedar teknis-mekanis saja dan bukan pendekatan pe-martabat-an kemanusiaan. Dan ketiga, kecenderungan masyarakat yang mempertahankan sikap nrima (pasrah) apa adanya yang telah diberikan oleh pemerintah sehingga berdampak pada sikap kritis masyarakat yang tumpul. Diperparah lagi dengan adanya sikap-sikap pemerintah yang

berkecenderungan mengedepankan informality birokrasi dan mengalahkan proses formalnya dengan asas mendapatkan keuntungan pribadi.

Penelitian lain, yaitu Mastur (2006: 85) dalam tesis Primalita (1999) dengan judul Pengaruh Faktor Mutu Pelayanan Pada Kepuasan Pasien Rawat Jalan Puskesmas di Kabupaten Tulungagung, menyimpulkan bahwa terdapat hubungan kesinambungan yang signifikan antara variabel bebas (kompetensi teknis, akses pelayanan, efektifitas, efisiensi, Hubungan Antar Manusia, keamanan, kenyamanan dan kesinambungan) dengan variabel terikat (kepuasan pasien/pelanggan Puskesmas).

Menurut Bruce (1990) dalam tesis Primalita (1999), ada lima unsur dasar yang dapat membuat pasien puas antara lain: pilihan terhadap metode, informasi yang disampaikan kepada klien, kemampuan teknis para penyelenggara pelayanan, hubungan pribadi antara penyelenggara pelayanan dengan klien serta mekanisme pelayanan tindak lanjut yang mengacu pada penerapan standar dan kode etik profesi apabila dilaksanakan dengan baik maka akan memuaskan pasien sebagai pengguna jasa pelayanan kesehatan.

Kepuasan pasien, menurut Kuncoro dkk,(1994) dalam tesis Primalita (1999) ditentukan oleh tiga faktor yaitu:

- 1). Input (*man, money, materials, method, machine*)
- 2). Kualitas pelayanan
- 3). Hasil pelayanan yang diberikan kepada pasien.

Kualitas pelayanan adalah tingkat keunggulan yang diharapkan dan pengendalian atas tingkat keunggulan tersebut dalam memenuhi keinginan



pelanggan (Wyckof dalam Tjiptono,1996). Ada dua faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan yaitu *expected service* dan *perceived service* (Parasuraman et al.,(1985) dalam tesis Primalita (1999), Apabila jasa yang diterima atau dirasakan (*perceived service*) sesuai dengan yang diharapkan, maka kualitas pelayanan akan dinilai baik dan memuaskan. Jika kualitas pelayanan yang diterima melampaui harapan pelanggan,maka kualitas pelayanan dinilai sebagai kualitas yang ideal, sebaliknya bila kualitas pelayanan yang diterima lebih rendah dari yang diharapkan, maka kualitas pelayanan dinilai buruk.

Lima dimensi pokok kualitas pelayanan menurut Parasuraman adalah sebagai berikut:

- a. Bukti langsung meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai dan sarana komunikasi.
  - b. Keandalan (*reliability*) yaitu kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat dan memuaskan.
  - c. Daya tanggap (*responsiveness*) yaitu keinginan para staff untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap.
  - d. Jaminan (*assurance*) mencakup pengetahuan,kemampuan,kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staff, bebas dari bahaya, resiko dan keragu ragan.
  - e. Empati meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik, perhatian pribadi dan memahami kebutuhan para pelanggan.
- (Banjarmasin Post, 2003)

Kualitas Pelayanan yang baik adalah pelayanan kesehatan yang bermutu pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata rata penduduk, serta penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik yang telah ditetapkan (Azwar,1996).

## **B. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Pelayanan Kesehatan pada RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang**

Berdasarkan hasil penelitian di lapangan, dapat diungkapkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan bagi pasien rawat inap khususnya adalah sebagai berikut :

### **1. Kualitas tenaga pemberi Pelayanan**

Berdasarkan pengamatan peneliti dari 7 (tujuh) ruang rawat inap yang ada (Dalam, Anak, Perinatologi, Isolasi, Kebidanan, Bedah, dan VIP) bahwa dari kualitas/pendidikan tenaga sudah memenuhi kriteria yaitu Sarjana keperawatan dua orang atau 1,94% sebagai perawat ahli, Akademi 77 orang atau 74,75% sebagai perawat terampil, dan SPK 24 orang atau 23,30% katagori perawat terampil, dengan demikian secara kualitas sudah cukup memadai dan memenuhi standar tenaga keperawatan. Hal ini sesuai teori dan standar tenaga keperawatan di Rumah Sakit.

### **2. Kuantitas/ Jumlah Tenaga di Ruang Rawat Inap**

Berdasarkan pengamatan peneliti dari ketujuh ruang rawat inap yang ada dimana kuantitas/ jumlah tenaga dapat dianalisis berdasarkan

beberapa model pendekatan, yaitu berdasarkan klasifikasi pasien dan berdasarkan tingkat ketergantungan pasien.

**Tabel 4.20 Berdasarkan klasifikasi pasien:**

No	Jenis/ Kategori	Rata-rata jam perawatan/ Pasien/ hari
1	Pasien penyakit dalam	3,5
2	Pasien bedah	4
3	Pasien gawat	10
4	Pasien anak	4,5
5	Pasien kebidanan	2,5

Depkes 2002

**Tabel 4.21 Berdasarkan tingkat ketergantungan**

No	Jenis/ Kategori	Rata-rata jam perawatan/ Pasien/ hari
1	Askep Meninal ( <i>minimal care</i> )	2
2	Askep sedang	3,08
3	Askep agak berat	4,15
4	Askep maksimal	6,16

Depkes 2002

Berdasarkan perhitungan tenaga di atas dapat dianalisis bahwa kebutuhan tenaga:

a. Ruang Penyakit Dalam.

