

**TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER (TAPM)**

**ANALISIS HUBUNGAN PELAYANAN KESEHATAN DENGAN  
*BED OCCUPANCY RATE (BOR)* DI RUMAH SAKIT UMUM  
DAERAH SUKAMARA KALIMANTAN TENGAH**



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

**Disusun Oleh :**

**BENSON NABABAN**

**NIM. 017981202**

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS TERBUKA  
JAKARTA  
2012**

## ABSTRAK

Analisis Hubungan antara Pelayanan Kesehatan dengan *Bed Occupancy Rate* (BOR) Di Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara Kalimantan Tengah.

BENSON NABABAN

UNIVERSITAS TERBUKA

[bensonababan88@gmail.com](mailto:bensonababan88@gmail.com)

Kata Kunci: Pelayanan Kesehatan yang baik akan meningkatkan jumlah penggunaan tempat tidur (BOR) di Rumah Sakit.

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan memiliki peran yang sangat strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Pola pelayanan kesehatan yang diharapkan adalah pelayanan yang berkualitas, sehingga mampu mereduksi angka kesakitan dan kematian serta menciptakan masyarakat sehat dan sejahtera. Pengukuran kualitas mutu pelayanan rumah sakit dapat diketahui melalui beberapa indikator.

Salah satu indikator yang sering digunakan adalah : *Bed Occupancy Rate* (BOR). Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan pelayanan kesehatan dengan *Bed Occupancy Rate* (BOR) di Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara Kalimantan Tengah. Desain yang digunakan deskriptif korelasional dengan pendekatan *cross-sectional*, besar sampel 112 orang. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara pelayanan kesehatan dengan pencapaian BOR di ruang rawat inap RSUD Sukamara Kalimantan Tengah. yaitu dengan  $p\text{ value} = 0,011 < \alpha (0,05)$ .

Berdasar hasil tersebut diharapkan dapat menjadi acuan bagi rumah sakit dalam menentukan alternatif manajemen RS dalam menentukan keputusan, membuat kebijakan, serta dalam penyusunan Standard Prosedur Operasional (SPO) yang berkaitan dengan pemberian pelayanan kesehatan sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit.

.

## ABSTRACT

Analyse Correlation Health of Service with Bed Occupancy Rate (BOR ) in Local Hospital of Sukamara Central Kalimantan.

BENSON NABABAN

OPEN UNIVERSITY

[bensonababan88@gmail.com](mailto:bensonababan88@gmail.com)

Key word : Health of Service, Bed Occupancy Rate ( BOR )

Hospital is one of health service facilities have function that very important to create aceleration of health degree civil society. Health service methode that hope is quality of service, so can reduce morbidity and mortality number and also can create health and happy of civil society. Measured Quality of health care service can be look from more indicators . that one of all is bed occupancy rate (BOR). Goal of this research is to know correlation health of service with Bed Occupancy Rate (BOR ) in Local Hospital of Sukamara Central Kalimantan.

Design that use in this research is descriptive correalation with methode cross sectional. Amount of sample are 112 person. Result of this research show any correlation that significant between Health of Service with Bed Occupancy Rate (BOR ) in Local Hospital of Sukamara Central Kalimantan with  $p\text{-value} = 0,011 < \alpha (0,05)$ .

According that result is hoped hospital can make alternative manage to make decition, make policy and also to make standart operational procedure that correlate with health of service so can create standart of quality in the hospital.

DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL  
PROGRAM PASCA SARJANA  
UNIVERSITAS TERBUKA  
Jln. Cabe Raya, Pondok Cabe, Pamulang, Tangerang Selatan 15418  
Telp.021.7415050. Fax.021.7415588

**MEGISTER ADMINISTRASI PUBLIK**

**PERNYATAAN**

TAPM yang berjudul **ANALISIS HUBUNGAN PELAYANAN KESEHATAN DENGAN BED OCCUPANCY RATE DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUKAMARA KALIMANTAN TENGAH** 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.

Palangka Raya, Juli 2013

Yang Menyatakan

METERAI  
TEMPEL



739B4ABF558556868

ENAM RIBU RUPIAH  
6000

DJP

**BENSON NABABAN**

**NIM.017981202**

DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL  
PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS TERBUKA  
Jl. Cabe Raya, Pondok Cabe, Pamulang, Tangerang Selatan 15418  
Telp. 021.7415050, Fax. 021.7415588

LEMBAR PERSETUJUAN TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER  
(TAPM)

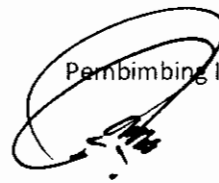
JUDUL TAPM : ANALISIS HUBUNGAN PELAYANAN KESEHATAN DENGAN BED  
OCCUPANCY RATE (BOR) DIRUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUKAMARA  
KALIMANTAN TENGAH.  
NAMA : BENSON NABABAN  
NIM : 017981202  
PROGRAM STUDI : MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK (MAP)/90

Pembimbing I



DR. TIAHJANULIN DOMAI, MS.

Pembimbing II

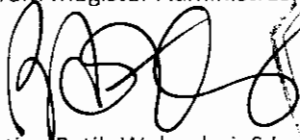


DR. WAWAN KARTIWA, MSi

Mengetahui,

Ketua Bidang Ilmu/

Program Magister Administrasi Publik



Florentina Ratih Wulandari, S.Ip. M.Si  
NIP. 19710609 199802 2 001

Direktur Program Pascasarjana



Suciati, M.Sc., Ph.D.  
NIP. 19520213 198503 2 001

**DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL  
PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS TERBUKA  
Jl. Cabe Raya, Pondok Cabe, Pamulang, Tangerang Selatan 15418  
Telp. 021.7415050, Fax. 021.7415588**

**UNIVERSITAS TERBUKA  
PROGRAM PASCASARJANA  
PROGRAM MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK**

### PENGESAHAN

NAMA : BENSON NABABAN  
NIM : 017981202  
PROGRAM STUDI : MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK (MAP)/90  
JUDUL TAPM : ANALISIS HUBUNGAN PELAYANAN KESEHATAN DENGAN BED  
OCCUPANCY RATE (BOR) DIRUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUKAMARA  
KALIMANTAN TENGAH.

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Penguji Tugas Akhir Program Magister (TAPM) Program Studi Administrasi Publik Program Pascasarjana Universitas Terbuka pada:

Hari / Tanggal : 20 JULI 2012  
Waktu : 07.00 WIB s/d 09.00 WIB

Dan telah dinyatakan LULUS / TIDAK LULUS

Panitia Penguji TAPM

Ketua Komisi Penguji

Prof.Dr. Holten Sion, M.Pd : .....

Penguji Ahli

Dr. ROY V. SALOMO, M.Soc.Sc : .....

Pembimbing I

DR. TJAHJANULIN DOMAI, MS. : .....

Pembimbing II

DR. WAWAN KARTIWA, MSi : .....

## KATA PENGANTAR

Puji Syukur saya panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan penulisan TAPM (Tesis) dengan judul **“ANALISIS HUBUNGAN PELAYANAN KESEHATAN DENGAN BED OCCUPANCY RATE (BOR) DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUKAMARA KALIMANTAN TENGAH”**.

Penulisan TAPM ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Sains Program Pascasarjana Universitas Terbuka.

Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sejak mulai perkuliahan sampai pada penulisan penyusunan TAPM ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan TAPM ini. Oleh karena itu, saya menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada :

- (1) Ibu SUCIATI, M.Sc.,Ph.D, selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Terbuka;
- (2) Prof. Dr. HOLTEN SION, MPd, Kepala UPBJJ-UT Palangka Raya selaku penyelenggara Program Pascasarjana;
- (3) Bupati Sukamara, Bapak H.AHMAD DIRMAN, yang sepenuhnya mendukung dan memberikan kesempatan (Izin Belajar) untuk mengikuti Program Pascasarjana Universitas Terbuka UPBJJ-UT Palangka Raya.
- (4) DR. ROY V. SALOMO selaku Penguji Ahli Tesis, atas masukan dan pengkayaan materi yang telah diberikan kepada penulis.
- (5) F.R. WULANDARI, SIP, M.Si selaku Sekretaris Penguji Tesis, atas masukan dan pengkayaan materi yang telah diberikan kepada penulis.

- (6) Pembimbing I, Dr.TJAHJAULIN DOMAI, MS. yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan TAPM ini.
- (7) Pembimbing II, Dr. WAWAN KARTIWA, M.Si. yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan TAPM ini.
- (8) Ketua Bidang Ilmu Administrasi Program Magister Administrasi Publik, selaku penanggung jawab Program Pascasarjana Universitas Terbuka.
- (9) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara selaku atasan langsung yang juga mendukung saya dalam mengikuti Program Pascasarjana Universitas Terbuka UPBJJ-UT Palangka Raya dari awal hingga akhir pendidikan.
- (10) Direktur RSUD Sukamara beserta staf yang telah membantu saya dalam melakukan survei dan Penelitian serta berpartisipasi dalam proses penelitian sekaligus sebagai lokus / tempat kegiatan penelitian TAPM ini.
- (11) Kepada kedua Orang Tua saya, Ayahnda B. NABABAN dan Ibunda tercinta S.br. HUTASOIT Hanya ucapan terimakasih yang tulus ikhlas ananda persembahkan kepadamu.
- (12) Kepada Seluruh Keluarga, terutama Isteri tercinta dr. EFLIN NORA MARLINA SIANIPAR dan PUTRA-PUTRAKU tersayang : RINJANI NABABAN dan RYAN IMMANUEL NABABAN, yang telah memberikan pengertian, bantuan materil serta dukungan moril dalam penyelesaian TAPM ini.



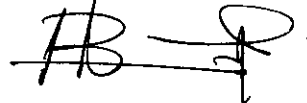
(13) Rekan-Rekan Mahasiswa Program Magister Administrasi Publik, UPBJJ-UT Palangka Raya, yang juga telah banyak membantu saya dalam penyelesaian TAPM ini.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa senantiasa berkenan melimpahkan rahmat dan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu.

Semoga TAPM ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu, khususnya Ilmu Administrasi Publik.

**Sukamara, Juli 2013**

**Penulis**

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Benson Nababan', written over a horizontal line.

**BENSON NABABAN**  
**NIM.017981202**

## ABSTRAK

Analisis Hubungan antara Pelayanan Kesehatan dengan *Bed Occupancy Rate* (BOR) Di Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara Kalimantan Tengah.

BENSON NABABAN

UNIVERSITAS TERBUKA

[bensonnababan88@gmail.com](mailto:bensonnababan88@gmail.com)

Kata Kunci: Pelayanan Kesehatan yang baik akan meningkatkan jumlah penggunaan tempat tidur (BOR) di Rumah Sakit.

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan memiliki peran yang sangat strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Pola pelayanan kesehatan yang diharapkan adalah pelayanan yang berkualitas, sehingga mampu mereduksi angka kesakitan dan kematian serta menciptakan masyarakat sehat dan sejahtera. Pengukuran kualitas mutu pelayanan rumah sakit dapat diketahui melalui beberapa indikator.

Salah satu indikator yang sering digunakan adalah : *Bed Occupancy Rate* (BOR). Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan pelayanan kesehatan dengan *Bed Occupancy Rate* (BOR) di Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara Kalimantan Tengah. Desain yang digunakan deskriptif korelasional dengan pendekatan *cross-sectional*, besar sampel 112 orang. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara pelayanan kesehatan dengan pencapaian BOR di ruang rawat inap RSUD Sukamara Kalimantan Tengah. yaitu dengan  $p\text{ value} = 0,011 < \alpha (0,05)$ .

Berdasar hasil tersebut diharapkan dapat menjadi acuan bagi rumah sakit dalam menentukan alternatif manajemen RS dalam menentukan keputusan, membuat kebijakan, serta dalam penyusunan Standard Prosedur Operasional (SPO) yang berkaitan dengan pemberian pelayanan kesehatan sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit.

## ABSTRACT

Analyse Correlation Health of Service with Bed Occupancy Rate (BOR ) in Local Hospital of Sukamara Central Kalimantan.

BENSON NABABAN

OPEN UNIVERSITY

[bensonnababan88@gmail.com](mailto:bensonnababan88@gmail.com)

Key word : Health of Service, Bed Occupancy Rate ( BOR )

Hospital is one of health service facilities have function that very important to create aceleration of health degree civil society. Health service methode that hope is quality of service, so can reduce morbidity and mortality number and also can create health and happy of civil society. Measured Quality of health care service can be look from more indicatores . that one of all is bed occupancy rate (BOR). Goal of this research is to know correlation health of service with Bed Occupancy Rate (BOR ) in Local Hospital of Sukamara Central Kalimantan.

Design that use in this research is descriptive correalation with methode cross sectional. Amount of sample are 112 person. Result of this research show any correlation that significant between Health of Service with Bed Occupancy Rate (BOR ) in Local Hospital of Sukamara Central Kalimantan with p-value =  $0,011 < \alpha (0,05)$ .

According that result is hoped hospital can make alternative manage to make decition, make policy and also to make standart operational procedure that correlate with health of service so can create standart of quality in the hospital.

## DAFTAR ISI

	Halaman
Abstrak .....	i
Lembar Pernyataan .....	v
Lembar Persetujuan TAPM .....	vi
Lembar Pengesahan .....	vii
Kata Pengantar .....	viii
Daftar Isi .....	xi
Daftar Gambar .....	xiii
Daftar Tabel .....	xiv
Daftar Lampiran .....	xviii
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Rumusan Masalah .....	8
C. Tujuan Penelitian .....	8
D. Manfaat Penelitian .....	8
E. Bidang Ilmu.....	9
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>10</b>
A. Tinjauan Teori .....	10
1. Rumah Sakit.....	10
2. Mutu Pelayanan Kesehatan .....	14
3. Pelayanan Kesehatan .....	20
4. Fasilitas Penunjang .....	53
5. Bed Occupancy Rate .....	55

B. Kerangka Teori .....	58
C. Kerangka Konsep .....	59
BAB III METODELOGI PENELITIAN .....	60
A. Desain Penelitian .....	60
B. Waktu dan tempat Penelitian .....	60
C. Populasi dan Sampel .....	60
D. Defenisi Operasional .....	65
E. Etika Penelitian .....	66
F. Alat Pengumpul Data .....	67
G. Prosedur Pengumpul Data .....	67
H. Analisis data.....	69
BAB IV TEMUAN DAN BAHASAN .....	73
A. Gambaran Umum Penelitian .....	73
B. Hasil Penelitian .....	73
C. Pembahasan .....	81
D. Keterbatasan Penelitian .....	89
BAB V PENUTUP .....	90
A. Kesimpulan .....	90
B. Saran.....	91
DAFTAR PUSTAKA .....	92

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan merupakan salah satu bagian dari pembangunan nasional. Tujuan pembangunan kesehatan adalah untuk tercapainya kehidupan yang sehat bagi tiap penduduk agar dapat tercapai derajat kesehatan yang optimal sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dari pembangunan nasional. Dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan perlu adanya unsur penyedia pelayanan kesehatan, salah satunya adalah rumah sakit.<sup>(25)</sup>

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan memiliki peran yang sangat strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Pola pelayanan kesehatan yang diharapkan adalah pelayanan yang berkualitas, sehingga mampu mereduksi angka kesakitan dan kematian serta menciptakan masyarakat sehat dan sejahtera.

Rumah sakit berkewajiban memberikan pelayanan yang layak dan semestinya berdasarkan kode etik dan norma-norma yang berlaku kepada pasien sebagai konsumen dari pengguna pelayanan jasa dari rumah sakit. Pasien juga berhak mendapatkan pelayanan yang disertai dengan keramah tamahan petugas kesehatan salah satunya perawat. Perawat memberikan pengaruh besar untuk menentukan kualitas pelayanan. Perawat

sebagai ujung tombak pelayanan terhadap pasien dan keluarganya di rumah sakit, karena frekuensi pertemuannya dengan pasien yang paling sering .<sup>(3)</sup>

Konsumen yang loyal tidak membutuhkan banyak waktu untuk memutuskan jasa apa yang akan mereka gunakan. Menurut Assael (1992) bahwa loyalitas produk atau jasa juga merupakan penyederhanaan kegiatan dalam proses pengambilan keputusan, konsumen melewati banyak proses dari mulai pengenalan kebutuhan, mencari informasi, evaluasi alternatif sampai pembelian. Jika keinginan mereka ada pada konsumen maka ketika ada kebutuhan terhadap suatu jasa, mereka akan langsung menggunakan jasa tersebut tanpa berpikir dua kali untuk menggunakan jasa mereka.

Setiap masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis dan membayar sesuai dengan kemampuannya. Rumah sakit merupakan tempat pelayanan yang terjangkau dan bernilai bagi seluruh masyarakat. Rumah sakit memberi pelayanan yang sesuai dengan pelayanan medis tanpa membedakan ras, agama dan kemampuan ekonomi pasien. Masyarakat dalam memilih pelayanan rumah sakit karena pelayanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit dapat memuaskan dan memberikan kesan menyenangkan, sehingga ada keinginan untuk kembali menggunakan jasa rumah sakit.<sup>(2)</sup>

Pelayanan kesehatan yang baik, bermutu, profesional, dan diterima pasien merupakan tujuan utama pelayanan rumah sakit. Namun hal ini tidak mudah dilakukan dewasa ini. Meskipun rumah sakit telah dilengkapi dengan

tenaga medis, perawat, dan sarana penunjang lengkap, masih sering terdengar ketidakpuasan pasien akan pelayanan kesehatan yang mereka terima.

Pelayanan kesehatan dewasa ini jauh lebih kompleks dibandingkan dengan beberapa dasawarsa sebelumnya. Beberapa faktor yang mendorong kompleksitas pelayanan kesehatan pada masa kini antara lain: 1. Semakin kuat tuntutan pasien/masyarakat akan pelayanan kesehatan bermutu, efektif, dan efisien, 2. Standar pelayanan kesehatan harus sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran, 3. Latar belakang pasien amat beragam (tingkat pendidikan, ekonomi, sosial, dan budaya), dan 4. Pelayanan kesehatan melibatkan berbagai disiplin dan institusi.

Situasi pelayanan kesehatan yang kompleks ini seringkali menyulitkan komunikasi antara pasien dan pihak penyedia layanan kesehatan. Komunikasi yang baik amat membantu menyelesaikan berbagai masalah sedangkan komunikasi yang buruk akan menambah masalah dalam pelayanan kesehatan. Di samping komunikasi yang baik, pelayanan kesehatan harus memenuhi kaidah-kaidah profesionalisme dan etis. Untuk menangkal hal-hal yang berpotensi merugikan berbagai pihak yang terkait dengan pelayanan kesehatan di rumah sakit dan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan maka perlu ditingkatkan kemampuan tenaga kesehatan menyelesaikan masalah-masalah medis dan non-medis di rumah sakit dan tercipta struktur yang mendukung pelayanan kesehatan secara profesional dan berkualitas.