Ruang penyakit dalam merupakan ruang percontohan dalam penerapan model praktik keperawatan profesional (MPKP) dengan tenaga 26 orang, kapasitas 34 tempat tidur, pasien rata-rata/ hari 36 orang, maka dapat dianalisis kebutuhan tenaganya:

Jumlah jam perawatan
<hr/>
Jam kerja efektif per <i>shift</i>

36 pasien perhari X 3,5 = 18 Orang

---

7 jam



Ditambah hari libur/cuti/hari besar (*loss day*):

$\frac{\text{Jml hari minggu dlm 1 thn} + \text{cuti} + \text{hari besar} \times \text{jml perawat tersedia}}{\text{Jumlah hari kerja efektif}}$
--

$$\frac{52 + 12 + 14 = 78 \text{ hari} \times 18 = 4,9 = 5}{286}$$

Ditambah jumlah tenaga keperawatan yang mengerjakan tugas lain;

$\frac{\text{Jumlah tenaga keperawatan} + \text{loss day} \times 25}{100}$
--

$$\frac{18 + 5 \times 25 = 5,76 = 6}{100}$$

Jadi jumlah tenaga seharusnya di ruang penyakit dalam adalah:

$18 + 5 + 6 = 29$  orang ditambah kepala ruangan satu menjadi 30 orang. Dengan demikian kekurangan empat orang tenaga perawat.

b. Ruang rawat inap Bedah

Ruang rawat inap penyakit bedah dengan tenaga perawat 19, kapasitas tempat tidur 24, pasien rata-rata / hari 22 orang, maka dapat dianalisis kebutuhan tenaganya:

$$\frac{22 \text{ pasien perhari} \times 4 = 12,5 = 13 \text{ orang}}{7 \text{ jam}}$$

Ditambah hari libur/cuti/hari besar (*loss day*):

$$\frac{52 + 12 + 14 = 78 \text{ hari} \times 13 = 3,4 = 3 \text{ orang}}{286}$$

Ditambah jumlah tenaga keperawatan yang mengerjakan tugas lain;

$$\frac{13 + 3 \times 25}{100} = 4 \text{ orang}$$

Jadi jumlah tenaga seharusnya di ruang penyakit bedah adalah:

$13 + 3 + 4 = 20$  orang di tambah kepala ruangan satu jadi 21 Orang. Dengan demikian kekurangan satu orang tenaga perawat.

c. Ruang rawat inap anak

Ruang rawat inap penyakit anak dengan tenaga perawat 16orang, kapasitas tempat tidur 32, pasien rata-rata / hari 15 orang, maka dapat dianalisis kebutuhan tenaganya:

$$\frac{15 \text{ pasien perhari} \times 4,5}{7 \text{ jam}} = 9,6 = 10 \text{ orang}$$

Ditambah hari libur/cuti/hari besar (loss day):

$$\frac{52 + 12 + 14 = 78 \text{ hari} \times 10}{286} = 2,7 = 3 \text{ orang}$$

Ditambah jumlah tenaga keperawatan yang mengerjakan tugas lain;

$$\frac{10 + 3 \times 25}{100} = 3,25 \text{ orang} = 3 \text{ orang}$$

Jadi jumlah tenaga seharusnya di ruang penyakit bedah adalah:

$10 + 3 + 3 = 16$  orang perawat pelaksana di tambah kepala ruangan satu jadi 17 Orang. Dengan demikian kekurangan satu orang tenaga perawat pelaksana. Hal ini tidak sesuai dengan teori dan standar tenaga di Rumah Sakit.

Sebagai perbandingan untuk tenaga medis yang ada di rumah sakit

Tipe C dan RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang

**Tabel 4.22 Jumlah petugas medis pada rumah sakit type C dan RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang**

Rumah Sakit	DOKTER						
	Spesialis Anak	Penyakit Dalam	Bedah	Kandungan	Radiologi	Anestesi	Patologi Klinik
Type C	1	1	1	1	1	1	1
RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang	1	Tidak ada	1	1	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada

*Sumber : data diolah awal, Mei 2009*

Dari tabel tersebut di atas, maka jelas sekali terlihat bahwa pada RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang masih belum memenuhi standar persyaratan sebagai rumah sakit dengan tipe C.

### 3. Insentif perawat di ruang rawat inap

Peneliti juga menggali informasi tentang masalah pendapatan yang diperoleh para medis baik untuk kebutuhan fisik minimum, serta kebutuhan hidup minimum, sebagian responden memberikan tanggapan bahwa dari sisi pendapatan yang mereka terima, masih jauh dari cukup, karena mereka masih harus memiliki pekerjaan sampingan agar kehidupan mereka terus berjalan.

Belum diterapkannya standar pemberian insentif tambahan (jika mereka melakukan tugas-tugas tambahan) yang menyebabkan rata-rata dari mereka memiliki kerja sampingan. Adanya perbedaan yang sangat menyolok antara petugas biasa dengan para tenaga medis yang sudah spesialis, menyebabkan tenaga biasa sering merasa minder dan kurang dekat dengan para tenaga medis yang sudah spesialis. Ini yang kerap kali menyebabkan timbulnya gap atau kelompok-kelompok kerja yang mengarah pada rasa senang dan tidak senang sehingga suasana kerja menjadi kurang kondusif.



Adanya beban tugas tambahan tidak dibarengi dengan pemberian insentif tambahan yang memadai, sehingga terjadi banyak keluhan di antara para karyawan. Sedangkan beban tugas tambahan yang dibebankan seringkali diberikan tanpa ada jadwal yang terstruktur, sehingga para karyawan harus selalu siap setiap saat dibutuhkan. Sedangkan yang lain mengatakan bahwa, pihak Rumah Sakit telah mempekerjakan karyawannya, mulai dari tukang sapu sampai dengan tenaga dokter spesialis telah sesuai dengan aturan kerja yang berlaku, sehingga tidak terdapat keluhan yang masuk di jajaran pimpinan. Mengenai masalah pendapatan yang diterima, mereka mengatakan bahwa, apa yang telah mereka terima dari hasil kerjanya sudah dirasakan cukup, tetapi untuk pemberian tambahan pendapatan sebagai hasil dari kerja lembur masih sangat kurang karena beban kerja dan tanggung jawab yang dibebankan tidak sebanding dengan apa yang mereka terima. Kelompok ini berharap pihak Rumah Sakit segera melakukan peninjauan dan penilaian kembali atas kebijakan para pimpinan dalam menentukan upah lemburnya karyawan.