Kenyataan yang terjadi di Rumah Sakit Daerah Sukamara Kalimantan Tengah tentang pelayanan yang diterima pasien ternyata ada beberapa



pendapat yang beragam dari beberapa pasien yang dirawat baik rawat jalan maupun rawat inap. Pada studi pendahuluan kepada pasien yang dirawat mengenai pelayanan yang diterima pasien menunjukkan bahwa pelayanan yang diterima pasien dari para perawat cenderung cukup memuaskan. Hasil wawancara terhadap pasien rawat inap dan rawat jalan didapatkan informasi seperti yang terangkum dibawah tabel berikut :

Nama	Diagnosa	Lama dirawat	Alamat	Umur	Kesan secara umum tentang pelayanan kesehatan yang diterima
Tn. M	Tipoid	5 hari	Sukamara	43 th	Kurang Memuaskan
Tn. K	Fraktur	14 hari	Balai Riam	26 th	Kurang Memuaskan
Ny. Y	DBD	5 hari	Sukamara	35 th	Cukup Memuaskan
Tn. Kh	Febris	Rawat Jalan	Sukamara	34 th	Cukup Memuaskan
Nn. H	Diare	Rawat Jalan	Jelai	19 th	Cukup Memuaskan
Ny. Kr	Radang	Rawat Jalan	Pantai Lunci	46 th	Cukup Memuaskan

Sementara dari hasil rekapitulasi kotak saran di RSUD Sukamara dua bulan terakhir menunjukkan bahwa 56 % dari total kunjungan rawat inap yang telah mengisi kotak saran menunjukkan kesan yang cukup memuaskan terhadap pelayanan yang telah diterima, 30 % mengatakan pelayanan yang telah diterima kurang memuaskan dan 14 % mengatakan pelayanan yang

diberikan sangat memuaskan. Berdasarkan data diatas Rumah Sakit perlu melakukan evaluasi terkait pelayanan yang telah dilakukan agar tidak berdampak terhadap kunjungan pasien pada bulan – bulan berikutnya.

Rumah sakit sebagai salah satu penyelenggara pelayanan kesehatan telah mengalami banyak kemajuan, dimana salah satunya dapat dilihat dari jumlah rumah sakit yang semakin bertambah. Selain memperhatikan jumlah rumah sakit yang dari waktu ke waktu terus bertambah, hal lain yang harus lebih diperhatikan adalah bagaimana mutu dari rumah sakit tersebut. Oleh karena itu, pemerintah atau para pemilik rumah sakit haruslah terus memperhatikan dan meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit.<sup>(13)</sup>

Mutu pelayanan rumah sakit dapat dilihat dari segi aspek-aspek sebagai berikut : aspek klinis (pelayanan dokter, perawat dan terkait teknis medis), aspek efisiensi dan efektifitas pelayanan, keselamatan pasien, dan kepuasan pasien. Pengukuran kualitas mutu pelayanan rumah sakit dapat diketahui melalui beberapa indikator. Indikator yang sering digunakan adalah : *Bed Occupancy Rate (BOR)* , *average Legth of Stay (ALOS)*, *Bed Turn Over (BTO)*, *Turn Over Internal (TOI)* , *Net Death Rate (NDR)*, dan *Gross Death Rate (GDR)*.<sup>(5)</sup>

Berdasarkan indikator – indikator tersebut, yang dapat digunakan untuk mengukur kualitas mutu pelayanan rumah sakit adalah *Bed Occupancy Rate (BOR)* atau yang sering disebut sebagai tingkat hunian merupakan indikator yang sering digunakan. *Bed Occupancy Rate (BOR)* dipergunakan

untuk melihat berapa banyak tempat tidur di rumah sakit yang digunakan pasien dalam suatu masa.<sup>(9)</sup>

Menurut penelitian Harold Koenig HFZ & Kleinsorge IK (1994) salah satu faktor yang mempengaruhi *Bed Occupancy Rate* meliputi faktor input, faktor proses pelayanan dan kondisi pasien. Penelitian yang dilakukan juga oleh Mularsih Soemarno (1996) di rumah sakit umum tipe C di Jawa Tengah, diperoleh hasil bahwa faktor utama yang menentukan BOR rumah sakit adalah faktor input pelayanan.

Tiga bulan terakhir tahun 2012, Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara Kalimantan Tengah menerima sebanyak 94 keluhan pelanggan, 46 % mengeluhkan kebersihan ruangan, 45 % mengeluhkan perawat dalam memberikan pelayanan, dimana perawat kurang ramah, galak, tidak tanggap terhadap keluhan pasien, tidak dapat mengerti perasaan pasien, tidak empati, tidak sabar, tidak sopan, kurang jelas dalam memberikan instruksi saat dilakukan pemeriksaan dan tidak menjawab pertanyaan pasien sehubungan dengan keluhan penyakit yang dideritanya, dan 9 % disebabkan masalah lain.

Selama tiga bulan terakhir tahun 2012 RSUD Sukamara Kalimantan Tengah mencapai angka BOR pada bulan Januari sebesar 66,3 %, Februari 66,8% dan Maret 67,7 %. Dengan melihat data BOR yang bervariasi di RSUD Sukamara Kalimantan Tengah yang menunjukkan meningkat dari tahun ke tahun namun belum juga mencapai angka ideal menurut Barber Johnson yaitu 75% - 85%. Didukung pula hasil observasi dan surat keluhan yang masuk dari pasien yang menggambarkan bahwa perawat di rumah sakit

tersebut masih kurang memberikan dan mempraktekan komunikasi terapeutik kepada pasien. Berdasarkan hal tersebut, maka perlu evaluasi terhadap manajemen pelayanan keperawatan pada pasien.

Pada dasarnya kesehatan merupakan salah satu aspek yang menentukan tinggi rendahnya standar hidup seseorang <sup>(4)</sup>. Oleh karena itu, status kesehatan yang relatif baik dibutuhkan oleh manusia untuk menopang semua aktivitas hidupnya. Setiap individu akan berusaha mencapai status kesehatan tersebut dengan menginvestasikan dan atau mengkonsumsi sejumlah barang dan jasa kesehatan. Maka untuk mencapai kondisi kesehatan yang baik tersebut dibutuhkan sarana atau fasilitas penunjang kesehatan yang baik pula.

Disamping fasilitas yang menunjang diperlukan pula jasa pelayanan yang sesuai dengan harapan masyarakat. Jasa pelayanan kesehatan terdiri dari dua macam yaitu jasa pelayanan kesehatan *modern* dan tradisional. Jasa pelayanan kesehatan *modern* adalah jasa yang memberikan pelayanan kesehatan berdasarkan ilmu pengetahuan kedokteran yang modern, termasuk di dalamnya adalah sarana dan prasarana rumah sakit, fasilitas ruang rawat inap, dan fasilitas penunjang medik. Pelayanan kesehatan harus dapat dirasakan oleh seluruh lapisan masyarakat dan mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Maka pelayanan kesehatan juga harus memenuhi beberapa persyaratan, diantaranya sesuai dengan kebutuhan pemakai jasa pelayanan dan terjamin mutunya (*accessibility, affordability, quality assurance*).

Berdasarkan uraian di atas, maka dalam penelitian ini akan dilihat apakah ada hubungan antara pelayanan kesehatan dengan *Bed Occupancy Rate* (BOR) di Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara Kalimantan.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah dikemukakan di atas, maka masalah yang diangkat dalam penelitian ini adalah : “ Apakah ada hubungan antara pelayanan kesehatan dengan *Bed Occupancy Rate* (BOR) di Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara Kalimantan Tengah “?

## **C. Tujuan Penelitian**

1. Mendiskripsikan pelayanan kesehatan dan jumlah *Bed Occupancy Rate* di RSUD Sukamara Kalimantan Tengah.
2. Menganalisis hubungan pelayanan kesehatan dengan *Bed Occupancy Rate* (BOR) di Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara Kalimantan Tengah.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Aplikatif**

#### **a. Bagi perawat**

Hasil Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi perawat sebagai lini pertama pelayanan tentang pentingnya memberikan pelayanan kesehatan yang optimal kepada pasien sesuai dengan standard prosedur operasional yang telah ditetapkan.

b. Bagi karyawan rumah sakit

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai gambaran bagi semua karyawan yang bersentuhan langsung dengan pelayanan pasien sebagai evaluasi diri untuk perbaikan mutu pelayanan

c. Bagi Instansi

1) Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi rumah sakit tentang mutu pelayanan, dan sebagai dasar dalam meningkatkan kualitas mutu pelayanan di rumah sakit.

2) Sebagai salah satu alternatif manajemen rumah sakit untuk memberikan pelatihan bagi setiap petugas rumah sakit tentang *customer service*.

d. Bagi pengguna layanan

Dapat sebagai bahan informasi akan kualitas pelayanan rumah sakit.

2. Manfaat Keilmuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat dan menambah khasanah dibidang penelitian kesehatan mengenai pencapaian BOR di rumah sakit.

E. Bidang Ilmu

Bidang keilmuan yang terkait dengan penelitian ini adalah ilmu manajemen pelayanan.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Teori

##### 1. Rumah Sakit

###### a. Pengertian

Rumah sakit (*hospital*) berasal dari bahasa latin yaitu *hospitium* yang artinya tempat dimana tamu diterima. Dilihat dari konsep fungsi rumah sakit yang tradisional yaitu sebagai tempat pengobatan diluar tempat tinggal pasien, maka diasumsikan timbulnya rumah sakit diperkirakan sesuai dengan perkembangan peradaban manusia.<sup>(1)</sup>

Sesuai dengan UU no 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit<sup>(28)</sup>, maka rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Gawat darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia Rumah Sakit merupakan tempat merawat orang sakit, tempat menyediakan, dan memberikan pelayanan kesehatan yang meliputi berbagai masalah kesehatan.<sup>(17)</sup>

Untuk dapat memberikan pelayanan yang baik suatu rumah sakit harus memenuhi beberapa syarat standar yang meliputi standar input, standar proses dan standar output.<sup>(11)</sup> Faktor input terdiri dari elemen-elemen sarana, prasarana, tenaga, metode dan anggaran. Untuk memenuhi standar proses harus diperhatikan proses-proses yang terjadi seperti proses asuhan keperawatan, proses pemberian pelayanan, waktu pelayanan, kesinambungan pelayanan. Sedangkan yang termasuk proses output misalnya adalah indikator-indikator yang dapat digunakan untuk mengukur kinerja rumah sakit dalam hal ini termasuk *Bed Occupancy Rate (BOR)*<sup>(11)</sup>.

#### **b. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit**

Berdasarkan UU No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, maka rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.<sup>(28)</sup>

Untuk menjalankan tugas rumah sakit berdasarkan UU No.44 tahun 2009 rumah sakit mempunyai fungsi:

1. Menyelenggarakan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;



3. Penyelenggarakan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
4. Penyelenggarakan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

**c. Indikator Pelayanan Rumah Sakit**

Program akreditasi rumah sakit yang dilaksanakan sejak tahun 1995 diawali dengan 5 jenis pelayanan yaitu pelayanan medis, pelayanan keperawatan, rekam medis, administrasi dan manajemen dan pelayanan gawat darurat. Pada tahun 1997, program diperluas menjadi 12 pelayanan yaitu kamar operasi, pelayanan perinata resiko tinggi, pelayanan radiologi, pelayanan farmasi, pelayanan laboratorium, pengendalian infeksi dan kecelakaan keselamatan serta kewaspadaan bencana. Pada tahun 2000 dikembangkan instrumen 16 bidang pelayanan di rumah sakit. Pelatihan akreditasi rumah sakit oleh Balai Pelatihan Kesehatan dilakukan untuk membantu proses persiapan akreditasi.

Beberapa indikator mutu pelayanan di rumah sakit antara lain adalah <sup>(5)</sup>:

1. *Bed Occupancy Rate* (BOR): angka penggunaan tempat tidur. BOR digunakan untuk mengetahui tingkat pemanfaatan tempat tidur

rumah sakit. Angka BOR yang rendah menunjukkan kurangnya pemanfaatan fasilitas perawatan rumah sakit oleh masyarakat. Angka BOR yang tinggi (lebih dari 85 %) menunjukkan tingkat pemanfaatan tempat tidur yang tinggi sehingga perlu pengembangan rumah sakit atau penambahan tempat tidur. Menurut Barber Johnson nilai ideal BOR adalah 75%-85%.

Rumus :

$$\text{BOR} = \frac{\text{Jumlah hari perawatan rumah sakit}}{(\text{jumlah tempat tidur} \times \text{jumlah hari dalam satu periode})} \times 100\%$$

2. *Length Of Stay* (LOS): lamanya dirawat (LOS) digunakan untuk mengukur efisiensi pelayanan rumah sakit yang tidak dapat dilakukan sendiri tetapi harus bersama dengan interpretasi BTO dan TOI. Menurut Depkes (2009) standar ideal LOS adalah 6-9 hari.
3. *Bed Turn Over* (BTO): frekuensi penggunaan tempat tidur bersama-sama indikator TOI dan LOS dapat digunakan untuk mengetahui tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur rumah sakit. Standar idealnya adalah 1-3 hari .
4. *Turn Over Interval* (TOI): interval penggunaan tempat tidur bersama- sama dengan LOS merupakan indikator tentang efisiensi penggunaan tempat tidur. Semakin besar TOI maka efisiensi penggunaan tempat tidur semakin jelek.

## 2. Mutu Pelayanan Kesehatan

### a. Mutu

#### 1) Pengertian mutu

Pengertian tentang mutu dapat dilihat dari definisi – definisi yang diberikan oleh beberapa ahli, antara lain :

- a) Mutu adalah tingkat kesempurnaan dari penampilan sesuatu yang sedang diamati (Winston Dictionary, 2001).
- b) Mutu adalah sifat yang dimiliki oleh suatu program (Donabedian, 2000).<sup>(11)</sup>
- c) Mutu adalah derajat kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan (Crosby, 2003).
- d) Mutu adalah totalitas dari suatu wujud serta ciri dari suatu barang atau jasa yang dihasilkan, yang didalamnya terkandung pengertian akan adanya rasa aman atau terpenuhinya kebutuhan para tanggung barang atau jasa yang dihasilkan tersebut (Din ISO 8402, 2000).
- e) Mutu menurut Jacobalis (2001) sangat subjektif, tergantung pada persepsi, sistem nilai, latar belakang sosial, pendidikan, ekonomi, budaya dan banyak faktor lagi pada masyarakat atau pribadi yang terkait dengan jasa pelayanan.

#### 2) Dimensi Mutu

Dalam melakukan penilaian terhadap mutu pelayanan tidaklah mudah karena mutu pelayanan bersifat multidimensial. Tiap orang dapat melakukan penilaian dari dimensi yang berbeda. Tergantung

latar belakang dan kepentingan masing – masing. Penelitian yang dilakukan oleh Roberts Provost berhasil membuktikan adanya perbedaan dimensi yaitu :

- (1) Bagi pemakai jasa pelayanan lebih terkait dengan ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi, keprihatinan serta keramahtamahan petugas dalam melayani pasien.
- (2) Bagi penyelenggara pelayanan lebih terkait pada kesesuaian pelayanan yang diselenggarakan dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran mutakhir dan atau otonomi profesi dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien.
- (3) Bagi penyandang dana mutu lebih terkait dengan efisiensi pemakaian sumber dana, kewajaran pembiayaan dan atau kemampuan pelayanan kesehatan yang mengurangi kerugian penyandang dana pelayanan kesehatan.

Untuk mengatasi adanya perbedaan dimensi tersebut, telah diperoleh kesepakatan bahwa dalam membicarakan masalah mutu pelayanan kesehatan seyogyanya pedoman yang dipakai adalah hakekat dasar dari diselenggarakannya pelayanan kesehatan yaitu untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan dari pemakai jasa pelayanan kesehatan terhadap kesehatan, sedemikian rupa sehingga kesehatan dari para pemakai jasa pelayanan tersebut dapat tetap terpelihara.

Bertitik tolak dari hakekat dasar tersebut, mutu pelayanan menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dan tuntutan setiap pasien. Makin sempurna pemenuhan kebutuhan dan tuntutan tersebut, makin baik pula mutu pelayanan kesehatan.

Pada perkembangan selanjutnya, mutu sangat dikaitkan dengan kepuasan pasien dan telah diterima secara luas, namun penerapannya tidaklah semudah yang diperkirakan. Karena sebagaimana yang telah disebutkan di atas ada segi – segi lain yang harus diperhatikan. Misalnya kepuasan dari pasien yang sangat bersifat subyektif. Walaupun dirasakan oleh pasien suatu pelayanan sangat memuaskan, namun karena penyelenggaranya tidak sesuai dengan standar dan atau etika profesi maka sulit disebut sebagai pelayanan kesehatan yang bermutu.

Untuk mengatasi masalah – masalah tersebut perlu disepakati adanya pembatasan – pembatasan yaitu :

- a) Pembatasan yang menyangkut kepuasan pasien. Untuk menghindari adanya unsur subyektifitas, walaupun tetap berorientasi terhadap pasien secara individu, namun hendaknya tetap dipahami pedoman – pedoman yang bersifat umum, dimana dapat diketahui kepuasan umum secara rata – rata. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa mutu suatu pelayanan kesehatan dinilai baik apabila pelayanan tersebut dapat menimbulkan rasa

puas pada diri setiap pasien yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata – rata.

- b) Pembatasan terhadap upaya pelayanan. Pembatasan yang telah disepakati adalah yang menyangkut upaya dalam menimbulkan kepuasan pada pasien. Hal ini penting untuk melindungi kepentingan pasien karena pada umumnya pasien adalah orang yang awam terhadap tindakan kedokteran. Segala upaya untuk memberi kepuasan pada pasien, tentunya harus sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.

Dengan demikian secara umum dapat dikatakan bahwa yang dimaksud dengan mutu pelayanan adalah tingkat kesempurnaan pelayanan yang dapat memberikan kepuasan pasien. Sesuai tingkat kepuasan rata – rata serta penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang ditetapkan.<sup>(9)</sup>

Katz (1997) yang dikutip dalam Haryani (2003) mengatakan bahwa mutu bukan diukur dari penyelenggara pelayanan, tetapi diukur dari pandangan konsumen. "*Quality is not measured by me. It's not even measured by, you Quality is in the eye of your customer*".<sup>(14)</sup>

Pengukuran mutu menurut Parasuraman et.al <sup>(23)</sup> dapat diukur dengan membandingkan persepsi antara pelayanan yang diharapkan (*expected service*) dengan pelayanan yang diterima dan dirasakan (*perceived service*).<sup>(23)</sup>

Parasuraman et.al<sup>(23)</sup> mengidentifikasi lima dimensi yang menentukan mutu pelayanan yang dikaitkan dengan kepuasan pasien adalah : 1. *Tangibles* (bukti nyata) meliputi fasilitas fisik, peralatan yang digunakan dan penampilan karyawan. 2. *Reliability* (kehandalan) kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera dan memuaskan. 3. *Responsiveness* (daya tanggap) kesediaan petugas dalam memberikan pelayanan dengan tanggap. 4. *Assurance* (jaminan) mencakup kemampuan, kesopanan, sifat yang dipercaya dari para petugas, bebas dari bahaya, resiko dan keragu – raguan. 5. *Empathy* (empati) penyediaan perhatian dan kepedulian orang perorang kepada pelanggan.

## **b. Pelayanan**

### **1) Pengertian Pelayanan**

Konsep pelayanan didefinisikan juga oleh banyak pakar. Soetopo (1999) mendefinisikan pelayanan “ sebagai suatu usaha untuk membantu menyiapkan (mengurus) apa yang diperlukan orang lain” Atau dapat diartikan bahwa pelayanan adalah serangkaian kegiatan atau proses pemenuhan kebutuhan orang lain secara lebih memuaskan berupa produk jasa dengan sejumlah cirri seperti tidak terwujud, cepat hilang, lebih dapat dirasakan dari pada dimiliki dan pelanggan lebih dapat berpartisipasi aktif dalam mengkonsumsi jasa tersebut. Sedangkan secara terperinci di jelaskan oleh Gronroos (1990) sebagaimana dikutip di bawah ini “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 dimaksudkan untuk memecahkan permasalahan konsumen/pelanggan”

Berdasarkan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No.63 Tahun 2003 “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 dan atau jasa, baik dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan ( Keputusan MENPAN Nomor 63/2003)

Mengikuti definisi tersebut diatas, pelayanan publik atau pelayanan umum dapat didefinisikan sebagai segala bentuk jasa pelayanan, baik dalam bentuk barang publik maupun jasa publik yang pada perinsipnya menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan oleh Instansi Pemerintah di Pusat, di Daerah dan dilingkungan Badan Usaha Milik Negara atau Badan Usaha Milik Daerah, dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan.