Pendapatan adalah seluruh penerimaan seseorang sebagai imbalan atas tenaga dan/atau pikiran yang telah dicurahkan untuk orang lain atau badan/orgaanisasi, baik dalam bentuk uang, natura maupun fasilitas dalam waktu tertentu. Pada dasarnya pendapatan harus dapat memenuhi kebutuhan hidup baik untuk dirinya maupun keluarga. Dalam mengukur kebutuhan hidup dengan pendapatan, ada dua metode pendekatan. Pertama pendapatan

memenuhi kebutuhan fisik minimum (KFM) dan pendapatan memenuhi kebutuhan hidup minimum (KHM).

Guna mempertahankan hidupnya, manusia memiliki bermacam-macam kebutuhan yang disebut dengan kebutuhan hidup (*human needs*). Macam-macam kebutuhan hidup itu dapat dikelompokkan ke dalam beberapa kelompok, salah satu diantaranya menjadi lima kelompok seperti yang dikemukakan oleh John F. Mee sebagai berikut :

1. *Physiological needs, oxigen, food, drink, rest, sex, temperature control.*
2. *Personal security and safety needs.*
3. *Sosial needs – togetherness.*
4. *Recognition*
5. *Self realization of one ideats*

Usaha pemenuhan kebutuhan hidup ada dua cara penentuan kebutuhan minimal bagi pegawai/karyawan, yaitu kebutuhan fisik minimum (KFM) yang berkaitan dengan kebutuhan material yang berkomponen PSP secara lengkap. Cara yang kedua adalah kebutuhan hidup minimum (KHM) yaitu kebutuhan yang sudah menyangkut pada kebutuhan akan kesejahteraan. Kenyataannya, untuk mencapai kebutuhan Fisik Minimum (KFM) dalam pengertian PSP lengkap, sulit dan berat serta membutuhkan waktu yang lama, apalagi bagi negara yang sedang membangun.

Sebagai tanda apakah KPM dengan PSP lengkap telah tercapai apa belum secara mikro dapat dilihat keadaan pegawai/pekerja sehari-hari sebagai berikut : (a) Makan teratur dengan menu 4 sehat. (b) Mampu menjaga



kesehatan dirinya. (c) Dapat mencukupi kebutuhan pakaian pribadinya yang wajar. (d) Selalu dapat hadir di tempat kerja tepat waktu. (e) Dapat menempati rumah dengan tenang, baik dengan cara sewa, kontrak atau kredit pemilikan.

Pengertian umum mengenai pendapatan dalam hubungan dengan KFM seringkali dirancukan dengan gaji. Sesungguhnya gaji merupakan bagian dari pendapatan, sehingga jumlahnya ada di bawah pendapatan. Karena adanya kerancuan tersebut, maka KFM sering dikaitkan langsung dengan gaji, artinya mengukur cukup tidaknya gaji dari perbandingan dengan KFM. Ditinjau dari segi komponen yang membentuk gaji ada 2 jenis gaji :

- a. Gaji yang terdiri dari 3 komponen, ialah gaji pokok, tunjangan kerja (jabatan dan lain-lain). Kelompok ini dinamakan G-3.
- b. Gaji yang terdiri di atas 3 komponen seperti yang telah disebutkan, yaitu ditambah dengan komponen tunjangan transpor, perumahan, dan tunjangan-tunjangan lain yang bertujuan menambah ketenangan kerja. Jenis gaji ini disebut dengan G-3 plus.

Pembandingan KFM dengan gaji dengan sendirinya ada 2 cara ; pertama pembandingan ke G-3 dan kedua pembandingan ke G-3 plus. Pembandingan G-3 pada KFM-1 terutama untuk gaji terendah umumnya masih belum memadai (contoh gaji PNS, ABRI) sedang pembandingan G-3 plus pada KFM-2 agaknya sudah lebih memadai apalagi KFM-1 sudah melampaui (seperti gaji BUMN yang besar, beberapa perusahaan nasional / asing). Sekarang apabila pembandingan KFM dilakukan terhadap pendapatan, maka terlihat sudah jauh lebih baik. Dengan alasan itulah maka ada pendapat

bahwa perbandingan pendapatan dewasa ini tidak lagi dengan KFM melainkan lebih maju lagi pembandingannya dengan KHM yang sesuai dengan perkembangan dan kemajuan pembangunan ekonomi.

Kebutuhan Hidup Minimum (KHM) derajatnya lebih tinggi dari KFM, karena di situ meliputi kebutuhan-kebutuhan sebagai manusia yang mempunyai harkat, martabat dan harga-diri, pendeknya semua jenis kebutuhan fisik/material dan kebutuhan rohani/ spiritual masuk bersama-sama menjadi ukuran kesejahteraan. Jangkauannya jelas lebih luas dari KFM. Dalam masyarakat yang sudah maju, di mana kebutuhan hidup menjadi bertambah jenis dan fungsinya, maka pandangan terhadap KFM mulai ditinggalkan dan orang bicara soal KHM. Masyarakat "bawah" pun sudah bicara soal pendidikan anak-anaknya untuk masa depan, wawasan kehidupannya juga telah berorientasi kepada masa mendatang. Hal ini memang dimungkinkan karena didorong oleh kemajuan teknologi, pembangunan dan hasil-hasil pembangunan, sehingga secara nasional terasa adanya peningkatan taraf hidup rakyat.

Pada masyarakat seperti ini orang lebih berorientasi pada soal-soal yang lebih besar yaitu soal kesejahteraan hidup, tidak lagi soal pangan dan sandang secara mikro. Pendekatan secara makro nasional lewat KHM itulah yang diperjuangkan baik melalui jalur bisnis maupun jalur pemerintahan. Melalui pendekatan KHM akan sekaligus diciptakan pendapatan yang memenuhi kebutuhan hidup material dan spiritual tidak lagi terpisah-pisah.



Hasil pengamatan yang dilakukan ternyata kebutuhan fisik minimum (KFM) hanya terpenuhi pada sebagian responden, karena mereka masuk dalam kategori PNS, dan juga bukan pegawai / karyawan BUMN. Secara pemenuhan kebutuhan hidup minimum (KHM) hanya beberapa dari responden yang menyatakan terpenuhi. Artinya pihak manajemen perlu melakukan evaluasi atas pemberian gaji dan tunjangan-tunjangan yang diberikan, serta upah lembur perlu diperhitungkan sesuai dengan beban tugas yang diberikan.