## 2) Pelayanan Kesehatan

*AZRUL AZWAR* (1994) mendefinisikan pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, kelompok dan ataupun masyarakat. *Azrul Azwar* (1994) menyatakan bahwa kualitas pelayanan kesehatan adalah menunjuk pada tingkat kesempurnaan penampilan pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standard an kode etik profesi yang telah ditetapkan .

Pelayanan kesehatan adalah semua upaya yang dilakukan karyawan untuk memenuhi keinginan pelanggannya dengan jasa yang akan diberikan. Suatu pelayanan dikatakan baik oleh pasien, ditentukan oleh kenyataan apakah jasa yang diberikan bisa memenuhi kebutuhan pasien, dengan menggunakan persepsi pasien tentang pelayanan yang diterima (memuaskan atau mengecewakan, juga termasuk lamanya waktu pelayanan)

Pola pelayanan dengan menyelaraskan 6 (enam) faktor yang tersebut di bawah ini (Azwar, 1994) :

**a) Kemampuan (*Ability*)**

Merupakan pengetahuan dan keterampilan tertentu yang sangat di perlukan dalam mendukung program pelayanan prima yang terdiri dari kemampuan dalam profesi yang ditekuni, kemampuan berkomunikasi dengan baik.

**b) Sikap (*Attitude*)**

Merupakan perilaku ramah dan sopan penyedia layanan yang ditunjukkan ketika menghadapi pelanggan.

**c) Penampilan (*appearance*)**

Merupakan penampilan seseorang, baik yang bersifat fisik maupun non fisik yang mampu merefleksikan kepercayaan diri dan kredibilitas dari pihak lain.

**d) Perhatian (*attention*)**

Merupakan kepedulian penuh terhadap konsumen atau pelanggan, baik yang berkaitan dengan perhatian akan kebutuhan dan keinginan maupun pemahaman atas saran dan kritik dari pelanggan.

**e) Tindakan (*action*)**

Merupakan berbagai kegiatan yang harus dilakukan dalam memberikan pelayanan kepada konsumen.

**f) Tanggung jawab (*accountability*)**

Merupakan sikap keberpihakan kepada konsumen atau pelanggan sebagai wujud kepedulian untuk menghindarkan atau meminimalkan kerugian atau ketidakpuasan pelanggan.

### 3) Dimensi pelayanan

*Zeithaml, Parasuraman* dan *Berry* telah mengidentifikasi lima dimensi pelayanan yang berkualitas yaitu:

#### a) Bukti langsung (*tangibles*)

Definisi bukti langsung dalam Rambat Lupiyoadi (2001:148) yaitu “ kemampuan suatu perusahaan dalam menunjukkan eksistensi kepada pihak eksternal. Penampilan dan kemampuan sarana dan prasarana fisik perusahaan dan keadaan lingkungan sekitarnya adalah bukti nyata dari pelayanan yang diberikan oleh pemberi jasa, yang meliputi fasilitas fisik (gedung, gudang dan lain sebagainya), perlengkapan dan peralatan yang dipergunakan (teknologi), serta penampilan pegawainya.

#### b) Keandalan (*reliability*)

Keandalan dalam Rambat Lupiyoadi (2001:148) adalah “kemampuan perusahaan untuk memberikan pelayanan sesuai yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya. Kinerja harus sesuai dengan harapan pelanggan yang berarti ketepatan waktu, pelayanan yang sama, untuk semua pelanggan tanpa kesalahan, sikap yang simpatik, dan dengan akurasi yang tinggi”. Fandy Tjiptono (1996:69) mendefinisikan keandalan adalah

"mencakup dua hal pokok, yaitu konsistensi kerja (*performance*) dan kemampuan untuk dipercaya (*dependability*).

**c) Daya tanggap (*responsiveness*)**

Menurut Rambat Lupiyoadi (2001:148) daya tanggap adalah "suatu kemauan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat (*responsif*) dan tepat kepada pelanggan, dengan penyampaian informasi yang jelas. Membiarkan konsumen menunggu tanpa adanya suatu alasan yang jelas menyebabkan persepsi yang negatif dalam kualitas pelayanan". Sedangkan menurut Fandy Tjiptono (1996:70) daya tanggap adalah "keinginan para staf untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tangga".

**d) Jaminan (*assurance*)**

Definisi jaminan dalam Rambat Lupiyoadi (2001:148) yaitu "pengetahuan, kesopansantunan, dan kemampuan para pegawai perusahaan untuk menumbuhkan rasa percaya para pelanggan kepada perusahaan. Terdiri dari beberapa komponen antara lain komunikasi (*communication*), kredibilitas (*credibility*), keamanan (*security*), kompetensi (*competence*), dan sopan santun (*courtesy*)". Sedangkan menurut Philip Kotler (1997:53) jaminan adalah "pengetahuan dan kesopanan dari karyawan, dan kemampuan untuk mendapatkan kepercayaan dan keyakinan".

**e) Empati (*empathy*)**

Rambat Lupiyoadi (2001:148) menerangkan empati adalah “memberikan perhatian yang tulus dan bersifat individual atau pribadi yang diberikan kepada para pelanggan dengan berupaya memahami keinginan konsumen. Dimana suatu perusahaan diharapkan memiliki pengertian dan pengetahuan tentang pelanggan, memahami kebutuhan pelanggan secara spesifik, serta memiliki waktu pengoperasian yang nyaman bagi pelanggan tingkat perhatian pribadi terhadap para pelanggan”.

**4) Aspek-aspek Kualitas Pelayanan**

Aspek kualitas jasa atau pelayanan yang merupakan aspek sebuah pelayanan prima. Faktor yang menentukan kualitas pelayanan rumah sakit yaitu :

- a) Keandalan yang mencakup dua hal pokok, yaitu konsistensi kerja dan kemampuan untuk dipercaya
- b) Daya tangkap, yaitu sikap tanggap para karyawan rumah sakit melayani saat dibutuhkan pasien
- c) Kemampuan, yaitu memiliki ketrampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan agar dapat memberikan jasa tertentu
- d) Mudah untuk dihubungi atau ditemui
- e) Sikap sopan santun, respek dan keramahan karyawan
- f) Komunikasi, yaitu memberikan informasi kepada pelanggan dalam bahasa yang dapat mereka pahami, serta selalu

mendengarkan saran dan keluhan pasien

- g) Dapat dipercaya atau jujur
- h) Jaminan keamanan
- i) Usaha untuk mengerti dan memahami kebutuhan pasien
- j) Bukti langsung yaitu bukti fisik dari jasa, bisa berupa fasilitas fisik, peralatan yang digunakan, representasi fisik dan jasa.

### 5) Jenis – Jenis Pelayanan Kesehatan

Suatu pelayanan dikatakan baik oleh pasien, ditentukan oleh kenyataan apakah jasa yang diberikan bisa memenuhi kebutuhan pasien, dengan menggunakan persepsi pasien tentang pelayanan yang diterima (memuaskan atau mengecewakan, juga termasuk lamanya waktu pelayanan)

Jenis Pelayanan dirumah sakit meliputi :

#### a) Pelayanan Rawat Inap

Pelayanan rawat inap adalah suatu kelompok pelayanan kesehatan yang terdapat di rumah sakit yang merupakan gabungan dari beberapa fungsi pelayanan. Kategori pasien yang masuk rawat inap adalah pasien yang perlu perawatan intensif atau observasi ketat karena penyakitnya. Menurut Revans (1986) bahwa pasien yang masuk pada pelayanan rawat inap mengalami tingkat proses transformasi, yaitu :

- i. Tahap *Admission*, yaitu pasien dengan penuh kesabaran dan keyakinan dirawat tinggal dirumah sakit.

- ii. Tahap *Diagnosis*, yaitu pasien diperiksa dan ditegakkan diagnosisnya.
- iii. Tahap *treatment*, yaitu berdasarkan diagnosis pasien dimasukkan dalam program perawatan dan terapi
- iv. Tahap *Inspection*, yaitu secara terus menerus diobservasi dan dibandingkan pengaruh serta respon pasien atas pengobatan.
- v. Tahap *Control*, yaitu setelah dianalisa kondisinya, pasien dipulangkan. Pengobatan diubah atau diteruskan, namun dapat juga kembali ke proses untuk didiagnosa ulang.

Jadi rawat inap adalah pelayanan pasien yang perlu menginap dengan cara menempati tempat tidur untuk keperluan observasi, diagnosa dan terapi bagi individu dengan keadaan medis, bedah, kebidanan, penyakit kronis atau rehabilitasi medik atau pelayanan medik lainnya dan memerlukan pengawasan dokter dan perawat serta petugas medik lainnya setiap hari.<sup>(26)</sup>

#### **b) Kualitas Pelayanan Rawat Inap**

Jacobalis (1990) menyampaikan bahwa kualitas pelayanan kesehatan di ruang rawat inap rumah sakit dapat diuraikan dari beberapa aspek, diantaranya adalah:

- i. Penampilan keprofesian atau aspek klinis  
Aspek ini menyangkut pengetahuan, sikap dan perilaku dokter dan perawat dan tenaga profesi lainnya

ii. Efisiensi dan efektivitas

Aspek ini menyangkut pemanfaatan semua sumber daya di rumah sakit agar dapat berdaya guna dan berhasil guna

iii. Keselamatan pasien

Aspek ini menyangkut keselamatan dan keamanan pasien

iv. Kepuasan pasien

Aspek ini menyangkut kepuasan fisik, mental dan social pasien terhadap lingkungan rumah sakit, kebersihan, kenyamanan, kecepatan pelayanan, keramahan, perhatian, biaya yang diperlukan dan sebagainya.

Menurut Adji Muslihuddin (1996) yang dikutip oleh Ratnani<sup>(24)</sup>, mutu asuhan pelayanan rawat inap dikatakan baik, apabila :

- i. Memberikan rasa tenang kepada pasiennya yang biasanya orang sakit
- ii. Menyediakan pelayanan yang benar-benar profesional dari setiap strata pengelola rumah sakit. Pelayanan bermula sejak masuknya pasien ke rumah sakit sampai pulang pasien

Dari kedua aspek ini dapat diartikan sebagai berikut :

- i. Petugas menerima pasien dalam melakukan pelayanan terhadap pasien harus mampu melayani dengan cepat karena mungkin pasien memerlukan penanganan segera



- ii. Penanganan pertama dari perawat harus mampu membuat menaruh kepercayaan bahwa pengobatan yang diterima dimulai secara benar
- iii. Penanganan oleh para dokter dan perawat yang profesional akan menimbulkan kepercayaan pasien bahwa mereka tidak salah memilih rumah sakit
- iv. Ruangan yang bersih dan nyaman, memberikan nilai tambah kepada rumah sakit
- v. Peralatan yang memadai dengan operator yang profesional
- vi. Lingkungan rumah sakit yang nyaman.

**c) Pelayanan Tenaga Medis**

Tenaga medis merupakan unsur yang memberikan pengaruh paling besar dalam menentukan kualitas dari pelayanan yang diberikan kepada pasien di Rumah Sakit. Fungsi utamanya adalah memberikan pelayanan medik kepada pasien dengan mutu sebaik-baiknya , menggunakan tata cara dan teknik berdasarkan ilmu kedokteran dan etik yang berlaku serta dapat dipertanggungjawabkan kepada pasien dari rumah sakit.

Donabedian (1980)<sup>(11)</sup>, mengatakan bahwa perilaku dokter dalam aspek manajemen, manajemen lingkungan sosial, manajemen psikologi dan manajemen terpadu, manajemen kontinuitas dan koordinasi kesehatan dan penyakit harus mencakup beberapa hal, yaitu :

- i. Ketepatan diagnosis
- ii. Ketepatan dan kecukupan terapi
- iii. Catatan dan dokumen pasien yang lengkap
- iv. Koordinasi perawatan secara kontinuitas bagi semua anggota keluarga

#### **d) Pelayanan Tenaga Perawat**

Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan perawat baik di dalam maupun di luar negeri sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

Pelayanan perawatan di rumah sakit merupakan bagian integral dari pelayanan rumah sakit secara menyeluruh, yang sekaligus merupakan tolok ukur keberhasilan pencapaian tujuan rumah sakit, bahkan sering menjadi faktor penentu citra rumah sakit di mata masyarakat.

Keperawatan sebagai suatu profesi di rumah sakit yang cukup potensial dalam menyelenggarakan upaya mutu, karena selain jumlahnya yang dominan juga pelayanannya menggunakan metode pemecahan masalah secara ilmiah melalui proses keperawatan. Asuhan keperawatan meliputi :

- i. Pelayanan keperawatan (*Nursing Service* ) adalah seluruh fungsi, tugas, kegiatan dan tanggung jawab yang dilaksanakan oleh seorang perawat dalam praktek profesinya
- ii. Asuhan keperawatan (*Nursing Care*) adalah suatu pelayanan

keperawatan langsung berupa bantuan, bimbingan, penyuluhan, pengawalan atau perlindungan yang diberikan oleh seorang perawat untuk memenuhi kebutuhan pasien

Menurut Doenges (2000)<sup>(12)</sup> menyebutkan proses keperawatan adalah proses yang terdiri dari 5 tahap yang spesifik, yaitu :

i. Pengkajian

Adalah pengumpulan data yang berhubungan dengan pasien secara sistematis, meliputi fisik, psikologi, sosiokultural, spiritual, kognitif, kemampuan fungsional, perkembangan ekonomi dan gaya hidup.

Pengkajian mencakup data yang dikumpulkan melalui wawancara, pengumpulan riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, laboratorium dan diagnosa serta melihat kembali catatan sebelumnya

ii. Identifikasi Masalah/Diagnosa Keperawatan

Adalah analisa data yang telah dikumpulkan untuk mengidentifikasi, memfokuskan dan mengatasi kebutuhan spesifik pasien serta respon terhadap masalah aktual dan resiko tinggi

iii. Perencanaan

Adalah proses dua bagian yaitu pertama adalah identifikasi tujuan dan hasil yang diinginkan dari pasien untuk

memperbaiki masalah kesehatan atau kebutuhan yang telah dikaji, hasil yang diharapkan harus spesifik, realistis, dapat diukur, menunjukkan kerangka waktu yang pasti, mempertimbangkan keinginan dan sumber pasien. Kedua adalah pemilihan intervensi keperawatan yang tepat untuk membantu pasien dalam mencapai hasil yang diharapkan

iv. Implementasi

Implementasi adalah melakukan tindakan dan mendokumentasikan proses keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan

v. Evaluasi

Adalah menentukan kemajuan pasien terhadap pencapaian hasil yang diharapkan dan respon pasien terhadap keefektifan intervensi keperawatan. Kemudian mengganti rencana keperawatan jika diperlukan.

**e) Mutu Pelayanan keperawatan**

Tujuan akhir akreditasi Rumah sakit adalah meningkatnya mutu pelayanan yang berorientasi pada kepuasan pelanggan / pasien. Keperawatan sebagai salah satu profesi di rumah sakit yang berperan penting dalam penyelenggaraan upaya menjaga mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit, dimana perawat menjadi tulang punggung, karena perawatlah yang berhadapan dengan pasien selama 24 jam. Pada standar tentang evaluasi dan

pengendalian mutu dijelaskan bahwa pelayanan keperawatan menjamin adanya asuhan keperawatan yang bermutu tinggi dengan terus menerus melibatkan diri dalam program pengendalian mutu di rumah sakit.

Mutu pelayanan keperawatan yang merupakan hasil kegiatan asuhan keperawatan adalah terjaminnya penerapan standar asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pendekatan proses keperawatan, yang meliputi pengkajian data, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, tindakan dan evaluasi.

Strategi atau tehnik untuk menjaga atau meningkatkan mutu pelayanan / asuhan keperawatan, antara lain pendidikan berlanjut, penilaian kinerja perawat dan audit keperawatan. Adapun ciri – ciri mutu pelayanan keperawatan yang baik antara lain :

- i. Memenuhi standar profesi yang ditetapkan, melalui standar struktur, standar proses dan standar hasil.
- ii. Sumber daya untuk pelayanan asuhan keperawatan dimanfaatkan secara wajar, efisien, dan efektif.
- iii. Aman bagi pasien dan perawat pemberi jasa pelayanan.
- iv. Memuaskan bagi pasien dan perawat pemberi jasa pelayanan.
- v. Memperhatikan dan menghormati aspek sosial, ekonomi, agama, budaya, etika dan tata nilai masyarakat.

Sedangkan prasyarat untuk meningkatkan mutu pelayanan

keperawatan antara lain :

- i. Pimpinan yang peduli dan mendukung.
- ii. Ada kesadaran bahwa mutu harus ditingkatkan (sadar mutu).
- iii. Tenaga keperawatan disiapkan melalui peningkatan pengetahuan, sikap perilaku dan keterampilan dengan cara diadakan program diklat.
- iv. Sarana, perlengkapan dan lingkungan yang mendukung.
- v. Adanya standar .

#### **6) Faktor – faktor yang Mempengaruhi Mutu Pelayanan Kesehatan**

Mutu pelayanan kesehatan menurut Azwar di pengaruhi oleh tiga unsur :

1. Unsur masukan yaitu tenaga, dana dan sarana. Apabila tenaga dan sarana (kuantitas dan kualitas) tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (*standar of personal and facilities*) serta jika dana yang tersedia tidak sesuai dengan kebutuhan, maka akan sulit diharapkan baiknya mutu pelayanan.
2. Unsur lingkungan yaitu kebijakan, organisasi dan manajemen. Apabila kebijakan organisasi dan manajemen tidak sesuai standar yang telah ditetapkan (*Standard of organization and management*) atau tidak bersifat mendukung, maka akan sulit diharapkan baiknya mutu pelayanan kesehatan.

3. Unsur proses yaitu tindakan medis dan non medis. Apabila kedua tindakan tersebut tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (*Standard of conduct*) maka sulitlah diharapkan baiknya mutu pelayanan.

Ketiga unsur tersebut saling berhubungan dan mempengaruhi, jika salah satu berada di bawah standar atau tidak sesuai dengan kebutuhan maka sulitlah diharapkan baiknya mutu pelayanan.<sup>(9)</sup>

### **3. Jasa**

#### **a. Pengertian**

Jasa adalah setiap tindakan atau perbuatan yang dapat ditawarkan oleh suatu pihak kepada pihak lain yang pada dasarnya bersifat intangible ( tidak berwujud fisik ) dan tidak menghasilkan kepemilikan sesuatu. Produksi jasa bias berhubungan dengan produk fisik maupun tidak ( Tjiptono, 1996 ).

#### **b. Dimensi Kualitas Jasa**

Menurut Parasuraman, kualitas pelayanan merupakan evaluasi terfokus yang merefleksikan persepsi customer pada lima dimensi spesifik pelayanan, yaitu :

##### 1) Tangibles ( Bukti fisik )

Yaitu kemampuan suatu perusahaan dalam menunjukkan eksistensinya kepada pihak eksternal. Penampilan dan kemampuan sarana dan prasarana fisik perusahaan dan keadaan

lingkungan sekitarnya adalah bukti nyata dari pelayanan yang diberikan oleh pemberi jasa yaitu meliputi fasilitas fisik ( gedung ) perlengkapan dan peralatan yang dipergunakan ( teknologi ) serta penampilan karyawannya.

2) Reliability ( Keandalan )

Yaitu kemampuan perusahaan untuk memberikan pelayanan sesuai dengan yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya. Kinerja harus sesuai dengan harapan pelanggan yang berarti ketepatan waktu.