Sebagai perbandingan maka akan di jelaskan pada tabel berikut ini jumlah tenaga paramedis pada Rumah Sakit Tipe C dan RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang

Disamping beberapa faktor yang telah diungkapkan diatas, masih terdapat faktor lain yang menyebabkan lemahnya pelayanan bidang kesehatan yang diberikan oleh pihak rumah sakit umum daerah Ade Mohammad Djoen Sintang kepada masyarakat pengguna jasa pelayanan kesehatan seperti faktor-faktor dibawah ini :

1. Faktor dukungan dan minat masyarakat terhadap pelayanan bidang kesehatan yang di berikan oleh pihak rumah sakit umum daerah Ade Mohammad Djoen Sintang masih sangat kurang dirasakan oleh masyarakat sehingga masyarakat lebih memilih keluar negeri guna mendapatkan pelayanan bidang kesehatan.
2. Faktor Kondisi dan situasi rumah sakit yang kurang kondusif bagi pasien yang di rawat inap, seperti kebisingan kendaraan yang melintas di jalur

rumah sakit Ade Mohammad Djoen Sintang mengingat posisi rumah sakit umum Ade Mohammad Djoen Sintang berada pada pusat kota Sintang dan berada di antara ruas jalan umum.

Kedua faktor inilah yang sangat mempengaruhi masyarakat dalam memilih pelayanan bidang kesehatan hal ini terbukti dari hasil wawancara langsung dengan para pasien baik yang dirawat inap pada rumah sakit umum Ade Mohammad Djoen Sintang, maupun para pasien yang berobat keluar negeri Kucing dan Malaysia.

Teori *therapeutic environment* berangkat dari beberapa bidang ilmu, yaitu bidang *environmental psychology* (efek psiko-sosial dari lingkungan), *psychoneuroimmunology* (efek dari lingkungan pada sistem imun manusia), dan *neuroscience* (bagaimana otak merasakan arsitektur). Pasien di dalam sebuah fasilitas pelayanan kesehatan sering merasa takut dan tidak pasti mengenai kesehatannya, keselamatannya, dan keterasingan dari hubungan sosial normal. Secara luas, lingkungan yang kompleks dari sebuah rumah sakit memperbesar situasi yang penuh dengan stres/tekanan jiwa. Stres dapat menyebabkan sistem imun seseorang menurun, dan dapat mengurangi sumber daya spiritual dan emosional, sehingga mengurangi atau menghalangi proses pemulihan dan penyembuhan.

Para arsitek sarana kesehatan, desainer interior, dan peneliti telah mengidentifikasi empat faktor kunci, yang mana jika diaplikasikan dalam desain lingkungan eksternal pelayanan kesehatan, dapat meningkatkan secara terukur keluaran pasien:

Bukti-bukti yang dikumpulkan dari peneliti pada penelitian yang telah selesai menunjukkan manfaat terukur pada hasil keluaran pasien, keselamatan, dan kualitas pelayanan, dari faktor-faktor seperti:

- Lingkungan yang kurang tenang untuk pasien karena lokasi rumah sakit yang berada dekat jalan raya.
- Kesulitan menemukan arah (*wayfinding*) dalam kompleks bangunan
- Lingkungan eksterior dan dampaknya pada orang, peralatan, dan penggunaan ruang.

Hal yang paling menonjol sebagai penyebab tingkat kenyamanan pasien adalah lokasi rumah sakit yang berada didekat jalan raya, yang mengakibatkan bisingnya rumah sakit sebagai akibat suara kendaraan. Polusi suara atau bising adalah salah satu isu lingkungan yang terjadi di rumah sakit ini. Polusi suara adalah polusi yang tak terlihat. Perancangan kota yang tidak atau kurang mengikuti kaedah-kaedah perancangan kota ekologis akan memberikan efek bising yang semakin meningkat sejalan dengan peningkatan aktivitas dan gaya hidup urban. Seberapa besar penataan kota itu telah mampu meredam efek bising sangat memerlukan pengkajian agar dapat memberikan solusi yang tepat untuk meminimalisasi dampak polusi suara tersebut.

Apakah lingkungan seperti ini juga menjadi faktor penyebab stres pada pasien dan staf? Banyak faktor dari lingkungan yang tanpa sadar atau



disadari telah menyebabkan stres pada pasien dan staf. Bila hal ini dibiarkan berlanjut terus-menerus dikhawatirkan akan berpengaruh negatif pada kualitas *output* kesehatan pasien dan kinerja staf. Di bawah ini beberapa contoh untuk mereduksi penyebab stres:

- Pemisah akustik dari sumber-sumber *noise* atau gangguan suara. Sumber gangguan bisa berasal dari para pasien dalam satu ruang atau antar ruang, suara mesin mekanis, suara peralatan, dan sistem suara pemanggil pasien.
- Perlakuan akustikal pada koridor yang bersebelahan dengan ruang-ruang pasien. Kegiatan pada koridor (sirkulasi orang atau alat) sering mengganggu kenyamanan pasien di dalam ruang pasien.
- Pemisahan akustikal ruang kerja staf dari ruang-ruang pasien. Kegiatan kerja staf, terlebih bunyi yang ditimbulkan dari alat-alat, dapat mengganggu pasien jika ruang pasien bersebelahan dengan ruang kerja staf, dan tidak adanya pemisah kedap suara.

Kejenuhan selalu menyerang pasien rawat inap khususnya atau rawat jalan. Rawat inap selama beberapa hari, juga kegiatan menunggu penanganan medis pada pasien rawat jalan, menjadi faktor penyebab stres yang berdampak pada psikologis dan proses kesembuhan pasien. Kondisi ini yang belum dicarikan solusi oleh pihak rumah sakit. Sebenarnya pihak rumah sakit bisa melakukan hal-hal berikut untuk memberikan tingkat kenyamanan pasien. Hal ini dapat dilakukan melalui contoh berikut:



- Pemandangan alam, dari ruang-ruang pasien, dan bila memungkinkan dari lobi, ruang tunggu, dan area lain yang berpotensi “tinggi stres” bagi pasien.
- Akses menuju alam, seperti taman.
- Ruang untuk berdoa, seperti mushala, yang nyaman.
- Karya seni yang menggambarkan alam, berupa lukisan atau foto-foto.
- Adanya alunan musik yang tepat pada ruang-ruang pasien di waktu tertentu, juga dapat diterapkan pada ruang publik.
- Latihan fisik yang ringan; koridor, ruang publik, dan taman yang mendorong pasien untuk berjalan-jalan pada waktu tertentu.
- Hewan peliharaan (tertentu pastinya) dan aktivitas lain yang memungkinkan menstimulasi untuk membantu kesembuhan dan kesehatan pasien.

UNIVERSITAS TERBUKA

## BAB V

### SIMPULAN DAN SARAN

#### A. Simpulan

Berdasarkan uraian yang telah dikemukakan pada bab-bab sebelumnya, maka penulis merumuskan kesimpulan sebagai berikut:

1. Persepsi pelanggan terhadap Kualitas pelayanan kesehatan bagi pasien rawat inap pada RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang, dimata masyarakat pengguna layanan rumah sakit (pasien rawat inap) masih kurang, hal ini dibuktikan dari beberapa pertanyaan yang disebarakan, ternyata respon dari responden memberikan komentar yang negatif terhadap kualitas pelayanan yang dilaksanakan oleh RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang, yang di buktikan dengan hasil tabulasi data dari jawaban responden dimana rata-rata responden menjawab kurang baik, seperti; Dalam menjalankan alat-alat medis, fasilitas atau sarana dan prasarana pelayanan, prosedur kerja perawat di ruang rawat inap cukup baik, tarif rumah sakit tidak begitu mahal dan masih dapat terjangkau oleh mereka.
2. Faktor-Faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan bagi pasien rawat inap pada RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang, seperti; Kualitas tenaga (Pendidikan) dan jenis tenaga di ruang rawat inap dari pengamatan peneliti sudah memenuhi kriteria, kuantitas tenaga perawat, dari pengamatan

dan perhitungan yang ada di beberapa ruangan seperti penyakit dalam, bedah, dan anak masih kurang, dan insentif yang diterima oleh perawat di ruangan dirasakan masih kurang di banding dengan beban mereka, sehingga masih banyak perawat yang mencari pekerjaan sampingan seperti jual kue, baju, serta *multi level marketing*, dll.

### **B. Saran-Saran**

Berdasarkan beberapa kesimpulan telah diuraikan diatas maka dapat disaran kepada rumah sakit untuk dapat kiranya:

1. Perlu memberikan pendidikan dan pelatihan yang berkala seperti pelatihan – pelatihan peningkatan *skill* dalam penanganan pasien rawat inap dan *customer service* baik untuk tenaga perawat maupun tenaga dokter, memperhatikan ketersediaan sarana dan parasana seperti fasilitas yang ada di ruang rawat inap contoh, tensi, steteskop, dan alat penunjang lainnya.
2. Perlu menambah jumlah tenaga perawat di ruang rawat inap khususnya (penyakit dalam, bedah, anak, dan lainnya) maupun petugas medis (spesialisasi) sesuai standar rumah sakit tipe C, dan pihak manajemen di rumah sakit perlu memikirkan peningkatan insentif/ jasa pelayanan lain untuk tenaga perawat maupun tenaga medis sehingga termotivasi petugas dalam menjalankan tugasnya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alma, B. (2005). *Manajemen Pemasaran dan Pemasaran Jasa*. Bandung: Penerbit Alfabeto.
- Azwar, A. (1996). *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Aditama, TY. (2004). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: Penerbit UI Press.
- Cook, S. (2004). *Customer Care Excellence: Cara Untuk Mencapai Customer Fokus*. Jakarta: PPM.
- Djoko, W. (1997). *Manajemen Kepemimpinan dan Organisasi Kesehatan*, Surabaya : Airlangga University Press.
- Departemen Kesehatan, (2002). *Standar Tenaga Keperawatan di Rumah Sakit*. Jakarta: Dep.Kes.
- Oktaviani, SE. (2002) *Analisis Pelayanan Jasa Dalam Meningkatkan Kepuasan Pasien Rumah Sakit Tugu Ibu Cimanggis*. Diambil dari 10 Juli 2009 situs World Wide Web [Http://digilib.ac.id/](http://digilib.ac.id/).
- Foster, Timothy RV. (1999). *Customer Care: Memberikan Perhatian Kepada Pelanggan*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Gaspersz, V. (2002). *Manajemen Kualitas Dalam Industri Jasa*. Jakarta: PT. Gramedia.
- Griffin, J. (2003). *Customer Loyalty: Menumbuhkan & Mempertahankan Kesetiaan Pelanggan*. Jakarta: Erlangga.
- Handoko, H. (1997). *Manajemen Personalia dan Sumberdaya Manusia*. Yogyakarta: BPFE-Yogyakarta.
- Irawan, H. (2004). *10 Prinsip Kepuasan Pelanggan Paradigma Baru Merebut Hati Pelanggan Untuk Memenangkan Persaingan*. Jakarta: Penerbit PT Elex Media Komputindo.
- Irawan, P. (2006). *Materi Pokok Metodologi Penelitian Administrasi*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Kartajaya, H. (2006). *Converting Customer Service Into Sales: Mendayagunakan Peran Customer Service Sebagai Agen Penjualan*. Jakarta: MarkPlus&Co.
- Krowinski JW. dan Steiber, SR. (1996). *Measuring & Managing Patient Satisfaction, Satisfaction, 2<sup>nd</sup>*, American Hospital Publishing Inc.