3) Responsiveness ( Ketanggapan )

Yaitu kemauan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat dan tepat kepada pelanggan, dan penyampaian informasi yang jelas. Membiarkan konsumen menunggu tanpa adanya suatu alasan yang jelas menyebabkan persepsi yang negative dalam kualitas pelayanan.

4) Assurance ( Jaminan Dan Kepastian )

Yaitu pengetahuan, kesopansantunan dan kemampuan para pegawai perusahaan untuk menumbuhkan rasa percaya para pelanggan kepada perusahaan.

5) Emphaty

Yaitu memberikan perhatian yang tulus dan bersifat individual atau pribadi yang diberikan kepada para pelanggan dengan berupaya memahami keinginan konsumen.



### **c. Aspek Mutu**

Mutu pelayanan rumah sakit dapat pula dilihat dari segi aspek berpengaruh. Aspek berarti termasuk hal – hal yang secara langsung atau tidak berpengaruh terhadap penilaian ( Sabarguna, 2004 : 2 )

Ke empat aspek itu adalah sebagai berikut :

- 1) Aspek klinis yang menyangkut pelayanan dokter, perawat dan terkait dengan teknis medis
- 2) Efisiensi dan efektivitas yaitu pelayanan yang murah, tepat guna, tidak ada diagnosa dan terapi yang berlebihan
- 3) Keselamatan pasien yaitu upaya perlindungan terhadap pasien, misalnya perlindungan jatuh dari tempat tidur
- 4) Kepuasan pasien yaitu yang berhubungan dengan kenyamanan, keramahan, dan kecepatan pelayanan.

### **4. Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Rumah Sakit**

Menurut Kotler ( 1997 ), konsumen adalah semua orang dan rumah tangga yang membeli atau menerima barang dan jasa bagi konsumen pribadi. Poerwadarminta ( 1995 ) mengatakan bahwa konsumen adalah pemakai barang – barang industri dan bahan makanan. Dharmmesta dan Handoko ( 1987 ) menyatakan bahwa konsumen adalah seluruh individu yang membeli atau membutuhkan barang dan jasa untuk keperluan pribadi ( dalam Priyadi, 2002 ).

Menurut Tjiptono ( 2001 ), konsumen adalah orang yang menerima hasil pekerjaan seseorang atau suatu organisasi, maka hanya merekalah

yang dapat menentukan kualitasnya seperti apa dan hanya mereka yang dapat menyampaikan apa dan bagaimana kebutuhan mereka. Konsumen merupakan orang yang berinteraksi dengan perusahaan setelah proses penghasilan produk. Ada beberapa unsure yang penting di dalam kualitas yang ditetapkan konsumen yaitu :

- a. Konsumen haruslah merupakan prioritas utama organisasi
- b. Konsumen yang dapat diandalkan adalah konsumen yang membeli berkali-kali atau melakukan pembelian ulang dari organisasi yang sama. Konsumen yang puas dengan kualitas produk atau jasa yang dibeli dari suatu organisasi menjadi konsumen yang dapat diandalkan.
- c. Kepuasan konsumen dijamin dengan menghasilkan produk berkualitas tinggi. Kepuasan berimplikasi pada perbaikan terus menerus sehingga kualitas harus diperbaharui setiap saat agar konsumen tetap puas dan loyal.

Konsumen merupakan prioritas utama, maka rumah sakit harus memiliki focus pada konsumen dengan menempatkan para tenaga medis untuk berhubungan dengan konsumen dan memberdayakan mereka untuk mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka memuaskan para pelanggan atau pasien.

#### **a. Pengertian Kepuasan Konsumen**

Day ( Tjiptono, 2001 ), menyatakan bahwa kepuasan pelanggan adalah respon pelanggan terhadap evaluasi ketidaksesuaian yang dirasakan

antara harapan sebelumnya dan kinerja actual produk yang dirasakan setelah pemakaiannya. Wilkie menyatakan bahwa kepuasan konsumen adalah suatu tanggapan emosional pada evaluasi terhadap pengalaman konsumen suatu produk atau jasa tertentu.

Menurut Yamit ( 2001 ) untuk dapat memuskan kebutuhan pelanggan, perusahaan dapat melakukan dengan tahapan sebagai berikut :

1) Mengetahui kebutuhan dan keinginan pelanggan

Mencari tahu kebutuhan dan keinginan pelanggan dapat dilakukan dengan mengetahui motif pelanggan dalam membeli suatu produk atau jasa. Perlu disadari bahwa tidak semua pelanggan mau dan mampu secara terbuka mengungkapkan motif pembelian suatu produk atau jasa. Mengetahui apa yang di inginkan oleh pelanggan atas suatu produk atau jasa dan akan memudahkan perusahaan dalam mengkomunikasikan produk kepada sasaran pelanggannya.

2) Mengetahui proses pengambilan keputusan dalam membeli

Dengan mengetahui tipe pengambilan keputusan pelanggan dalam membeli produk, perusahaan dapat memprediksi factor yang mempengaruhi pelanggan dalam memutuskan pembelian dan memilih cara pelayanan pelanggan yang tepat.

3) Membangun citra perusahaan

Perusahaan perlu memperhatikan proses informasi yang membentuk persepsi pelanggan terhadap produk perusahaan. Persepsi positif atau

negatif sangat tergantung pada informasi yang diterima pelanggan atas produk yang dihasilkan perusahaan.

4) Membangun kesadaran akan pentingnya kepuasan pelanggan

Membangun kesadaran harus di implementasikan dalam tindakan nyata bahwa semua unit yang ada dalam perusahaan bertanggung jawab untuk memuaskan pelanggan. Jika kepuasan pelanggan menjadi motivasi setiap unit dalam organisasi, maka pembentukan citra akan maksimal.

**b. Arti Penting Kepuasan Pelanggan**

Lefrancois ( 1980 ), menyatakan bahwa kepuasan merupakan kebutuhan dasar yang dapat digambarkan sebagai suatu hal yang menyenangkan. Kebutuhan dasar ini muncul karena adanya dorongan – dorongan tertentu yang harus disalurkan. Menurut Lewis ( 1986 ) kepuasan pengguna pelayanan kesehatan mempunyai kaitan dengan hasil pelayanan kesehatan yang penting baik secara medis maupun secara ekonomis seperti kebutuhan akan pengobatan, pemahaman terhadap informasi medis dan kelangsungan perawatan. Kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan merupakan salah satu kesudahan ( outcome ) yang penting bagi pasien itu sendiri dan perawat yang merawatnya.

Proses jual beli, pihak penjual dalam hal ini produsen dan pihak pembeli yaitu konsumen tentu mengharapkan keuntungan sebesar-besarnya dari jasa yang ditawarkan. Selain itu konsumen mengharapkan mendapat keuntungan yang diwujudkan melalui perasaan puas terhadap

produk yang telah dibelinya. Berbeda dengan organisasi non profit seperti rumah sakit yang tidak sepenuhnya mengharapkan keuntungan dari jasa yang telah diberikan kepada konsumen. Konsumen yang merasakan jasa dari rumah sakit tersebut tetap mengharapkan untuk mendapat kepuasan dari jasa yang telah dikonsumsi.

Dari berbagai definisi tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa kepuasan konsumen adalah keseluruhan perasaan dan sikap seseorang konsumen paska pembelian dan penggunaan yaitu pada saat konsumen terlibat dalam proses evaluasi dengan membandingkan antara harapan sebelum pembelian dengan kinerja sesudah pembelian atau penggunaan. Definisi yang lain kepuasan konsumen adalah adanya keterlibatan konsumen dalam penggunaan jasa, baik harapan sebelum penggunaan atau setelah penggunaan jasa. Penggunaan jasa tersebut akan menimbulkan penilaian bagi konsumen berupa perasaan senang atau tidak senang dan puas atau tidak puas.

### c. **Tingkat Kepuasan**

Menurut Wiyono ( 1999 ) kepuasan adalah tingkat keadaan yang dirasakan seseorang yang merupakan hasil dari perbandingan penampilan atau outcome produk yang dirasakan dalam hubungan dengan harapan seseorang. Tingkat kepuasan pelanggan adalah suatu fungsi dari perbedaan antara penampilan yang dirasakan dan harapan.

Tingkat kepuasan meliputi :

f) Bila penampilan kurang dari harapan pelanggan tidak puas

- g) Bila penampilan sebanding dengan harapan pelanggan puas
- h) Bila penampilan melebihi harapan pelanggan sangat puas.( Fandi Tjiptono, 1997 )

#### **d. Teori Kepuasan Konsumen**

Ada dua teori dalam memahami kepuasan pelanggan, yaitu :

##### *(1) The Expectancy Disconfirmation Model*

Model ini dikemukakan oleh Oliver ( engel, 1995 ) menurutnya kepuasan atau ketidakpuasan yang dirasakan konsumen merupakan hasil dari perbandingan antara harapan prapembelian yaitu keyakinan kinerja yang diantisipasi dari suatu produk atau jasa yang dibandingkan dengan hasil yang diperoleh. Dalam situasi pembelian, konsumen memiliki harapan bagaimana produk akan sesuai dengan penampilan ketika produk digunakan. Hal ini akan terbagi menjadi tiga kategori yaitu :

- 1) *Eutable Performance*, yaitu penilaian normative yang mencerminkan kinerja yang seharusnya diterima seseorang atas biaya dan usaha yang telah dicurahkan untuk membeli dan menggunakan suatu produk atau jasa
- 2) *Ideal performance*, adalah tingkat kinerja optimum atau ideal yang diharapkan oleh seorang konsumen. Hal ini merefleksikan penampilan apa yang dapat ditampilkan dan berdasarkan apa pengalaman mengkonsumsi produk sebelumnya, iklan dan komunikasi dari mulut ke mulut.

3) *Expected performance*, yaitu kinerja yang diperkirakan atau yang paling diharapkan atau disukai oleh konsumen.

(2) *Equity Theory*

Teori ini dikemukakan oleh Stacy Adams pada tahun 1960. Ada dua komponen yang penting dari teori ini yaitu apa yang didapat ( *input* ) dan apa yang dikeluarkan ( *outcomes* ). Prinsip dari teori ini adalah bahwa orang akan merasa puas tergantung pada apakah ia merasakan keadilan ( *Equity* ) atau tidak atas suatu situasi .

**e. Pengertian Kepuasan Pasien**

Menurut Sabarguna kepuasan pasien adalah merupakan nilai subjektif terhadap kualitas pelayanan yang diberikan. Walaupun subjektif tetap ada dasar objektif, artinya walaupun penilaian itu dilandasi oleh hal di bawah ini :

- a. Pengalaman masa lalu
- b. pendidikan
- c. Situasi psikis waktu itu.
- d. Pengaruh lingkungan waktu itu.( Boy Sabarguna, 2004 )

Tjiptono (2003) menyatakan bahwa kepuasan atau ketidak puasan pelanggan adalah respon pelanggan terhadap evaluasi ketidaksesuaian (*Disconfirmation*) yang dirasakan antara harapan sebelumnya atau setelah pemakaiannya. Menurut Barnes (2003), kepuasan adalah tanggapan pelanggan atas terpenuhi kebutuhannya. Hal ini berarti penilaian bahwa suatu bentuk keistimewaan dari suatu barang atau jasa ataupun barang /

jasa itu sendiri memberikan tingkat kenyamanan yang terkait dengan pemenuhan suatu kebutuhan termasuk pemenuhan kebutuhan di bawah harapan atau pemenuhan kebutuhan melebihi harapan. Hal tersebut menunjukkan bahwa terpenuhinya suatu kebutuhan menciptakan kenyamanan dan kenyamanan adalah kepuasan.

Menurut Jacobalis (2001) kepuasan atau ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan rumah sakit berhubungan dengan dokter, perawat atau petugas lain di rumah sakit, aspek hubungan antara manusia, kebersihan, kenyamanan / kemudahan fasilitas dan lingkungan, peralatan dan perlengkapan atau biaya pengobatan. Kekecewaan pasien terhadap pelayanan kesehatan biasanya diungkapkan dalam bentuk keluhan, protes, surat kaleng, surat terbuka dalam media masa, pengaduan kepada ikatan profesi hingga ke pengadilan. Dikatakan juga bahwa berdasarkan pengalaman sehari – hari bahwa ketidakpuasan pasien yang paling sering dikemukakan adalah ketidakpuasan sikap dan perilaku petugas rumah sakit atau karyawan (dokter, perawat), keterlambatan pelayanan dokter atau perawat, dokter dan perawat kurang informatif dan komunikatif, proses penerimaan atau pendaftaran pasien yang lama, kebersihan dan ketertiban lingkungan, sikap perilaku, tutur kata, keramahan petugas, kesediaan membantu, kemudahan pasien mendapatkan informasi dan komunikasi adalah merupakan ukuran kepuasan yang tinggi bagi pasien.

f. Dimensi Kepuasan



Menurut Azwar (2000) secara umum kepuasan pasien dapat dibedakan menjadi dua macam :

- 1) Kepuasan pasien yang mengacu hanya pada penerapan standar dan kode etik profesi oleh pasien yang mencakup : (a) Hubungan dokter pasien (*Doctor patient relationship*) dari hubungan ini diharapkan dokter dapat dan bersedia memberikan perhatian yang cukup kepada pasiennya. Menampung dan mendengarkan semua keluhan serta menjawab dan memberikan keterangan yang sejelas – jelasnya tentang segala hal yang ingin diketahui pasien. (b) Kenyamanan pelayanan (*Aminities*), Kenyamanan disini tidak hanya menyangkut fasilitas yang disediakan tetapi yang terpenting adalah menyangkut sikap dan tindakan para pelaksana ketika menyelenggarakan pelayanan. (c) Kebebasan melakukan pilihan (*Choice*) yaitu memberikan kebebasan pada pasien untuk memilih dan menentukan pelayanan – pelayanan kesehatan. (d) Pengetahuan dan kompeten teknis (*Scientific Knowledge and Teachnical Skill*), menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang didukung oleh pengetahuan dan kompetensi teknis bukan saja merupakan prinsip pokok penerapan standar pelayanan profesi. (e) Efektifitas pelayanan (*Effectiveness*) artinya makin efektif pelayanan kesehatan makin tinggi pula mutunya. (f) Kemanan tindakan (*Safety*) juga merupakan bagian dari kewajiban etik serta prinsip pokok penerapan standar pelayanan profesi, karena untuk

dapat terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu maka aspek keamanan tindakan haruslah diperhatikan.

- 2) Kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan pelayanan kesehatan yang meliputi: Ketersediaan pelayanan kesehatan (*Available*), kewajaran pelayanan kesehatan (*Appropriate*), kesinambungan pelayanan kesehatan (*Continue*), penerimaan pelayanan kesehatan (*Acceptable*), ketercapaian pelayanan kesehatan (*Accessible*), keterjangkauan pelayanan kesehatan (*Affordable*), efisiensi pelayanan kesehatan (*Efficient*) dan mutu pelayanan kesehatan (*Quality*).

Menurut Jacobalis (2001) Kepuasan total diperoleh seseorang dari pelayanan kesehatan dikaitkan dengan tiga unsur yaitu : (1) Mutu pelayanan. (2) Mutu dalam perawatan. (3) Cara pasien diperlakukan sebagai individu. Aspek yang berkaitan dengan kepuasan pasien yaitu aspek kepuasan fisik, mental dan sosial pasien, kepuasan terhadap lingkungan rumah sakit, suhu, udara, kebersihan, kenyamanan, kecepatan pelayanan, keramahan, perhatian, privacy, makanan dan tarif.

Menurut *Mc Coll et. All " Ramadhan 2004 "* mengemukakan ada tujuh aspek keinginan pasien yang mempengaruhi kepuasan yaitu :

- (1) Menghargai suasana keterbukaan.
- (2) Suasana kebahagiaan.
- (3) Sikap bersahabat.

- (4) Penyediaan privasi.
- (5) Penjelasan tentang treatment.
- (6) Pengetahuan dan keterampilan.
- (7) Penjelasan / keberadaan bila dibutuhkan.

Berdasarkan teori – teori di atas dapat diketahui bahwa kepuasan pasien tidak hanya dipengaruhi oleh jasa yang dihasilkan rumah sakit semata, tetapi dipengaruhi pula oleh pemberi pelayanan seperti : sikap pemberi pelayanan, pengetahuan, ketrampilan, *treatment*, fasilitas dan prosedur pelayanan yang diberikan oleh pihak pemberi pelayanan kepada pasien.

#### **g. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Pelanggan**

Menurut pendapat Budiastuti (2002) mengemukakan bahwa pasien dalam mengevaluasi kepuasan terhadap jasa pelayanan yang diterima mengacu pada beberapa faktor, antara lain :

##### (1) Kualitas produk atau jasa

Pasien akan merasa puas bila hasil evaluasi mereka menunjukkan bahwa produk atau jasa yang digunakan berkualitas. Persepsi konsumen terhadap kualitas produk atau jasa dipengaruhi oleh dua hal yaitu kenyataan kualitas produk atau jasa yang sesungguhnya dan komunikasi perusahaan terutama iklan dalam mempromosikan rumah sakitnya

##### (2) Kualitas pelayanan / mutu pelayanan

Memegang peranan penting dalam industri jasa. Pelanggan dalam hal ini pasien akan merasa puas jika mereka memperoleh pelayanan yang

baik atau sesuai dengan yang diharapkan.

(3) Emosional

Pasien yang merasa bangga dan yakin bahwa orang lain kagum terhadap konsumen bila dalam hal ini pasien memilih rumah sakit yang sudah mempunyai pandangan "rumah sakit mahal", cenderung memiliki tingkat kepuasan yang lebih tinggi.

(4) Harga

(5) Harga merupakan aspek penting, namun yang terpenting dalam penentuan kualitas guna mencapai kepuasan pasien. Meskipun demikian elemen ini mempengaruhi pasien dari segi biaya yang dikeluarkan, biasanya semakin mahal harga perawatan maka pasien mempunyai harapan yang lebih besar. Sedangkan rumah sakit yang berkualitas sama tetapi berharga murah, memberi nilai yang lebih tinggi pada pasien.

(6) Biaya

Mendapatkan produk atau jasa, pasien yang tidak perlu mengeluarkan biaya tambahan atau tidak perlu membuang waktu untuk mendapatkan jasa pelayanan, cenderung puas terhadap jasa pelayanan tersebut.

## 5. Pelayanan Keperawatan

Husin (Ismani, 2001) mengatakan bahwa perawat yang professional adalah perawat yang mampu memberikan asuhan keperawatan berdasarkan ilmu pengetahuan dan keterampilan keperawatan profesional kepada pasien baik individu, keluarga, maupun masyarakat.

Sehein ( Ismani, 2001 ) menyatakan bahwa karakteristik dari seorang perawat yang baik adalah sebagai berikut :

- a. Mempunyai motivasi yang kuat berdasarkan panggilan nurani yang merupakan landasan dalam memilih karier dan merupakan komitmen seumur hidup yang mantap.
- b. Memiliki ilmu pengetahuan dan keterampilan khusus yang diperoleh dalam waktu yang lama.
- c. Dapat mengambil keputusan demi pasien berdasarkan aplikasi prinsip dan teori
- d. Berorientasi pada pelayanan demi kebutuhan pasien
- e. Berdasarkan objektif pasien
- f. Mempunyai otonomi dalam mempertimbangkan pasien
- g. Membantu perkumpulan untuk menetapkan kriteria kariernya.

Shortridge menyatakan bahwa karakteristik esensial dari suatu profesi adalah :

- a. Kode etik sebagai pedoman penatalaksanaan standar dan tanggung jawab suatu profesi
- b. Berorientasi pada pelayanan klien
- c. Memiliki ilmu pengetahuan yang kokoh
- d. Memiliki otonomi, kewenangan dan tanggung jawab untuk mengatur dan mengendalikan praktek serta pendidikan.