- Latif, JK. dan Puspitosari, H. (2007). *Wajah Buram Pelayanan Publik*. Jakarta: Penerbit Malang Corruption Wach (MCM) Malang dan Aliansi Masyarakat Sipil untuk Demokrasi (YAPPIKA).
- Kotler & Bloom, 1987. *Teknik dan Strategi Pemasaran Jasa Profesional* terjemahan, Jakarta: penerbit Intermedia.
- Kotler, P. (2005). *Manajemen Pemasaran terjemahan*, edisi kesebelas. Jakarta: Penerbit Indeks.
- Kloter, P. (2000). *Manajemen Pemasaran: Analisis, Perencanaan, Implementasi dan Pengendalian Manajemen, Terjemahan, Edisi kedelapan, Buku I dan Buku II*. Jakarta: Selemba Empat.
- Kepmenkes No.228. (2002). *Standar Pelayanan Bidang Kesehatan*. Jakarta.
- Mastur. (2006). *Pengaruh Faktor Mutu Pelayanan Pada Kepuasan Pasien Rawat Jalan Puskesmas di Kabupaten Tulungagung*. Tesis.
- Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No. 81. (1993). *Peluncuran Pelayanan Prima*. Jakarta.
- Martin, W.B. (2005). *Quality Customer Service: Cara Jitu Memikat Hati Pelanggan*. Jakarta: PPM.
- Manullang. (1985). *Dasar-dasar Manajemen*. Jakarta: Ghalia.
- Mulyadi. (1998). *Total Quality Management*. Yogyakarta: Aditya Media.
- Mahsun, M. (2006). *Pengukuran Kinerja Sektor Publik*. Yogyakarta: BPFE-Yogyakarta.cf.
- Moenir, H.A.S. (1995). *Manajemen Pelayanan Umum di Indonesia*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Moleong Lexy J. (2000). *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosda Karya.
- Molachele, BA. (1993). *Analisis Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Rawat Nginap di RSUD Fatmawati Jakarta*. Tesis Program Magister Administrasi Rumah Sakit Pascasarjana Universitas Indonesia. Jakarta.
- Notoadmodjo & Soekijo. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Primalita. (1999). *Faktor-faktor Yang Dipertimbangkan Konsumen Dalam Keputusan Memilih Rumah Sakit Umum di Kota Malang*. Tesis .



- Roselawaty, M.R. (2006). *Analisis Kepuasan Pasien dan minat Pemanfaatan Kembali Rawat Inap Rumah Sakit Bhakti Mulia*. Tesis Sekolah Pascasarjana Universitas Indonesia.
- Ramiko, Septi W, Atik. (2007). *Manajemen Pelayanan cetakan I dan IV*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Supranto, J. (2002). *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan*. Jakarta: Penerbit PT. Rineka Citra.
- Sudagung, H.S. (1991). *Pengantar Metodologi Penelitian Sosial*, Pontianak, FISIPOL-UNTAN.
- Siagian, SP. (1996). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Yakarta: Bumi Aksara.
- Soedjadi J. (2003). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Ciputat-Tangerang: CV. Pucang Kembar.
- Sabarguna, Boy S & Sumarni. (2003). *Sumber Daya Manusia Rumah Sakit*. Surakarta: Konsersium RS Islam Jateng.
- Sabarguna, Boy S. (2004). *Quality Assurance Pelayanan Rumah Sakit*. Yogyakarta: Konsersium RS Islam Jateng.
- Scott, Dru. (2005). *Customer Satisfaction: Cara Praktis Membangun Hubungan Yang Menguntungkan dengan Pelanggan*. Jakarta: PPM.
- Sugiono. (1999). *Metodologi Penelitian Bisnis*. Bandung: Alfabeta.
- Tjiptono, F. (2005). *Service, Quality & Satisfaction*. Yogyakarta: ANDI.
- Trisnantoro L. (2004). *Memahami Ilmu Ekonomi Dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Penerbit Gajah Mada University Press.
- Agustina, V. (2002). *Tingkat Kepuasan Pasien Rawt Inap Terhadap Pelayanan Keperawatan di Badan Rumah Sakit Daerah Kepanjen*. Diambil dari 10 Juli 2009 situs World Wide Web [Http://digilib.ac.id/](http://digilib.ac.id/).
- Vincent, Gazpers. (1997). *Manajemen Kualitas dalam Industri Jasa*. Jakarta: Gramedia.
- Wahyudi. (2006). *Manajemen konflik dalam organisasi*. Cetakan kedua. Bandung; Penerbit Alfabeta.
- Wijono D. (1999). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Teori Strategi dan Aplikasi*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Yoeti, OA. (2005). *Customer Service Cara Efektif Memuaskan Pelanggan*. Jakarta: PT Penebar Swadaya.

### KUESIONER

Dalam rangka menjangkau informasi berkaitan dengan **Analisis Kualitas Layanan Kesehatan Terhadap Kepuasan Pelanggan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ade Mohammad Djoen Sintang** berikut akan dilakukan kegiatan penelitian. Untuk itu saudara diminta untuk mengisi kuesioner yang kami sampaikan ini. Jawaban saudara dijamin kerahasiannya. Atas kesediaan saudara mengisi kuesioner ini disampaikan terimakasih.

Petunjuk :

- 1 = Sangat Tidak Setuju
- 2 = Tidak Setuju
- 3 = Setuju
- 4 = Sangat Setuju

Uraian	Jawaban			
	1	2	3	4
1. Petugas kesehatan rawat inap yang melayani Saudara, terampil dalam melaksanakan tugasnya terutama dalam hal operasional alat-alat medis seperti stetoskop, tensimeter dan alat suntik.				
2. Dalam menjalankan tugasnya Petugas rawat inap terlihat cekatan tidak kelihatan lambat.				
3. Petugas mempunyai kemampuan yang baik sesuai dengan bidang tugasnya masing-masing.				
4. Setiap tindakan yang dilakukan petugas dalam melayani pasien dapat dipertanggungjawabkan.				
5. Tarif yang harus Saudara bayar untuk mendapatkan pelayanan kesehatan Rumah Sakit khususnya rawat inap tidak terlalu mahal dan terjangkau dari lingkungan kemampuan Saudara.				
6. Bahasa yang digunakan pelayanan kesehatan rawat inap mudah Saudara pahami dan Saudara terima.				
7. Teknologi, cara dan metode pengobatan yang diberikan untuk pasien rawat inap di Rumah Sakit sudah tepat untuk daerah Saudara.				
8. Dalam memberikan pelayanan petugas kesehatan rawat inap selalu memperhatikan resiko-resiko yang mungkin terjadi sesuai dengan keadaan kondisi Saudara.				

<p>9. Pengobatan rawat inap yang dilaksanakan di Rumah Sakit sudah efektif.</p> <p>10. Prosedur rawat inap pelayanan yang diberikan di Rumah Sakit sudah efektif.</p> <p>11. Standar pelayanan rawat inap yang digunakan di Rumah Sakit sudah efektif.</p> <p>12. Obat yang diberikan kepada Saudara sudah efisien terhadap penyakit yang Saudara derita.</p> <p>13. Pelaksanaan pelayanan kesehatan rawat inap yang dilakukan petugas hanya sebatas pada hal yang berkaitan dengan diagnosis penyakit yang Saudara derita.</p> <p>14. Petugas rawat inap menghargai dan menghormati Saudara.</p> <p>15. Komunikasi saudara dengan petugas rawat inap dapat terjadi dengan baik.</p> <p>16. Saudara merasa aman dalam menerima pelayanan kesehatan rawat inap di Rumah Sakit.</p> <p>17. Gedung, peralatan inap yang ada sudah dapat memberikan rasa aman pada diri Saudara.</p> <p>18. Keadaan fisik ruangan rawat inap menurut pendapat Saudara dapat memberikan kenyamanan pada Saudara dalam menerima pelayanan kesehatan.</p>				
--	--	--	--	--

## TRANSKRIP PEDOMAN WAWANCARA

### Petunjuk Pengisian :

Jawablah pertanyaan-pertanyaan berikut ini selengkap-lengkapnyanya sesuai dengan kondisi yang ada pada unit kerja saudara/i, menurut pendapat saudara/i sendiri. Apabila halaman pengisian dirasakan kurang, maka isilah pada lampiran yang tersedia dalam pedoman wawancara ini. Kerahasiaan jawaban saudara/i menjadi tanggung jawab kami. Atas bantuan saudara/i kami ucapkan terimakasih.

1. Menurut pendapat saudara/i, bagaimana faktor kesadaran para petugas (dokter, perawat, dan petugas medis lainnya) selama memberikan pelayanan bagi pasien rawat inap pada RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang?  
Jawab: Cukup sadar dan tanggap terhadap kebutuhan pasien, dengan tenaga yang masih terbatas seperti ini bang, tolong ditambahlah tenaga kita ni.
2. Menurut pendapat saudara/i, bagaimana aturan kerja yang ada dilingkungan saudara/i dalam pelaksanaan kegiatan sehari-hari, baik itu menyangkut kewenangan, pengetahuan, dan pengalaman, kemampuan bahasa, pemahaman oleh pelaksana, dan disiplin dalam pelaksanaan pelayanan (dari segi waktu dan disiplin kerja) yang berhubungan dengan pemberian pelayanan bagi pasien rawat inap?  
Jawab: Lingkungan cukup enak, aturan kerja cukup disiplin, dan kita sudah ada pembagian tugas di ruangan karena setiap hari kita dibagi pasien oleh ketua Tim, bahasa tidak ada masalah bang.
3. Menurut pendapat saudara/i bagaimana faktor organisasi ditinjau dari sistem kerja, prosedur kerja, metode kerja dilingkungan kerja saudara/i yang berhubungan dengan pemberian pelayanan bagi pasien rawat inap?  
Jawab: Sistem kerja di sini cukup baik, ada juga protap, kita semi timlah metodenya.
4. Menurut pendapat saudara/i, bagaimana faktor pendapatan yang saudara peroleh selama ini baik itu kebutuhan Fisik Minimum, serta kebutuhan hidup Minimum?  
Jawab: Jasanya belum memadai, terutama jasa pelayanan yang kami terima belum cukup sebanding dengan beban kami apalagi kalau pasien banyak dan perlu dirawat di selasar-selasar, maka teman-teman cari tambahan dengan berjalan gitu, dll
5. Menurut pendapat saudara/i, bagaimana faktor kemampuan dan ketrampilan petugas ditinjau dari aspek *technical skill*, *human skill*, dan *conceptual skill* dilingkungan kerja saudara/i selama memberikan pelayanan bagi pasien rawat inap?  
Jawab: Karena kami di sini rata-rata kawan yang masih baru-baru dan pegawai honor, jadi untuk keterampilan memang belum maksimallah dan kalau bisa kami usul ada pelatihan-pelatihan diikutkan.
6. Menurut pendapat saudara/i, bagaimana faktor sarana kerja yang menyangkut peralatan kerja, perlengkapan kerja, perlengkapan alat bantu dilingkungan kerja saudara/i selama saudara memberikan pelayanan bagi pasien rawat inap?  
Jawab: Sarana untuk menunjang kelancaran dalam pekerjaan kami rasakan belum cukup, contoh tensi saja di ruangan ini hanya ada 2 buah sedangkan kami ada 3 tim

seharusnya setiap tim minimal 1 tensi, belum lagi kalau tensi rusak kami harus pinjam keruangan lain.

7. Menurut pendapat saudara/i bagaimana faktor fasilitas kerja dilingkungan kerja saudara/i yang menyangkut kondisi gedung, fasilitas ruangan, telepon umum, dan alat panggil serta fasilitas lainnya dilingkungan kerja saudara/i selama saudara/i memberikan pelayanan bagi para pasien rawat inap?

Jawab: Cukup baik seperti alat komunikasi/telpon ruangan sudah berfungsi., gedung kita sudah cukup bersih setelah ada clening service yang di kontrak Pemda, juga pendingin ruangan cukup baik.

UNIVERSITAS TERBUKA



Lampiran: 3

## TRANSKIP OBSERVASI

NO	URAIAN	HASIL OBV	
		YA	TDK
1	Perawat terlihat sebelum dan sesudah melakukan tindakan selalu mencuci tangan	√	
2	Perawat ketika kontak ke pasien selalu memanggil nama pasien		√
3	Petugas rawat inap terlihat terampil dalam melakukan tindakan		√
4	Petugas rawat inap terlihat memperkenalkan diri		√
5	Ruangan rawat inap terlihat sampai ke lorong-lorong ruangan	√	
6	Petugas rawat inap terlihat tanggap merespon pasien yang memanggil		√
7	Petugas rawat inap terlihat melakukan prosedur tindakan saat melaksanakan tindakan	√	
8	Petugas rawat inap terlihat ada yang berjulan baju, IFA di ruangan	√	
9	Petugas rawat inap selalu terlihat memakai (masker, sarung tangan) bila kontak ke pasien	√	
10	Petugas rawat inap terlihat berpakaian lengkap		√
11	Prosedur tindakan di ruangan ada	√	
12	Bell ruangan berfungsi		√
13	Tempat tidur pasien bersih	√	
14	Jadwal dinas ruangan ada	√	
15	Papan informasi di ruangan ada	√	
16	Petugas jaga selalu ada operan dinas (pag,sore,malam)	√	
17	Kotak saran di ruangan ada	√	
18	Jam besuk ada dan dipatuhi		√



Gambar 1 : Plang nama Rumah Sakit Umum Daerah ( RSUD ) Ade Mohammad Djoen Sintang



Gambar 2 : Kondisi RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang tampak dari Depan



Gambar 3 : Ruang Rawat Inap kelas III untuk laki-laki berjumlah 8 Tempat tidur



Gambar 4 : Ruang Rawat Inap Kelas II berjumlah empat (4) bangsal



Gambar 5 : Ruang Rawat Inap kelas III wanita berjumlah delapan (8) Tempat tidur.