Aktivitas perawat yang diungkapkan oleh usmani mencakup peranan sebagai berikut :

- a. Peran sebagai pelaksana. Perawat berperan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan untuk individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Dalam hal ini, perawat bertindak sebagai :
- 1) Pemberian rasa aman
  - 2) Pelindung dan pembela
  - 3) Komunikator yang berperan dalam memberi penjelasan dalam berkomunikasi kepada pasien atau klien dalam upaya meningkatkan kesehatannya.
  - 4) Mediator yang memberi kemudahan kepada pasien untuk mengatakan keluhan kepada tim kesehatan dan kepada keluarganya agar dapat membantu kelancaran pelaksanaan asuhan kesehatannya.
- b. Berperan sebagai pendidik atau penyuluh yaitu memberikan pemahaman kepada pasien, keluarga atau masyarakat yang ada dilingkup tanggung jawabnya tentang kesehatan dan keperawatan yang dibutuhkan.
- c. Berperan sebagai pengelola, yaitu dapat mengelola asuhan keperawatan pada ruang lingkup tanggung jawabnya termasuk membuat catatan dan laporan pasien
- d. Berperan sebagai peneliti, yaitu mengidentifikasi masalah penelitian, menetapkan prinsip – prinsip dan pendekatan penelitian untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

Untuk memelihara dan meningkatkan kepercayaan masyarakat, diperlukan peraturan tentang hubungan antara perawat dengan masyarakat ( Ismani 2001 ) yaitu sebagai berikut :

- a. perawat dalam melaksanakan pengabdianya senantiasa berpedoman kepada tanggung jawab yang bersumber dari adanya kebutuhan terhadap keperawatan individu, keluarga dan masyarakat.
- b. Perawat dalam melaksanakan pengabdianya dibidang keperawatan, memelihara suasana lingkungan yang saling menghormati nilai – nilai budaya, adat istiadat dan kelangsungan hidup beragama dari individu, keluarga dan masyarakat.
- c. Perawat dalam menjalankan kewajibannya terhadap individu, keluarga dan masyarakat senantiasa dilandasi rasa tulus ikhlas sesuai dengan martabat dan tradisi luhur keperawatan.
- d. Perawat menjalin hubungan kerja sama dengan individu, keluarga dan masyarakat.

#### **a. Peran Perawat**

Perawat mempunyai peran yang sangat penting, Peran tersebut adalah sebagai berikut :

##### *a. Communication*

Ciri khas perawat dimasa depan dalam pemberian pelayanan keperawatan harus dapat berkomunikasi secara lengkap, akurat dan

cepat. Artinya setiap melakukan komunikasi secara lisan maupun tulisan dengan teman sejawat atau dengan tenaga kerja lainnya.

*b. Activity*

Prinsip melakukan aktifitas atau memberikan asuhan keperawatan harus dapat bekerja sama dengan teman sejawat serta dengan tenaga kerja lainnya. Khususnya tim medis sebagai mitra kerja dalam memberikan asuhan kepada klien. Aktifitas tersebut harus ditunjang dengan menunjukkan suatu kesungguhan dan sikap empati serta tanggung jawab terhadap setiap tugas yang diberikan.

*c. Review*

Prinsip utama dalam melaksanakan peran tersebut adalah moral dan etik keperawatan. Dalam setiap memberikan asuhan keperawatan kepada klien, perawat harus selalu berpedoman kepada nilai – nilai etik keperawatan dan standar keperawatan yang ada serta ilmu keperawatan.

*e. Education*

Perawat harus mempunyai komitmen yang tinggi terhadap profesi dengan jalan secara terus menerus menambah ilmu melalui pendidikan. Formal dan informal sampai pada keahlian tertentu. Pengembangan pelayanan keperawatan yang paling efektif harus didasarkan atas hasil temuan ilmiah yang dapat diuji keasliannya. Keadaan tersebut menuntut perawat untuk dapat melakukan penelitian-penelitian keparawatan.



**b. Hubungan pelayanan perawat terhadap tingkat kepuasan pasien**

Suatu organisasi akan mengalami persaingan yang semakin ketat antar organisasi yang satu dengan yang lainnya. Hal ini dapat dilihat dari banyaknya organisasi yang menyertakan komitmennya terhadap faktor kepuasan pelanggan dengan memperhatikan kualitas pelayanan yang akan diberikan kepada konsumen.

Pelayanan yang berkualitas baik, efektif dan efisien serta dapat mengembangkan strategi pelayanan yang baik kepada masyarakat umum merupakan harapan yang di inginkan konsimen. Pelayanan yang dimaksud adalah sesuai dengan kebutuhan pelanggan atau masyarakat, hemat waktu, tenaga dan biaya serta tepat waktu dan sasaran.

Dalam hal ini rumah sakit yang bertujuan memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien dengan meningkatkan profesionalisme akan menyadari bahwa yang menggunakan produk atau jasanya adalah pelanggan, yang memiliki hak untuk memilih produk atau jasa yang terbaik. Untuk mendapatkan dan mempertahankan pelanggan dari pesaing, maka pelanggan ditempatkan sebagai pusat segala aktivitas organisasi. Intinya adalah bagaimana memuaskan pelanggannya atau masyarakat umum melalui pemberian pelayanan yang berkualitas.

Kepuasan pelanggan akan tercapai apabila pelayanan yang diberikan oleh perawat atau tenaga medis telah ada kesesuaian antara prestasi produk atau jasa yang digunakan dengan harapan konsumen. Seberapa jauh

kesesuaian itu akan membentuk suatu tingkatan kepuasan yang dapat dikategorikan menjadi :

- 1) Pelanggan atau konsumen akan merasa tidak puas bilamana prestasi produk atau jasa lebih rendah dari harapan pelanggan
- 2) Pelanggan atau konsumen akan merasa puas bilamana prestasi produk atau jasa sesuai dengan harapan pelanggan atau konsumen
- 3) Pelanggan atau konsumen akan merasa sangat puas bilamana prestasi produk atau jasa melebihi harapannya.

Dari sini dapat dikatakan bahwa dengan pelayanan perawat yang terbaik bagi konsumen maka ada hubungan yang saling menguntungkan diantara kedua belah pihak sehingga kepuasan dalam diri konsumen atau pasien akan tercapai.

## **6. Fasilitas Penunjang ( Sarana dan Prasarana )**

Secara umum sarana dan prasarana adalah alat penunjang keberhasilan suatu proses upaya yang dilakukan di dalam pelayanan publik, karena apabila kedua hal ini tidak tersedia maka semua kegiatan yang dilakukan tidak akan dapat mencapai hasil yang diharapkan sesuai dengan rencana.

Moerir (1992 ) yang dikutip oleh Nur (2011)<sup>(22)</sup> mengemukakan bahwa sarana adalah segala jenis peralatan, perlengkapan kerja dan fasilitas yang berfungsi sebagai alat utama/pembantu dalam pelaksanaan pekerjaan, dan juga dalam rangka kepentingan yang sedang berhubungan dengan organisasi kerja. Pengertian yang dikemukakan oleh Moerir, jelas

memberi arah bahwa sarana dan prasarana adalah merupakan seperangkat alat yang digunakan dalam suatu proses kegiatan baik alat tersebut adalah merupakan peralatan pembantu maupun peralatan utama, yang keduanya berfungsi untuk mewujudkan tujuan yang hendak dicapai.

Berdasarkan pengertian di atas, maka sarana dan prasarana pada dasarnya memiliki fungsi utama sebagai berikut :

- a. Mempercepat proses pelaksanaan pekerjaan sehingga dapat menghemat waktu.
- b. Meningkatkan produktivitas, baik barang dan jasa.
- c. Hasil kerja lebih berkualitas dan terjamin.
- d. Lebih memudahkan/sederhana dalam gerak para pengguna/pelaku.
- e. Ketepatan susunan stabilitas pekerja lebih terjamin.
- f. Menimbulkan rasa kenyamanan bagi orang-orang yang berkepentingan.
- g. Menimbulkan rasa puas pada orang-orang yang berkepentingan yang mempergunakannya.

Untuk lebih jelasnya mengenai sarana dan prasarana yang dimaksud di atas berikut ini akan diuraikan istilah sarana kerja/fasilitas kerja yang ditinjau dari segi kegunaan menurut Moenir ( 2000 ) membagi sarana dan prasarana sebagai berikut :

- a. Peralatan kerja, yaitu semua jenis benda yang berfungsi langsung sebagai alat produksi untuk menghasilkan barang atau berfungsi memproses suatu barang yang berlainan fungsi dan gunanya.

- b. Perlengkapan kerja, yaitu semua jenis benda yang berfungsi sebagai alat pembantu tidak langsung dalam produksi, mempercepat proses, membangkitkan dan menambah kenyamanan dalam pekerjaan.
- c. Perlengkapan bantu atau fasilitas, yaitu semua jenis benda yang berfungsi membantu kelancaran gerak dalam pekerjaan, misalnya mesin ketik, mesin pendingin ruangan, mesin absensi, dan mesin pembangkit tenaga.

Di rumah sakit standar peralatan yang harus dimiliki oleh rumah sakit sebagai penunjang untuk melakukan diagnosis, pengobatan, perawatan dan sebagainya tergantung dari tipe rumah sakit, di samping tersedianya sarana penunjang medik juga tersedia alat-alat keperawatan. Dalam rumah sakit, obat merupakan sarana yang mutlak diperlukan, bagian farmasi bertanggung jawab atas pengawasan dan kualitas obat. Persediaan obat harus cukup, penyimpanan efektif, diperhatikan tanggal kadaluwarsanya, dan sebagainya.

## **7. *Bed Occupancy Rate (BOR)***

### **a. *Pengertian Bed Occupancy Rate (BOR)***

Barber Johnson (1971) telah menciptakan metode untuk menilai kinerja rumah sakit yaitu salah satunya *Bed Occupancy Rate (BOR)* atau hunian tempat tidur. Nilai idealnya menurut Barber Johnson adalah 75-85%. BOR menurut Huffman (1994) adalah “*the ratio of patient service days to inpatient bed count days in a period under consideration*”.

Sedangkan menurut Depkes RI (2005), BOR adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 70-80% (Depkes RI, 2005). Selain dinyatakan dalam tahun, BOR dapat juga dinyatakan dalam bulanan serta dinyatakan untuk masing-masing kelas perawatan.

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa *Bed Occupancy Rate* (BOR) adalah rata-rata penggunaan tempat tidur dalam waktu tertentu dalam satu tahun ataupun satu bulan dinyatakan dalam prosentase ( Barber Johnson, 1971; Huffman, 1994; Depkes RI, 2005) dikutip oleh Musfira (2011).<sup>(22)</sup>

**b. Faktor-faktor yang mempengaruhi *Bed Occupancy Rate* (BOR)**

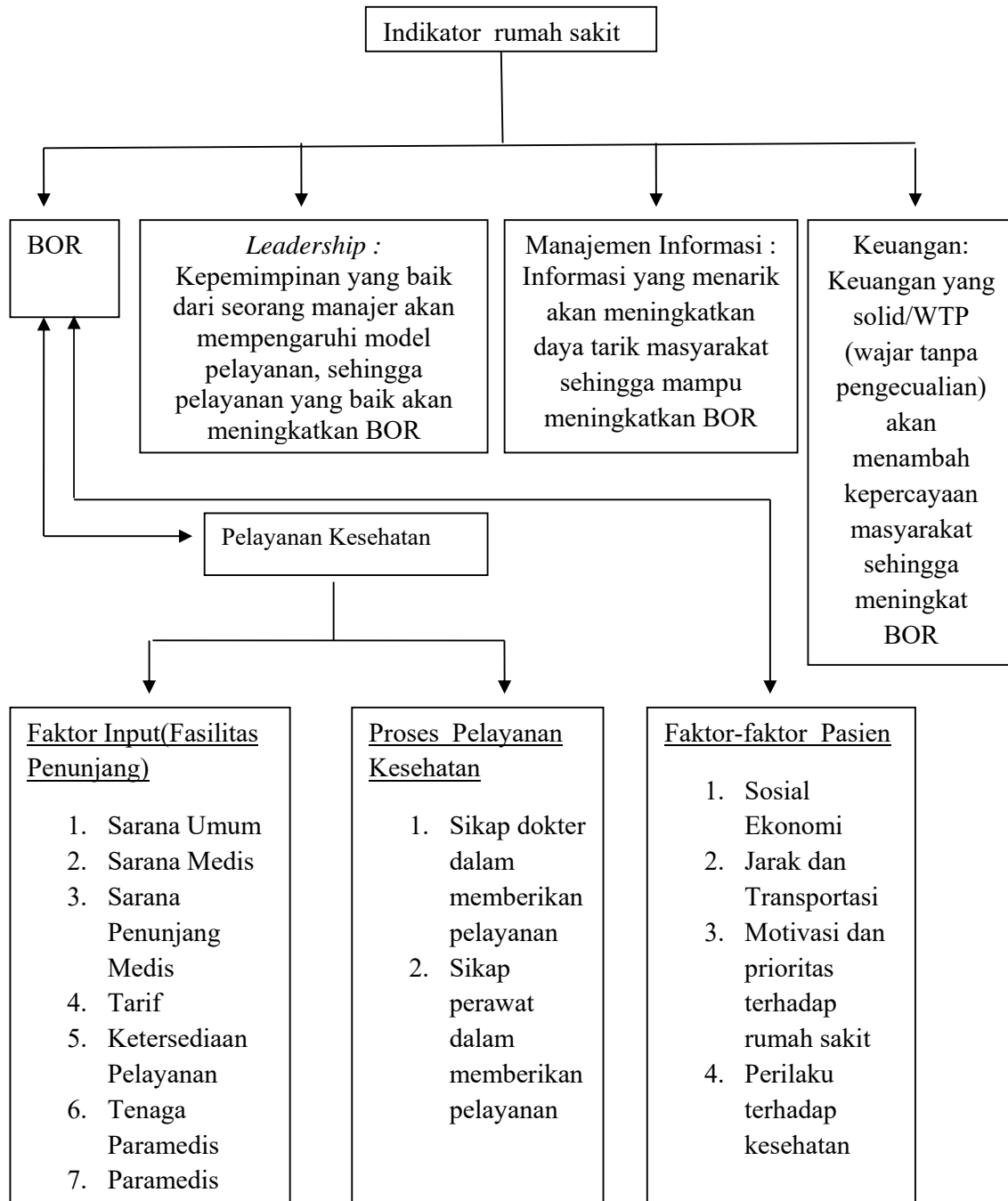
Faktor-faktor yang mempengaruhi BOR sangatlah banyak dan kompleks, tetapi pada dasarnya dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu faktor internal dan faktor eksternal rumah sakit. Yang di dalam faktor internal adalah: budaya rumah sakit, sistem nilai, kepemimpinan, sistem manajemen, sistem informasi, sarana prasarana, sumber daya manusia, pemasaran, citra, dan lain-lain. Sedangkan yang termasuk faktor eksternal adalah letak geografis, keadaan sosial ekonomi konsumen, budaya masyarakat, pemasok, pesaing, kebijakan pemerintah daerah, peraturan, dan lain-lain.

Menurut Harold Koenig HFZ & Kleinsorge IK, 1994 faktor - faktor yang mempengaruhi BOR meliputi faktor eksternal dan faktor internal rumah sakit. Namun, faktor yang berperan signifikan terhadap BOR adalah faktor internal rumah sakit yang meliputi faktor input dan faktor proses pelayanan. Sedangkan faktor eksternal rumah sakit yaitu kondisi pasien.

Faktor input yang mempengaruhi BOR meliputi sarana umum, sarana medis, sarana penunjang medis, tarif, ketersediaan pelayanan, tenaga medis, para medis perawatan. Faktor proses pelayanan yang mempengaruhi BOR meliputi sikap dokter dalam memberikan pelayanan, sikap perawat dalam memberikan pelayanan dan komunikasi pelayanan. Sikap perawat dalam memberikan pelayanan secara umum yaitu terdiri dari keramahan dalam memberikan pelayanan dan cara memberikan informasi juga komunikasi. Sedangkan dari faktor kondisi pasien meliputi sosial ekonomi, jarak dan transportasi, motivasi dan prioritas terhadap rumah sakit dan perilaku terhadap kesehatan .

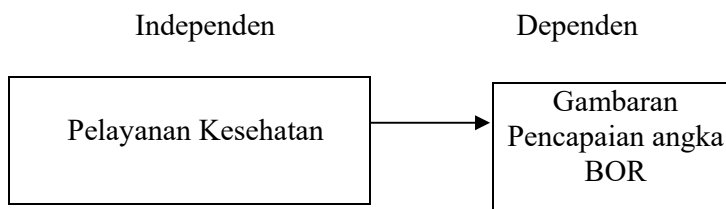
## B. Kerangka Teori

Pada penelitian ini, menggunakan kerangka teori sebagai berikut:



Skema. 2.1 Kerangka Teori

### C. Kerangka Konsep



**Skema 2.2** : Kerangka Konsep

### D. Variabel Penelitian

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Variabel dependen (terikat)

Gambaran pencapaian angka *Bed Occupancy Rate* (BOR) atau gambaran prosentase angka penggunaan tempat tidur rumah sakit pada satuan waktu tertentu (mingguan, bulanan, atau tahunan). Variabel ini diperoleh dari data sekunder dari bagian catatan rekam medis rumah sakit tertentu.

2. Variabel independen (bebas)

Variabel bebas dari penelitian ini adalah Pelayanan Kesehatan. Variabel ini diperoleh dari wawancara kuesioner untuk pasien rawat inap di rumah sakit terkait dan observasi peneliti.

### E. Hipotesis

Hipotesis nol ( $H_0$ ) adalah tidak ada hubungan antara pelayanan kesehatan dengan pencapaian angka BOR.

Hipotesis alternative ( $H_a/H_1$ ) adalah ada hubungan pelayanan kesehatan dengan pencapaian angka BOR.



## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif korelasional, yaitu merupakan penelitian yang dilakukan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yaitu variabel *independent* dan variabel *dependent* pada suatu kelompok, dalam penelitian ini yang termasuk variabel *independent* adalah pelayanan kesehatan dan fasilitas penunjang kesehatan, sedangkan variabel *dependent* dalam penelitian ini adalah pencapaian *Bed Occupancy Rate* (BOR).<sup>(23)(28)</sup> Metode yang digunakan dalam penelitian ini yaitu dengan metode *cross-sectional*, yaitu suatu penelitian dimana variabel-variabel yang termasuk faktor risiko dan variabel-variabel yang termasuk efek diobservasi sekaligus pada waktu yang bersamaan.<sup>(20)</sup>

#### B. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara Kalimantan pada bulan Maret-April 2013.

#### C. Populasi dan Sampel

##### 1. Populasi

Populasi adalah objek atau subjek yang berada di suatu wilayah yang memenuhi syarat-syarat tertentu yang berkaitan dengan masalah penelitian.<sup>(23)</sup> Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat ruang rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara Kalimantan Tengah

## BAB IV

### TEMUAN DAN BAHASAN

#### A. Gambaran Umum Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang rawat inap RSUD Sukamara Kalimantan Tengah yang merupakan Rumah sakit tipe D yang beralamat di Jl. Tjilik Riwut KM 5,5 No. 35 Sukamara Kalimantan Tengah dengan jenis metode pelayanan keperawatan yang diterapkan adalah menggunakan metode tim. Pelaksanaan penelitian ini dilakukan mulai dari tanggal 8 Maret 2013 sampai dengan tanggal 3 April 2013. Sampel dalam penelitian ini adalah perawat ruang rawat inap kelas III RSUD Sukamara Kalimantan Tengah yang berjumlah 112 orang. Seluruh sampel dalam proses penelitian ini diberikan kuesioner mengenai pelayanan kesehatan yang dilakukan perawat. Kegiatan tersebut dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara pelayanan kesehatan dengan pencapaian *Bed Occupancy Rate* (BOR) di RSUD Sukamara Kalimantan Tengah.

#### B. Hasil Penelitian

Jumlah responden yang banyak, tentunya akan memiliki karakteristik yang berbeda-beda, sehingga peneliti akan mendeskripsikan hasil penelitian dari masing-masing karakteristik tersebut dan menyajikan hasil penelitian dalam bentuk tabel distribusi frekuensi, yang antara lain sebagai berikut :

## 1. Karakteristik Responden

### a. Usia Responden

Tabel 4.1 Distribusi Rata-Rata Usia Responden di RSUD Sukamara Kalimantan Tengah, Mei 2013 (n = 112)

Karakteristik	N	Mean	Median	Modus	Std. deviasi	Min	Maks
Usia	112	32,28	32	25	7,030	22	48

Hasil olah data usia responden

Berdasarkan tabel 4.1 di atas diketahui bahwa dari 112 responden didapatkan, umur termuda responden adalah 22 tahun sedangkan umur tertua responden adalah 48 tahun dan dengan standard deviasi sebesar 7,030.

Untuk kepentingan deskriptif maka usia responden peneliti kategorikan sebagaimana dapat dilihat pada tabel 4.2 sebagai berikut:

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia di RSUD Sukamara Kalimantan Tengah, Mei 2013 (n = 112)

Usia	Jumlah	Persentase (%)
Dewasa muda	92	82,1
Dewasa tengah	20	17,9
Jumlah	112	100

Hasil olah data usia responden

Berdasarkan Tabel 4.2 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden berusia dewasa muda yaitu sebanyak 92 orang (82,1%), sedangkan yang berusia dewasa tengah yaitu sebanyak 20 orang (17,9%).

b. Jenis Kelamin Responden

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di RSUD Sukamara Kalimantan Tengah, Mei 2013 (n=112)

Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase (%)
Laki-laki	23	20,5
Perempuan	89	79,5
Jumlah	112	100

Hasil olah data jenis kelamin responden

Berdasarkan Tabel 4.3 dapat diketahui bahwa dari 112 responden sebagian besar berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 89 orang (79,5%), sedangkan yang berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 23 orang (20,5%).

c. Pendidikan Responden

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan di RSUD Sukamara Kalimantan Tengah, Mei 2013 (n=112)

Pendidikan	Jumlah	Persentase (%)
D3 keperawatan	99	88,4
S1 keperawatan	13	11,6
Jumlah	112	100

Hasil olah data pendidikan responden

Berdasarkan Tabel 4.4 dapat diketahui bahwa dari 112 responden sebagian besar berpendidikan D3 keperawatan yaitu sebanyak 99 orang (88,4%), sedangkan responden yang berpendidikan S1 keperawatan sebanyak 13 orang (11,6%).

#### d. Lama Kerja Responden

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Lama Kerja di RSUD Sukamara Kalimantan Tengah, Mei 2013 (n=112)

Lama Kerja	Jumlah	Persentase (%)
0-2 tahun	23	20,5
2-4 tahun	22	19,6
> 4 tahun	67	59,8
Jumlah	112	100

#### Hasil olah data lama kerja responden

Berdasarkan Tabel 4.5 dapat diketahui bahwa dari 112 responden sebagian besar memiliki masa kerja selama lebih dari 4 tahun yaitu sebanyak 67 orang (59,8%), sedangkan yang memiliki masa kerja selama 0-2 tahun sebanyak 23 orang (20,5%), dan responden yang memiliki masa kerja selama 2-4 tahun sebanyak 22 orang (19,6%).

## 2. Hasil Analisis Univariat

### a. Pelayanan kesehatan

Tabel 4.6 Distribusi frekuensi Responden Berdasarkan Pelayanan Kesehatan di RSUD Sukamara Kalimantan Tengah, Mei 2013 (n=112)

Pelayanan Kesehatan	Jumlah	Persentase (%)
Kurang	42	37,5
Cukup	53	47,3
Baik	17	15,2
Jumlah	112	100

Hasil olah data pelayanan kesehatan

Berdasarkan Tabel 4.6 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden memberikan pelayanan kesehatan dengan cukup yaitu sebanyak 53 orang (47,3%), sedangkan responden yang memberikan pelayanan kesehatan dengan kurang sebanyak 42 orang (37,5%), dan responden yang memberikan pelayanan kesehatan dengan baik sebanyak 17 orang (15,2%).

### b. Pencapaian BOR

Tabel 4.7 Distribusi frekuensi Responden Berdasarkan Pencapaian BOR di RSUD Sukamara Kalimantan Tengah, Mei 2013 (n=112)

Pencapaian BOR	Jumlah	Persentase (%)
Tidak Ideal	60	53,6
Ideal	52	46,4
Jumlah	112	100

Hasil olah data pencapaian BOR

Berdasarkan Tabel 4.7 dapat diketahui bahwa sebagian besar ruang rawat inap memperoleh pencapaiann BOR tidak ideal yaitu sebanyak 60 orang (53,6%), sedangkan ruang rawat inap yang memperoleh pencapaian BOR yang ideal yaitu sebanyak 52 orang (46,4%).

### 3. Hasil Analisis Bivariat

#### a. Hubungan pelayanan kesehatan dengan pencapaian BOR di RSUD Sukamara Kalimantan Tengah

Hasil analisis statistik berdasarkan hubungan pelayanan kesehatan dengan pencapaian BOR dalam penelitian ini dapat diketahui pada tabel 4.8 sebagai berikut ini :

Tabel 4.8 Hasil Tabulasi Silang Pelayanan Kesehatan dengan Pencapaian BOR di RSUD Sukamara Kalimantan Tengah, Mei 2013

(n=112)

Pelayanan Kesehatan	Pencapaian BOR					
	Tidak Ideal		Ideal		Total	
	Jumlah	%	jumlah	%	jumlah	%
Kurang	28	66,7	14	33,3	42	100
Cukup	28	52,8	25	47,2	53	100
Baik	4	23,5	13	76,5	17	100
Total	60	53,6	52	46,4	112	100

#### Hasil olah data pencapaian BOR

Berdasarkan tabel 4.8 di atas dari hasil perhitungan tabulasi silang dapat diketahui bahwa responden yang memberikan pelayanan kesehatan dengan kurang sebagian besar memiliki pencapaian BOR yang tidak ideal yaitu sebanyak 28 orang (66,7%), dan yang memiliki BOR ideal sebanyak 14 orang (33,3%). Sedangkan responden yang memberikan pelayanan kesehatan dengan cukup sebagian besar memiliki pencapaian BOR yang tidak ideal yaitu sebanyak 28 orang (52,8%), dan yang memiliki BOR ideal sebanyak 25 orang (47,2%). Responden yang memberikan pelayanan kesehatan dengan baik sebagian besar memiliki pencapaian BOR yang ideal yaitu sebanyak 13 orang (76,5%), dan yang memiliki BOR tidak ideal sebanyak 4 orang (23,5%)



Tabel 4.9 Hasil Uji Korelasi *Chi-square* Berdasarkan Hubungan Pelayanan Kesehatan dengan Pencapaian BOR di RSUD Sukamara Kalimantan Tengah, Mei 2013 (n=112)

Variabel Bebas (Independen)	Variabel Terikat (Dependen)		
	Pencapaian BOR		
	<i>Chi square</i> ( $x^2$ )	p-value	Koefisien kontingensi
Pelayanan Kesehatan	11,463	0,003	0,330

Hasil olah data korelasi pelayanan kesehatan dengan pencapaian BOR

Berdasarkan analisa data dengan menggunakan uji *Chi-square* didapatkan hasil  $X^2$  hitung yaitu 9,076, dan p-value  $0,011 < \alpha$  (0,05). Nilai Koefisien Kontingensi 0,274 yang menunjukkan bahwa kekuatan korelasi sedang dengan arah korelasi positif, artinya semakin baik pelayanan kesehatan yang diberikan maka pencapaian BOR akan semakin meningkat. Berdasarkan hal tersebut maka  $H_0$  ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pelayanan kesehatan dengan pencapaian BOR di ruang rawat inap RSUD Sukamara Kalimantan Tengah.

## C. Pembahasan

### 1. Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan hasil penelitian diatas diperoleh bahwa sebagian besar responden memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien dengan cukup yaitu sebanyak 53 orang (47,3%). Hasil penelitian tersebut menurut peneliti dimungkinkan karena banyak jumlah perawat sehingga memiliki karakteristik yang berbeda-beda, sehingga dalam memberikan pelayanan kesehatan juga memiliki seni yang berbeda pula. Keragaman perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan ini yang menimbulkan kesan pada pasien bahwa pasien merasa dibedakan. Untuk itu perlu adanya standard prosedur dalam memberikan pelayanan kesehatan mulai dari pasien masuk sampai pasien diperbolehkan pulang, sehingga pemberian pelayanan kesehatan yang diberikan dapat sistematis dan sesuai dengan standard yang ditetapkan rumah sakit.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Yusuf (2010) tentang studi deskriptif mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Bantul Yogyakarta, dengan hasil bahwa ssebagian besar mutu pelayanan yang diberikan sebagian besar adalah cukup yaitu sebesar 63,5%. Penelitian lain yang dilakukan oleh Aruman (2009) tentang hubungan kualitas pelayanan kesehatan dengan kepuasan pelanggan di RSI Sultan Agung Semarang didapatkan hasil bahwa sebagian besar kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan sebagian besar adalah cukup yaitu sebanyak 47,8%.

Haryani (2003), menyatakan bahwa dalam melakukan penilaian terhadap mutu pelayanan tidaklah mudah karena mutu pelayanan bersifat multidimensial. Tiap orang dapat melakukan penilaian dari dimensi yang berbeda. Tergantung latar belakang dan kepentingan masing – masing. Untuk mengatasi adanya perbedaan dimensi tersebut, telah diperoleh kesepakatan bahwa dalam membicarakan masalah mutu pelayanan kesehatan seyogyanya pedoman yang dipakai adalah hakekat dasar dari diselenggarakannya pelayanan kesehatan yaitu untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan dari pemakai jasa pelayanan kesehatan terhadap kesehatan, sedemikian rupa sehingga kesehatan dari para pemakai jasa pelayanan tersebut dapat tetap terpelihara.

Dalam memberikan sebuah penilaian mutu pelayanan dapat dilihat dari berbagai segi yaitu pemakai jasa pelayanan, penyelenggara pelayanan, maupun penyandang dana (Azwar, 2000). Selain itu mutu merupakan totalitas dari suatu wujud serta ciri-ciri suatu barang atau jasa yang dihasilkan, yang didalamnya terkandung pengertian akan adanya rasa aman atau terpenuhinya kebutuhan tanggung barang/jasa yang dihasilkan, dimana dalam hal ini adalah mutu pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien harus dapat memberikan rasa aman dan berfokus pada terpenuhinya kebutuhan pasien. (DIN ISO 8402: 2000).

Bentuk pelayanan yang diberikan kepada pasien atau keluarga untuk memenuhi kebutuhan kesehatan pasien yang berdasarkan standard prosedur operasional yang ada di rumah sakit serta ketersediaan sarana dan

prasana yang disediakan rumah sakit baik untuk pemenuhan kebutuhan dasar pasien, tenaga ahli kesehatan dan alat penunjang diagnostik. Pada dasarnya pedoman dalam mutu pelayanan kesehatan adalah hakekat dari diselenggarakannya pelayanan kesehatan, yaitu untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan dari para pemakai jasa layanan terhadap kesehatan, sedemikian rupa sehingga kesehatan dari pemakai jasa tersebut dapat terpelihara (Nursalam, 2003).

Bertitik tolak dari hakekat dasar tersebut, mutu pelayanan menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dan tuntutan pasien. Semakin sempurna pemenuhan kebutuhan dan tuntutan tersebut, maka baik pula mutu pelayanan kesehatan/keperawatan.

## 2. Pencapaian BOR.

Berdasarkan hasil penelitian diatas diperoleh bahwa sebagian besar pencapaian BOR pada ruang rawat inap adalah tidak ideal yaitu dengan rata-rata BOR sebesar 75%. Hasil penelitian tersebut menurut peneliti dimungkinkan karena pelayanan kesehatan yang diberikan perawat dan rumah sakit kurang baik. Pelayanan yang kurang akan berdampak pada kepuasan pasien, sehingga jika pasien merasa tidak puas dengan pelayanan yang diberikan maka akan beralih ke rumah sakit lain yang dapat memberikan pelayanan yang lebih baik dan nyaman. Selain itu semakin baiknya tingkat pendidikan pasien juga akan mempengaruhi permintaan

atau tuntutan pemberian pelayanan yang bermutu, sehingga jika pelayanan kurang baik maka akan berdampak pada pencapaian BOR suatu ruang pertawatan.

Hal ini sesuai dengan pendapat Depkes RI (2005) yang menyatakan bahwa, BOR merupakan prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Tinggi rendahnya angka pencapaian BOR suatu rumah sakit atau di ruang rawat inap sangat dipengaruhi oleh banyak faktor baik dari faktor internal maupun faktor eksternal.

Faktor-faktor yang mempengaruhi BOR sangatlah banyak dan kompleks, tetapi pada dasarnya dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu faktor internal dan faktor eksternal rumah sakit. Faktor internal rumah sakit meliputi: budaya rumah sakit, sistem nilai, kepemimpinan, sistem manajemen, sistem informasi, sarana prasarana, sumber daya manusia, pemasaran, citra, dan lain-lain. Sedangkan yang termasuk faktor eksternal adalah letak geografis, keadaan sosial ekonomi konsumen, budaya masyarakat, pemasok, pesaing, kebijakan pemerintah daerah, peraturan, dan lain-lain (Austin, 1985).

Menurut Harold Koenig HFZ & Kleinsorge IK (1994) faktor-faktor yang mempengaruhi BOR meliputi faktor eksternal dan faktor internal rumah sakit. Namun, faktor yang berperan signifikan terhadap BOR adalah

faktor internal rumah sakit yang meliputi faktor input dan faktor proses pelayanan. Sedangkan faktor eksternal rumah sakit yaitu kondisi pasien.

Faktor input yang mempengaruhi BOR meliputi sarana umum, sarana medis, sarana penunjang medis, tarif, ketersediaan pelayanan, tenaga medis, para medis perawatan. Faktor proses pelayanan yang mempengaruhi BOR meliputi sikap dokter dalam memberikan pelayanan, sikap perawat dalam memberikan pelayanan dan komunikasi pelayanan. Sikap perawat dalam memberikan pelayanan secara umum yaitu terdiri dari keramahan dalam memberikan pelayanan dan cara memberikan informasi juga komunikasi. Sedangkan dari faktor kondisi pasien meliputi sosial ekonomi, jarak dan transportasi, motivasi dan prioritas terhadap rumah sakit dan perilaku terhadap kesehatan (Heru, 1999).

Menurut Jacobalis (2001) pencapaian BOR sangat erat kaitannya dengan unsur mutu pelayanan atau keperawatan dan cara pasien diperlakukan sebagai individu, semisal ketepatan dalam penanganan terhadap pasien, hasil perawatan dan pengobatan yang diberikan, bantuan perawatan dalam memenuhi kebersihan pasien, kesiapsiagaan perawat saat dibutuhkan. Disamping itu ada beberapa aspek yang berkaitan dengan kepuasan, diantaranya adalah kebersihan tempat tidur dan ruangan selalu terjaga, keramahtamahan perawat terhadap pasien, penyajian menu makanan yang menarik, serta privasi pasien yang selalu terjaga. Berdasarkan hal tersebut maka pasien akan merasa puas dengan pelayanan yang diberikan dan menimbulkan rasa percaya kepada pihak rumah sakit

sehingga pasien akan menetapkan pilihan untuk kembali lagi berobat ke rumah sakit yang sama jika pasien ada anggota keluarga yang sakit.

### 3. Hubungan antara pelayanan kesehatan dengan pencapaian BOR.

Berdasarkan analisis data pada hubungan pelayanan kesehatan dengan pencapaian BOR di RSUD Sukamara Kalimantan Tengah yang diperoleh dengan menggunakan uji korelasi *Chi-square*, didapatkan hasil  $X^2$  hitung yaitu 9,076, dan p-value  $0,011 < \alpha (0,05)$ . Nilai Koefisien Kontingensi 0,274 yang menunjukkan bahwa kekuatan korelasi sedang dengan arah korelasi positif. Berdasarkan analisis tersebut maka  $H_0$  ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pelayanan kesehatan dengan pencapaian BOR di RSUD Sukamara Kalimantan Tengah.

Hasil penelitian ini, menurut peneliti karena mutu pelayanan kesehatan sangat mempengaruhi tingkat kepuasan pasien maupun keluarga. Pasien dan keluarga yang puas dengan pelayanan yang diberikan akan menimbulkan kesan yang positif terhadap rumah sakit. Berdasarkan hal tersenut maka pasien dan keluarga akan menjadi sebuah aset bagi rumah sakit untuk promosi. Promosi bukan hanya melalui media massa, namun promosi yang paling berpengaruh adalah omongan dari mulut ke mulut yang menyatakan bahwa penyampai informasi memiliki pengalaman pribadi yang positif terhadap rumah sakit. Dengan demikian akan timbul rasa percaya dan menarik pelanggan yang lain untuk

mempercayakan kesehatannya kepada rumah sakit yang sama, sehingga akan meningkatkan BOR pada suatu rumah sakit (Kurniawati, 2003).

Hasil penelitian ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Istiana (2006), tentang hubungan mutu pelayanan kesehatan dan kepatuhan perawat tentang Standard Prosedur Operasional (SPO) dengan pencapaian BOR di ruang rawat inap Rumah Sakit Harapan Bunda Surakarta yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara mutu pelayanan kesehatan dengan pencapaian BOR di ruang rawat inap Rumah Sakit Harapan Bunda Surakarta yang dibuktikan dengan nilai  $p\text{-value } 0,005 < 0,05$ .

Hardjana (2004), menyatakan bahwa mutu pelayanan sangat dikaitkan dengan kepuasan pasien dan telah diterima secara luas, namun penerapannya tidaklah semudah yang diperkirakan. Karena sebagaimana yang telah disebutkan di atas ada segi – segi lain yang harus diperhatikan. Misalnya kepuasan dari pasien yang sangat bersifat subyektif. Walaupun dirasakan oleh pasien suatu pelayanan sangat memuaskan, namun karena penyelenggaranya tidak sesuai dengan standar dan atau etika profesi maka sulit disebut sebagai pelayanan kesehatan yang bermutu.

Pelayanan kesehatan yang bermutu merupakan semua upaya yang dilakukan karyawan untuk memenuhi keinginan pelanggannya dengan jasa yang akan diberikan. Suatu pelayanan dikatakan baik oleh pasien, ditentukan oleh kenyataan apakah jasa yang diberikan bisa memenuhi kebutuhan pasien, dengan menggunakan persepsi pasien tentang pelayanan



yang diterima (memuaskan atau mengecewakan, juga termasuk lamanya waktu pelayanan) (Munandar, 2001).

Perawat merupakan seseorang yang berpengaruh terhadap kualitas pelayanan karena perawat bersama dengan pasien selama 24 jam untuk melakukan perawatan pada pasien selama proses pengobatan. Pelayanan perawatan di rumah sakit merupakan bagian integral dari pelayanan rumah sakit secara menyeluruh, yang sekaligus merupakan tolok ukur keberhasilan pencapaian tujuan rumah sakit, bahkan sering menjadi faktor penentu citra rumah sakit di mata masyarakat (Nursalam, 2003).