Gambar: 6 Kondisi Ruangan Rawat Inap pada saat musim endemik, pasien dirawat di lorong-lorong Ruamh Sakit

Tabel  
**PENENTUAN JUMLAH SAMPEL DARI POPULASI TERTENTU  
 DENGAN TARAP KESALAHAN 1%, 5%, 10%**

N	S			N	S			N	S		
	1%	5%	10%		1%	5%	10%		1%	5%	10%
10	10	10	10	280	197	155	138	2.800	537	310	247
15	15	14	14	290	201	158	140	3.000	543	312	248
20	19	19	19	300	207	161	143	3.500	558	317	251
25	24	23	23	320	216	167	147	4.000	569	320	254
30	29	28	27	340	225	172	151	4.500	578	323	255
35	33	32	31	360	234	177	155	5.000	586	326	257
40	38	36	35	380	142	182	158	6.000	598	329	259
45	42	40	39	400	250	186	162	7.000	606	332	261
50	47	44	42	420	257	191	165	8.000	613	334	263
55	51	48	46	440	265	195	168	9.000	618	335	263
60	55	51	49	460	272	198	171	10.000	622	336	263
65	59	55	53	480	279	202	173	15.000	635	340	266
70	63	58	56	500	285	205	176	20.000	642	342	267
75	67	62	59	550	301	213	182	30.000	649	344	268
90	71	65	62	600	315	221	187	40.000	653	345	269
85	75	68	65	650	329	227	191	50.000	655	346	269
90	79	72	68	700	341	233	195	75.000	658	346	270
95	83	75	71	750	352	238	199	100.000	659	347	270
100	87	78	73	800	363	243	202	150.000	661	347	270
110	94	84	78	850	373	247	205	200.000	661	347	270
120	102	89	83	900	382	251	208	250.000	662	348	270
130	109	95	88	950	391	255	211	300.000	662	348	270
140	116	100	92	1.000	399	258	213	350.000	662	348	270
150	122	105	97	1.100	414	265	217	400.000	662	348	270
160	129	110	101	1.200	427	270	221	450.000	663	348	270
170	135	114	105	1.300	440	275	224	500.000	663	348	270
180	142	119	108	1.400	450	279	227	550.000	663	348	270
190	148	123	112	1.500	460	283	229	600.000	663	348	270
200	154	127	115	1.600	469	286	232	650.000	663	348	270
210	160	131	118	1.700	477	289	234	700.000	663	348	270
220	165	135	122	1.800	485	292	235	750.000	663	348	270
230	171	139	125	1.900	492	294	237	800.000	663	348	271
240	176	142	127	2.000	498	297	238	850.000	663	348	271
250	182	146	130	2.200	510	301	241	900.000	6663	348	271
260	187	149	133	2.400	520	204	243	950.000	663	348	271
270	192	152	135	2.600	529	307	245	1.000.000	663	348	271
								∞	664	349	272

Sumber: tabel Isaac dan Michael

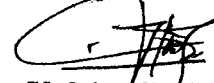


**DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL  
PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS TERBUKA  
JL. Cabe Raya, Pondok Cabe Ciputat 15418  
Telp.021.7415050, Fax 021.7415588**

**BIODATA**

Nama : Yulsius Jualang  
NIM : 014991591  
Tempat / Tanggal Lahir : Sintang, 13 Juni 1966  
Registrasi Pertama : 2007/2008  
Riwayat Pendidikan : - SDN Merpak Tahun 1980  
- SMPN 2 Sintang Tahun 1983  
- SMAN 2 Sintang Tahun 1986  
- AKPER Dep Kes RI Jakarta Tahun 1997  
- FIK UI Jakarta Tahun 2004  
Riwayat Pekerjaan : -PNS Kabupaten Sintang Staf Puskesmas  
Pemuar Kecamatan Belimbing Tahun  
1988-1994  
-Staf RSUD Ade Moh. Djoen Sintang  
Kabupaten Sintang Tahun 1998-  
sekarang  
Alamat Tetap : Jln. MT. Haryono BTN Cipta Mandiri I Blok E N0.15  
Telp.(0565) 24358 Sintang  
Telp/Hp : 0565.24358/ 081352108345

Sintang, Juli 2009



**Yulsius Jualang**  
**NIM. 014991591**



14/41217.pdf

**PEMERINTAH KABUPATEN SINTANG**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ADE MOHAMMAD DJOEN**  
JALAN PATTIMURA TELP ( 0565 ) 21002 – 22022 FAX 23691  
SINTANG - 78611

Sintang, 14 April 2009

Nomor : 800/2332 / Kepada  
Lampiran :- Yth, Kepala UPBJJ Universitas Terbuka  
Perihal : Permohonan ijin Penelitian Pontianak  
Tesis (TAPM) An. R.Aseng, dkk di-

**PONTIANAK**

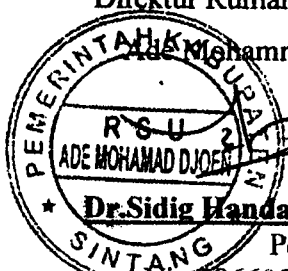
Menindaklanjuti Surat Kepala UPBJJ Universitas Terbuka Pontianak Nomor: 0296/H31.43/AK/2009 tanggal, 4 April 2009 tentang permohonan ijin penelitian tesis (TAPM) mahasiswa atas nama:

1. Rachmat Aseng NIM: 014946339
2. Sabran NIM: 014944539
- ③ Yulsius Jualang NIM: 014991591

Pada prinsipnya kami tidak keberatan dan menerima permohonan untuk mengadakan penelitian di Rumah Sakit Ade Mohammad Djoen Sintang.

Demikian disampaikan atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

Direktur Rumah Sakit Umum Daerah  
Ade Mohammad Djoen Sintang,

  
**Dr. Sidig Handanu Widoyono, M.Kes**  
Pembina  
Nip.19660516 199603 1 003