Keperawatan sebagai suatu profesi di rumah sakit yang cukup potensial dalam menyelenggarakan upaya mutu, karena selain jumlahnya yang dominan juga pelayanannya menggunakan metode pemecahan masalah secara ilmiah melalui proses keperawatan yang komprehensif. Pelaksanaan proses keperawatan sesuai standard prosedur operasional yang didukung dengan peralatan medis yang canggih serta fasilitas penunjang yang memenuhi kebutuhan pasien akan meningkatkan kepuasan bagi pasien dan keluarga sehingga juga akan meningkatkan daya tarik masyarakat untuk memilih rumah sakit tersebut. Berdasarkan hal tersebut maka pencapaian BOR pada suatu rumah sakit akan meningkat (Hardjana, 2004).

#### D. Keterbatasan penelitian

1. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross-sectional* tetapi tidak sesuai etika penelitian karena kuesioner dalam penelitian diberikan kepada responden untuk diisi beberapa hari sehingga hal ini memungkinkan bagi responden untuk mengerjakan kuesioner penelitian ini secara bersama-sama atau meminta bantuan orang lain untuk mengerjakannya.
2. Penelitian ini tidak meneliti seluruh faktor yang berhubungan dengan pencapaian BOR, sehingga untuk penelitian selanjutnya diharapkan dapat meneliti faktor lain yang dapat mempengaruhi pencapaian BOR misalnya dengan kepuasan pasien, dan fasilitas penunjang.

## BAB V

### PENUTUP

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pembahasan tentang hubungan pelayanan kesehatan dengan pencapaian *Bed Occupancy Rate* (BOR) di RSUD Sukamara Kalimantan Tengah, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Gambaran pelayanan kesehatan yang diberikan perawat di ruang rawat inap RSUD Sukamara Kalimantan Tengah sebagian besar adalah cukup dan Gambaran pencapaian BOR di ruang rawat inap RSUD Sukamara Kalimantan Tengah sebagian besar adalah tidak ideal.
2. Ada hubungan yang signifikan antara pelayanan kesehatan dengan pencapaian BOR di RSUD Sukamara Kalimantan Tengah

Melihat data diatas dapat disimpulkan bahwa semakin baik pelayanan yang diberikan maka semakin ideal pula pencapaian BOR di Rumah Sakit, sebaliknya pelayanan yang kurang baik berpengaruh terhadap pencapaian BOR di Rumah Sakit.

## **B. Saran**

Berdasarkan hasil penelitian ini, maka peneliti ingin memberikan saran bagi :

### **1. Instansi Rumah Sakit**

Berdasarkan hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi instansi rumah sakit dalam menentukan keputusan, membuat kebijakan, serta dalam penyusunan Standard Prosedur Operasional (SPO) yang berkaitan dengan pemberian pelayanan kesehatan sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit.

### **2. Profesi Keperawatan**

Berdasarkan hasil penelitian ini diharapkan perawat ruang rawat inap dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan pada pasien dan keluarga yaitu dengan melakukan pelayanan sesuai dengan prosedurd yang ditetapkan dan dengan ramah, sehingga pasien dan keluarga merasa puas dengan pelayanan yang diberikan.

### **3. Pengguna layanan / masyarakat**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi pada masyarakat tentang kualitas pelayanan rumah sakit, sehingga masyarakat dapat memberikan kritik dan saran bagi pihak rumah sakit yang sifatnya membangun.

### **4. Peneliti dan Peneliti Selanjutnya**

Perlu diadakan penelitian lebih lanjut terhadap faktor-faktor lain yang mempengaruhi pencapaian BOR, misalnya kepuasan pasien, atau fasilitas penunjang kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Aditama, C.Y *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. UI Press. Jakarta . 2002.
2. Ali H. Zaidin. *Dasar – Dasar Keperawatan Profesional*. Widya Medika : Jakarta. 2001.
3. Andhika. *Analisis Permintaan Penggunaan Layanan Kesehatan Pada Rumah Sakit Umum Milik Pemerintah Di Kabupaten Semarang*. Fakultas Ekonomi Universitas Diponegoro : Semarang. 2010.
4. Anonymous. *Sistem Kesehatan Nasional*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia : Jakarta. 1992.
5. Anonymous. *Profil Kesehatan 2009*. Dinas Kesehatan : Semarang. 2009.
6. Austin, C.J. *Information Systems for Hospital Administration*. Ann Arbour Michigan: Health administration Press. 1983.
7. Arikunto, S. *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Rineka Cipta : Jakarta. 2006.
8. Azwar S. *Metode Penelitian*. Rineka Cipta : Yogyakarta. 1998.
9. Azwar, Asrul . *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Pustaka Sinar Harapan : Jakarta. 1996 .
10. Azwar, Asrul. *Pengantar Administrasi Kesehatan* . Bina Rupa Aksara : Jakarta. 1996 .
11. Donabedian, A. *The Definition and Approaches to Its Assesment*. Health Administration Press: Ann Arbour Michigan. 1988.
12. Doengoes. *Rencana Asuhan Keperawatan*. EGC : Jakarta. 2000
13. Folland Sherman, Allen C. Goodman and Miron Stano. *The Economics of Health and Health Care*. Third Edition. New Jersey: Prentis Hall Inc. 2001.

14. Haeruddin. *Analisis Permintaan Jasa Pelayanan Kesehatan pada Rumah Sakit Syekh Yusuf Kabupaten Gowa*. Fakultas Ekonomi Universitas Hasanuddin : Makassar. 2007.
15. Haryani A. *hubungan Kualitas Pelayanan dengan Kepuasan Pasien dan Keluarga Pasien Rawal Inap di Rumah Sakil PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. KTIS. Keperawatan tidak Diterbitkan. Universitas Gajah Mada : Yogyakarta. 2003.
16. Heru, S. *Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Bed Occupancy Rate (BOR) di Rumah Sakit Roemani Semarang*. Universitas Diponegoro Semarang. 1999.
17. Hutapea, Tahan P. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Permintaan (Demand) Masyarakat Terhadap Pemilihan Kelas Perawatan Pada Rumah sakit Umum Dr.Syaiful Malang, Jawa Timur*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. 2009.
18. Kamus Besar Bahasa Indonesia. Departemen Pendidikan Republik Indonesia. Balai Pustaka : Jakarta. 1997.
19. Majalah Tempo. *Pertumbuhan Rs Swasta Turunkan Rasio Pelayanan*. 2003. <http://www.tempointeraktif.com/hg/nasional/2003/10/09/brk,2003100960,id.html>. Diunduh 27 Desember 2012
20. Nursalam. *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan, pedoman skripsi, tesis dan instrumen peneliti*. Salemba Medika : Jakarta. 2003.
21. Nursalam. *Manajemen Keperawatan : Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional* (Edisi kedua). Salemba Medika. : Jakarta. 2002.
22. Nur, Musfira. *Analisis Permintaan Jasa Pelayanan Kesehatan Pada Rumah Sakit Bersalin di Kota Makassar*. Fakultas Ekonomi Universitas Hasanuddin : Makassar . 2011.
23. Notoatmodjo, Suekidjo. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka cipta : Jakarta. 2002 .
24. Parasuraman.A. Zeithami, V.A., and Berry, LL. *A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research*. Journal of Marketing. 1985.
25. Ratnani,Dias . *Evaluasi tingkat kepuasan pasien penderita terhadap pelayanan* Fakultas Kedokteran University Airlangga : Surabaya. 2001 .

26. RI, Depkes. *Rencana pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia sehat tahun 2010*, Sekretaris Jenderal : Jakarta. 1994.
27. Supranto . *Pengukuran tingkat kepuasan konsumen untuk menaikkan pangsa pasa.* Rineke cipta : Jakarta.1997.
28. Sugiyono. *Statistika untuk penelitian.* Alfabeta : Bandung. 2003.
29. *Undang-undang RI No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit*
30. Wiyono, Joko. *Manajemen Mutu Pelayanan.* Airlangga Universitas Press : Surabaya. 1994.
31. Zulian Yamit . *Manajemen Kualitas produk Dan Jasa.* , Ekonisisa : Yogyakarta. 2001.

Sukamara, Januari 2013  
Kepada Yth.  
Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Sukamara  
Di  
Sukamara

Sehubungan dengan Penyusunan Tugas Akhir Program Pasca Sarjana Universitas Terbuka dengan Judul "ANALISIS HUBUNGAN BED OCCUPANCY RATE DENGAN PELAYANAN KESEHATAN DI RSUD SUKAMARA KALIMANTAN TENGAH" untuk itu saya akan melaksanakan penelitian di RSUD Sukamara tersebut, penelitian tersebut akan saya laksanakan pada tanggal 12 Januari s/d Juni 2013.

Sesuai dengan aturan yang berlaku, sebelum melaksanakan penelitian Saya harus mendapatkan ijin tertulis dari Bapak Kepala Dinas selaku atasan saya dan untuk menjadi bahan pertimbangan bagi RSUD Sukamara sebagai tempat Penelitian.

Demikian surat Permohonan Penelitian ini Saya buat untuk dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan bagi Bapak, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.

Pemohon

BENSON NABABAN





PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA  
DINAS KESEHATAN

Jalan Tjilik Riwut Km.7,5 Telepon (0532) 26693,26694 Fax (0532) 26693

Kode Pos 74172

Sukamara, 7 Januari 2013

Nomor	: 220/153/Dinkes/2013	<b>Kepada Yth,</b>
Lampiran	: 2 Eksemplar	<b>Direktur RSUD Sukamara</b>
Perihal	: Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian.	<b>Ditempat</b>

Menindaklanjuti Surat permohonan Saudara Benson Nababan tanggal 7 Januari 2013 untuk melaksanakan Penelitian di RSUD Sukamara Kalimantan Tengah dalam rangka menyelesaikan Tugas Akhir Program Pasca Sarjana Univeristas Tebuka dengan Judul " Analisis Hubungan Bed Occupancy Rate dengan Pelayanan Kesehatan di RSUD Kalimantan Tengah."

Untuk itu dimohon kesediaan pihak RSUD Sukamara untuk memberikan ijin dan memfasilitasi yang bersangkutan selama melaksanakan penelitian.

Penelitian tersebut akan dilaksanakan selama  $\pm$  6 (enam) bulan terhitung sejak tanggal 12 Januari 2013 s/d Juni 2013.

Demikian hal ini disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.

**Pit. KEPLA DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN SUKAMARA**

**Drg. JUN Aidin Tarigan**  
**NIP. 19700314 200012 1 005**

Tembusan disampaikan kepada Yth:  
Kepala Badan KESBANGPOLLINMAS Kab.Sukamara.



PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUKAMARA

Jalan Tjilik Riwut Km.5,5 Telepon (0532) 26693,26694 Fax ( 0532 ) 26693

Kode Pos 74172

---

Sukamara, Januari 2013

Nomor : 125/021/RSUD/2013 Kepada Yth,  
Lampiran : - Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Sukamara  
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Ditempat  
Penelitian.

Menindaklanjuti Surat Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara tanggal Februari 2013 dengan Nomor 440/153/DINKES/2013, perihal permohonan penelitian an.Benson Nababan di RSUD Sukamara, pada dasarnya kami tidak keberatan dan mempersilahkan yang bersangkutan untuk melaksanakan penelitian tersebut sesuai dengan ketentuan dan aturan yang berlaku di RSUD Sukamara.

Demikian hal ini kami sampaikan untuk dapat dipergunakan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.

**Direktur  
RSUD Sukamara**

**Dr.EFLIN N.M SIANIPAR  
NIP.19760611200604 2 028**

**KUESIONER PENELITIAN**  
**BAGIAN A**  
**Data Demografi Responden**

---

---

**Petunjuk pengisian :**

1. Jawablah pertanyaan No.1 sesuai dengan jawaban anda.
  2. Pilihlah jawaban anda dengan cara memberikan tanda (√) pada pertanyaan No.2, 3 & 4.
- 

Tanggal pengambilan data : (Diisi oleh peneliti)

Kode ruang tempat perawat bekerja : (Diisi oleh peneliti)

1. Usia : tahun

2. Jenis Kelamin :

laki-laki

Perempuan

3. Tingkat Pendidikan :

S1 Keperawatan

DIV Keperawatan

D3 Keperawatan

4. Lama kerja :

0 - 2 tahun

2 - 4 tahun

> 4 tahun

**KUESIONER BAGIAN B**

## Pelayanan Kesehatan

**Petunjuk pengisian:** Berikanlah tanda (√) pada kolom yang sudah tersedia sesuai dengan jawaban yang anda anggap benar.

No.	PERNYATAAN	TP	K	SL
1.	Apakah anda memperkenalkan diri pada pasien baru dengan kesan yang baik (senyum)			
2.	Apakah anda mengortientasikan ruangan dan pelayanan kepada setiap pasien baru			
3.	Apakah anda menginformasikan tentang fasilitas yang akan di dapat pasien selama perawatan di ruangan			
4.	Apakah anda menginformasikan tentang penggunaan alat-alat medis di ruangan			
5.	Apakah anda memberitahukan dokter penanggung jawab pasien pada setiap pasien baru			
6.	Apakah anda memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga tentang cara perawatan pasien			
7.	Apakah anda menanyakan keinginan khusus pasien selama dirawat			
8.	Apakah anda memberikan informasi tentang fasilitas penunjang medis yang tersedia di rumah sakit			
9.	Apakah anda bersikap ramah kepada pasien dan keluarga			
10.	Apakah anda bersedia membantu aktivitas harian pasien jika pasien tidak mampu melakukannya secara mandiri			
11.	Apakah anda selalu melakukan verifikasi identitas pasien sebelum melakukan tindakan keperawatan atau tindakan medis			
12.	Apakah anda selalu mendoakan pasien agar lekas sembuh ketika selesai melakukan tindakan			
13.	Apakah anda selalu menjelaskan tujuan dari tindakan keperawatan yang akan anda lakukan kepada pasien			
14.	Apakah anda menjelaskan prosedur singkat sebelum melakukan tindakan keperawatan			
15.	Apakah anda memberikan obat sesuai dengan prinsip 5 benar			
16.	Apakah anda terampil dalam melakukan tindakan keperawatan			
17.	Apakah anda melakukan discharge planing pada setiap apasien yang akan pulang			
18.	Apakah rumah sakit memberikan kesempatan pada pasien atau keluarga untuk memberikan kritik dan saran terhadap pelayanan yang diberikan			

**Keterangan:** TP (tidak pernah)

**K (kadang)**

**SL (selalu)**

**Lembar Observasi**

## Pencapaian BOR

---

**Petunjuk pengisian:** Isilah pertanyaan berikuit sesuai dengan hasil observasi.

Pencapaian BOR ruangan / bulan = .....%

**Jadwal Penelitian**

NO	KEGIATAN	TAHUN 2013																								
		JANUARI				FEBRUARI				MARET				APRIL				MEI				JUNI				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	<b>TANGGAL</b>		12	16 JANUARI – 30 MARET												5	11	17-29		1-12	17	18 MEI -20 JUNI				
1	Pengajuan Judul		■																							
2	Bimbingan Proposal			■																						
3	Pendaftaran Seminar														■											
4	Seminar Proposal														■											
5	Pelaksanaan Penelitian															■										
6	Bimbingan dan Perbaikan Tesis																■									
7	Ujian Tesis																		■							
8	Perbaikan dan Proses Akhir																			■						

**UJI VALIDITAS  
PELAYANAN KESEHATAN**

nores	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18	total
1	3.0	3.0	1.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	1.0	3.0	3.0	1.0	3.0	1.0	1.0	1.0	3.0	1.0	40.0
2	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	20.0
3	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	3.0	1.0	1.0	1.0	3.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	24.0
4	3.0	1.0	3.0	1.0	3.0	1.0	3.0	2.0	1.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	2.0	3.0	44.0
5	1.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	3.0	2.0	2.0	2.0	2.0	3.0	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	34.0
6	3.0	2.0	1.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	2.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	1.0	3.0	3.0	3.0	48.0
7	3.0	3.0	1.0	3.0	3.0	1.0	3.0	1.0	1.0	3.0	3.0	3.0	1.0	1.0	1.0	1.0	3.0	3.0	38.0
8	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	3.0	1.0	1.0	1.0	3.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	23.0
9	1.0	3.0	2.0	2.0	1.0	1.0	3.0	2.0	3.0	3.0	3.0	1.0	3.0	1.0	2.0	3.0	3.0	1.0	38.0
10	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0	3.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	34.0
11	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	18.0
12	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	3.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	35.0
13	3.0	2.0	1.0	3.0	2.0	3.0	3.0	3.0	2.0	3.0	3.0	2.0	3.0	1.0	1.0	3.0	3.0	1.0	42.0
14	1.0	3.0	3.0	3.0	3.0	1.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	1.0	3.0	1.0	1.0	1.0	42.0
15	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	34.0
16	3.0	3.0	1.0	1.0	1.0	3.0	3.0	1.0	3.0	3.0	3.0	1.0	3.0	3.0	1.0	3.0	3.0	3.0	42.0
17	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	19.0
18	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	18.0
19	2.0	2.0	1.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	2.0	3.0	3.0	3.0	3.0	1.0	1.0	3.0	3.0	3.0	45.0
20	2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	33.0

**HUBUNGAN PELAYANAN KESEHATAN DENGAN BED OCCUPANCY RATE (BOR)  
DI RUMAH SAKIT DAERAH SUKAMARA KALIMANTAN**

NO	usia	usia_1	jenis_kel	tngkt_pnddkn	lama_kerja	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	yankes	yankes_1
1	32	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	3.0	3.0	3.0	2.0	3.0	1.0	26.0	2.0
2	41	dws tengah	perempuan	1.0	> 4 th	3.0	2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	3.0	26.0	2.0
3	33	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	3.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	3.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	22.0	1.0
4	35	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	1.0	3.0	3.0	2.0	1.0	3.0	1.0	2.0	2.0	2.0	3.0	3.0	3.0	3.0	2.0	34.0	2.0
5	27	dws muda	laki-laki	2.0	2-4 th	2.0	1.0	1.0	3.0	1.0	1.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	36.0	3.0
6	25	dws muda	laki-laki	1.0	2-4 th	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	18.0	1.0
7	27	dws muda	perempuan	1.0	2-4 th	3.0	1.0	2.0	1.0	3.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	1.0	2.0	24.0	1.0
8	32	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	2.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	2.0	3.0	3.0	3.0	2.0	2.0	1.0	27.0	2.0
9	39	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	3.0	1.0	1.0	2.0	18.0	1.0
10	43	dws tengah	laki-laki	1.0	> 4 th	2.0	2.0	3.0	1.0	1.0	1.0	1.0	3.0	3.0	2.0	3.0	3.0	3.0	3.0	2.0	33.0	2.0
11	32	dws muda	laki-laki	2.0	> 4 th	3.0	3.0	1.0	3.0	3.0	3.0	2.0	1.0	2.0	3.0	3.0	3.0	2.0	3.0	2.0	37.0	3.0
12	43	dws tengah	perempuan	1.0	> 4 th	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	1.0	29.0	2.0
13	25	dws muda	perempuan	1.0	0-2 th	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	3.0	1.0	3.0	1.0	3.0	1.0	1.0	1.0	21.0	1.0
14	41	dws tengah	perempuan	1.0	> 4 th	3.0	3.0	3.0	2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	2.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	37.0	3.0
15	22	dws muda	perempuan	2.0	0-2 th	3.0	2.0	1.0	1.0	3.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	3.0	1.0	1.0	3.0	25.0	1.0
16	23	dws muda	laki-laki	1.0	0-2 th	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	1.0	31.0	2.0	
17	26	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	3.0	3.0	2.0	3.0	3.0	3.0	3.0	1.0	28.0	2.0
18	26	dws muda	perempuan	1.0	2-4 th	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	3.0	2.0	2.0	3.0	3.0	1.0	24.0	1.0
19	25	dws muda	perempuan	2.0	2-4 th	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	3.0	3.0	3.0	1.0	3.0	1.0	1.0	26.0	2.0
20	27	dws muda	perempuan	1.0	0-2 th	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	3.0	3.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	21.0	1.0
21	32	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	3.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	18.0	1.0
22	24	dws muda	perempuan	2.0	2-4 th	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	3.0	2.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	21.0	1.0
23	30	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	3.0	3.0	2.0	2.0	3.0	3.0	2.0	1.0	27.0	2.0
24	38	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	3.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	3.0	21.0	1.0
25	22	dws muda	perempuan	1.0	0-2 th	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	3.0	2.0	2.0	2.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	1.0	31.0	2.0
26	28	dws muda	perempuan	1.0	0-2 th	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	3.0	1.0	3.0	1.0	3.0	1.0	1.0	1.0	23.0	1.0
27	34	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	2.0	3.0	3.0	2.0	3.0	2.0	3.0	2.0	1.0	3.0	1.0	3.0	1.0	1.0	2.0	32.0	2.0
28	40	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	3.0	3.0	2.0	3.0	3.0	3.0	3.0	1.0	29.0	2.0
29	22	dws muda	perempuan	1.0	0-2 th	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	2.0	2.0	3.0	3.0	2.0	3.0	42.0	3.0
30	22	dws muda	perempuan	1.0	0-2 th	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	3.0	2.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	20.0	1.0
31	25	dws muda	laki-laki	1.0	0-2 th	2.0	3.0	3.0	2.0	3.0	3.0	3.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	29.0	2.0



32	33	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	2.0	2.0	2.0	3.0	3.0	2.0	3.0	2.0	1.0	3.0	2.0	3.0	3.0	3.0	2.0	36.0	3.0
33	34	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	1.0	3.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	28.0	2.0
34	34	dws muda	laki-laki	1.0	> 4 th	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	3.0	2.0	2.0	3.0	2.0	1.0	24.0	1.0
35	25	dws muda	perempuan	2.0	2-4 th	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	2.0	1.0	3.0	3.0	2.0	3.0	1.0	3.0	39.0	3.0
36	29	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	23.0	1.0
37	24	dws muda	perempuan	1.0	2-4 th	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	3.0	1.0	3.0	1.0	3.0	1.0	1.0	2.0	28.0	2.0
38	32	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	3.0	2.0	2.0	3.0	2.0	1.0	25.0	1.0
39	24	dws muda	perempuan	1.0	0-2 th	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	3.0	2.0	3.0	2.0	2.0	1.0	1.0	23.0	1.0
40	40	dws muda	perempuan	2.0	> 4 th	2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	3.0	3.0	3.0	2.0	2.0	2.0	3.0	2.0	32.0	2.0
41	25	dws muda	perempuan	1.0	2-4 th	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	3.0	2.0	3.0	1.0	1.0	1.0	1.0	23.0	1.0
42	29	dws muda	perempuan	1.0	2-4 th	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	15.0	1.0
43	43	dws tengah	perempuan	1.0	> 4 th	3.0	3.0	2.0	3.0	3.0	3.0	3.0	2.0	1.0	2.0	1.0	1.0	3.0	2.0	3.0	35.0	2.0
44	34	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	3.0	2.0	3.0	2.0	1.0	1.0	1.0	22.0	1.0
45	30	dws muda	perempuan	1.0	2-4 th	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	3.0	3.0	1.0	2.0	3.0	1.0	26.0	2.0
46	32	dws muda	perempuan	1.0	2-4 th	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	3.0	1.0	1.0	3.0	1.0	1.0	1.0	23.0	1.0
47	36	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	1.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0	24.0	1.0
48	37	dws muda	laki-laki	1.0	> 4 th	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	3.0	1.0	3.0	1.0	3.0	2.0	3.0	1.0	24.0	1.0
49	31	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	3.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	19.0	1.0
50	30	dws muda	perempuan	1.0	2-4 th	1.0	1.0	1.0	1.0	3.0	1.0	1.0	3.0	3.0	3.0	2.0	2.0	2.0	3.0	1.0	28.0	2.0
51	39	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	3.0	2.0	2.0	3.0	3.0	3.0	3.0	2.0	3.0	2.0	3.0	1.0	1.0	1.0	3.0	35.0	2.0
52	28	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	3.0	3.0	2.0	3.0	3.0	3.0	3.0	1.0	3.0	2.0	3.0	1.0	1.0	1.0	3.0	35.0	2.0
53	24	dws muda	laki-laki	1.0	0-2 th	3.0	3.0	3.0	3.0	1.0	2.0	3.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	3.0	30.0	2.0
54	30	dws muda	laki-laki	1.0	> 4 th	3.0	2.0	3.0	1.0	3.0	1.0	1.0	2.0	3.0	2.0	3.0	1.0	1.0	1.0	3.0	30.0	2.0
55	23	dws muda	perempuan	1.0	0-2 th	1.0	2.0	3.0	3.0	3.0	2.0	2.0	2.0	3.0	2.0	3.0	1.0	1.0	1.0	1.0	30.0	2.0
56	40	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	3.0	1.0	3.0	1.0	3.0	1.0	1.0	3.0	3.0	3.0	2.0	3.0	2.0	3.0	3.0	35.0	2.0
57	25	dws muda	perempuan	1.0	0-2 th	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	17.0	1.0
58	27	dws muda	perempuan	1.0	2-4 th	1.0	2.0	3.0	3.0	3.0	2.0	2.0	2.0	1.0	3.0	3.0	2.0	3.0	1.0	1.0	32.0	2.0
59	28	dws muda	perempuan	1.0	0-2 th	3.0	3.0	1.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	1.0	3.0	3.0	1.0	3.0	1.0	1.0	35.0	2.0
60	25	dws muda	laki-laki	1.0	0-2 th	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	16.0	1.0
61	25	dws muda	perempuan	1.0	2-4 th	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	3.0	1.0	1.0	1.0	3.0	1.0	1.0	1.0	1.0	21.0	1.0
62	26	dws muda	perempuan	1.0	0-2 th	3.0	1.0	3.0	1.0	3.0	1.0	3.0	2.0	1.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	36.0	3.0
63	40	dws muda	laki-laki	1.0	> 4 th	1.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	3.0	2.0	2.0	2.0	2.0	3.0	1.0	1.0	28.0	2.0
64	48	dws tengah	perempuan	1.0	> 4 th	3.0	2.0	1.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	2.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	1.0	39.0	3.0
65	42	dws tengah	perempuan	1.0	> 4 th	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	3.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	29.0	2.0
66	42	dws tengah	perempuan	2.0	> 4 th	1.0	3.0	3.0	3.0	3.0	1.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	1.0	3.0	39.0	3.0
67	30	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	3.0	2.0	1.0	3.0	2.0	3.0	3.0	3.0	2.0	3.0	3.0	2.0	3.0	1.0	1.0	35.0	2.0
68	45	dws tengah	laki-laki	1.0	> 4 th	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	28.0	2.0

69	36	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	3.0	3.0	1.0	1.0	1.0	3.0	3.0	1.0	3.0	3.0	3.0	1.0	3.0	3.0	1.0	33.0	2.0
70	30	dws muda	perempuan	1.0	2-4 th	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	16.0	1.0
71	46	dws tengah	perempuan	1.0	> 4 th	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	15.0	1.0
72	32	dws muda	laki-laki	1.0	> 4 th	2.0	2.0	1.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	2.0	3.0	3.0	3.0	3.0	1.0	1.0	36.0	3.0
73	46	dws tengah	perempuan	1.0	> 4 th	2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	27.0	2.0
74	25	dws muda	laki-laki	1.0	0-2 th	3.0	1.0	3.0	1.0	3.0	1.0	3.0	2.0	1.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	36.0	3.0
75	42	dws tengah	perempuan	1.0	> 4 th	1.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	3.0	2.0	2.0	2.0	2.0	3.0	1.0	1.0	28.0	2.0
76	33	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	3.0	2.0	1.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	2.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	1.0	39.0	3.0
77	36	dws muda	laki-laki	1.0	> 4 th	3.0	3.0	1.0	3.0	3.0	1.0	3.0	1.0	1.0	3.0	3.0	3.0	1.0	1.0	1.0	31.0	2.0
78	30	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	3.0	1.0	1.0	1.0	3.0	1.0	1.0	1.0	1.0	19.0	1.0
79	43	dws tengah	perempuan	2.0	> 4 th	2.0	2.0	1.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	2.0	3.0	3.0	3.0	3.0	1.0	1.0	36.0	3.0
80	34	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0	3.0	2.0	2.0	28.0	2.0
81	25	dws muda	laki-laki	1.0	0-2 th	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	15.0	1.0
82	40	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	3.0	3.0	3.0	3.0	1.0	2.0	3.0	1.0	27.0	2.0
83	42	dws tengah	perempuan	2.0	> 4 th	2.0	2.0	1.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	2.0	3.0	3.0	3.0	3.0	1.0	1.0	36.0	3.0
84	40	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	3.0	3.0	3.0	3.0	2.0	2.0	2.0	28.0	2.0
85	23	dws muda	perempuan	1.0	0-2 th	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	3.0	3.0	3.0	1.0	3.0	1.0	1.0	3.0	26.0	2.0
86	32	dws muda	laki-laki	1.0	0-2 th	3.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	18.0	1.0
87	24	dws muda	perempuan	1.0	0-2 th	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	3.0	2.0	2.0	2.0	3.0	3.0	3.0	2.0	2.0	2.0	30.0	2.0
88	34	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	3.0	1.0	1.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	29.0	2.0
89	28	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	2.0	3.0	3.0	2.0	3.0	2.0	3.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	27.0	2.0
90	31	dws muda	laki-laki	1.0	2-4 th	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	3.0	3.0	1.0	1.0	1.0	2.0	3.0	1.0	23.0	1.0
91	30	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	1.0	3.0	1.0	3.0	2.0	40.0	3.0
92	41	dws tengah	perempuan	1.0	> 4 th	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	3.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	3.0	24.0	1.0
93	27	dws muda	perempuan	2.0	2-4 th	2.0	3.0	3.0	2.0	3.0	3.0	3.0	1.0	1.0	1.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	37.0	3.0
94	27	dws muda	perempuan	1.0	> 4 th	3.0	2.0	2.0	3.0	3.0	2.0	3.0	3.0	2.0	1.0	1.0	3.0	1.0	1.0	3.0	33.0	2.0
95	25	dws muda	perempuan	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	2.0	3.0	3.0	3.0	3.0	1.0	1.0	36.0	3.0
96	29	dws muda	perempuan	1.0	3.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	3.0	3.0	1.0	2.0	1.0	3.0	1.0	1.0	24.0	1.0
97	24	dws muda	perempuan	1.0	2.0	1.0	3.0	2.0	3.0	3.0	3.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	29.0	2.0
98	32	dws muda	perempuan	1.0	3.0	3.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	23.0	1.0
99	27	dws muda	perempuan	1.0	2.0	1.0	3.0	3.0	2.0	3.0	1.0	3.0	3.0	2.0	2.0	3.0	1.0	1.0	1.0	1.0	30.0	2.0
100	32	dws muda	perempuan	1.0	3.0	2.0	3.0	2.0	2.0	3.0	2.0	1.0	1.0	3.0	3.0	1.0	3.0	3.0	3.0	2.0	34.0	2.0
101	39	dws muda	perempuan	1.0	3.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	19.0	1.0
102	43	dws tengah	laki-laki	1.0	3.0	1.0	3.0	1.0	3.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	21.0	1.0
103	32	dws muda	laki-laki	2.0	3.0	2.0	3.0	2.0	2.0	3.0	2.0	1.0	2.0	3.0	3.0	3.0	2.0	2.0	1.0	1.0	32.0	2.0
104	43	dws tengah	perempuan	1.0	3.0	3.0	2.0	3.0	2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	3.0	2.0	1.0	1.0	3.0	1.0	2.0	29.0	2.0
105	25	dws muda	perempuan	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	3.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	21.0	1.0

106	36	dws muda	perempuan	1.0	3.0	2.0	3.0	2.0	3.0	1.0	1.0	1.0	3.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	23.0	1.0
107	30	dws muda	perempuan	1.0	2.0	2.0	3.0	2.0	3.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	22.0	1.0
108	46	dws tengah	perempuan	1.0	3.0	3.0	3.0	3.0	2.0	3.0	2.0	3.0	3.0	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	31.0	2.0
109	32	dws muda	laki-laki	1.0	3.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	3.0	1.0	3.0	1.0	3.0	2.0	24.0	1.0
110	46	dws tengah	perempuan	1.0	3.0	2.0	1.0	3.0	3.0	2.0	3.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	3.0	30.0	2.0
111	25	dws muda	laki-laki	1.0	1.0	3.0	1.0	3.0	3.0	1.0	3.0	1.0	1.0	2.0	1.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	34.0	2.0
112	42	dws tengah	perempuan	1.0	3.0	3.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	3.0	1.0	3.0	3.0	1.0	3.0	1.0	31.0	2.0

<b>BOR</b>	<b>bor_1</b>
65.2	1.0
68.0	1.0
62.5	1.0
72.3	1.0
80.5	2.0
78.2	2.0
75.0	2.0
80.0	2.0
65.5	1.0
72.3	1.0
80.2	2.0
73.5	1.0
68.7	1.0
76.5	2.0
73.3	1.0
70.5	1.0
80.5	2.0
68.9	1.0
76.8	2.0
69.4	1.0
80.0	2.0
65.8	1.0
70.0	1.0
74.0	1.0
85.6	2.0
72.4	1.0
73.0	1.0
68.5	1.0
80.0	2.0
75.6	2.0
65.0	1.0

83.5	2.0
69.8	1.0
75.0	1.0
85.0	2.0
61.5	1.0
78.2	2.0
72.5	1.0
74.0	1.0
78.4	2.0
80.2	2.0
65.3	1.0
73.4	1.0
63.0	1.0
80.0	2.0
80.0	2.0
80.0	2.0
74.0	1.0
85.0	2.0
68.8	1.0
75.9	2.0
82.5	2.0
73.4	1.0
72.0	1.0
82.5	2.0
79.6	2.0
68.5	1.0
81.2	2.0
70.5	1.0
68.5	1.0
85.6	2.0
72.5	1.0
74.0	1.0
84.5	2.0
80.0	2.0
85.0	2.0
71.6	1.0
74.0	1.0

68.9	1.0
70.0	1.0
78.5	2.0
65.0	1.0
85.0	2.0
68.5	1.0
73.2	1.0
82.5	2.0
73.8	1.0
65.5	1.0
80.2	2.0
71.4	1.0
77.5	2.0
80.0	2.0
85.4	2.0
80.5	2.0
71.2	1.0
68.5	1.0
80.0	2.0
82.0	2.0
83.0	2.0
71.4	1.0
65.5	1.0
80.0	2.0
80.0	2.0
81.0	2.0
83.5	2.0
65.8	1.0
75.8	2.0
65.2	1.0
81.3	2.0
73.5	1.0
82.5	2.0
70.5	1.0
68.3	1.0
82.5	2.0
72.8	1.0

84.5	2.0
71.4	1.0
84.5	2.0
70.0	1.0
85.0	2.0
72.3	1.0
65.5	1.0

**HASIL PENELITIAN**  
**HUBUNGAN PELAYANAN KESEHATAN DENGAN BED OCCUPANCY**  
**RATE DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUKAMARA**  
**KALIMANTAN**

---

**A. KARAKTERISTIK RESPONDEN**

**1. USIA RESPONDEN**

**Frequencies**

**Statistics**

usia

N	Valid	112
	Missing	0
Mean		32.28
Median		32.00
Mode		25
Std. Deviation		7.030
Variance		49.427
Minimum		22
Maximum		48

usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 22	4	3.6	3.6	3.6
23	3	2.7	2.7	6.2
24	6	5.4	5.4	11.6
25	14	12.5	12.5	24.1
26	3	2.7	2.7	26.8
27	7	6.2	6.2	33.0
28	4	3.6	3.6	36.6
29	3	2.7	2.7	39.3
30	9	8.0	8.0	47.3
31	2	1.8	1.8	49.1
32	12	10.7	10.7	59.8
33	3	2.7	2.7	62.5
34	6	5.4	5.4	67.9
35	1	.9	.9	68.8
36	4	3.6	3.6	72.3
37	1	.9	.9	73.2
38	1	.9	.9	74.1
39	3	2.7	2.7	76.8
40	6	5.4	5.4	82.1
41	3	2.7	2.7	84.8



42	5	4.5	4.5	89.3
43	6	5.4	5.4	94.6
45	1	.9	.9	95.5
46	4	3.6	3.6	99.1
48	1	.9	.9	100.0
Total	112	100.0	100.0	

### Frequencies

#### usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid dewasa muda	92	82.1	82.1	82.1
dewasa tengah	20	17.9	17.9	100.0
Total	112	100.0	100.0	

## 2. JENIS KELAMIN RESPONDEN

### Frequencies

#### Jenis kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid laki-laki	23	20.5	20.5	20.5
perempuan	89	79.5	79.5	100.0
Total	112	100.0	100.0	

## 3. PENDIDIKAN RESPONDEN

### Frequencies

#### Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid D3 Keperawatan	99	88.4	88.4	88.4
S1 keperawatan	13	11.6	11.6	100.0
Total	112	100.0	100.0	

#### 4. MASA KERJA RESPONDEN

##### Frequencies

		Masa kerja			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-2thn	23	20.5	20.5	20.5
	2-4thn	22	19.6	19.6	40.2
	>4thn	67	59.8	59.8	100.0
Total		112	100.0	100.0	

### B. HASIL ANALISIS UNIVARIAT

#### 1. PELAYANAN KESEHATAN

##### Frequencies

##### Statistics

peayanan kesehatan

N	Valid	112
	Missing	0
Mean		27.79
Median		28.00
Mode		28
Std. Deviation		6.463
Variance		41.768
Minimum		15
Maximum		42

peayanan kesehatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15	3	2.7	2.7	2.7
	16	2	1.8	1.8	4.5
	17	1	.9	.9	5.4
	18	4	3.6	3.6	8.9
	19	3	2.7	2.7	11.6
	20	1	.9	.9	12.5
	21	7	6.2	6.2	18.8
	22	3	2.7	2.7	21.4
	23	8	7.1	7.1	28.6
	24	8	7.1	7.1	35.7
	25	2	1.8	1.8	37.5
	26	5	4.5	4.5	42.0
	27	5	4.5	4.5	46.4
	28	9	8.0	8.0	54.5

29	7	6.2	6.2	60.7
30	6	5.4	5.4	66.1
31	5	4.5	4.5	70.5
32	4	3.6	3.6	74.1
33	3	2.7	2.7	76.8
34	3	2.7	2.7	79.5
35	6	5.4	5.4	84.8
36	8	7.1	7.1	92.0
37	3	2.7	2.7	94.6
39	4	3.6	3.6	98.2
40	1	.9	.9	99.1
42	1	.9	.9	100.0
Total	112	100.0	100.0	

### Frequencies

**pelayanan kesehatan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang	42	37.5	37.5	37.5
cukup	53	47.3	47.3	84.8
baik	17	15.2	15.2	100.0
Total	112	100.0	100.0	

## 2. PENCAPAIAN BED OCCUPANCY RATE (BOR/bln)

### Frequencies

#### Statistics

BOR

N	Valid	112
	Missing	0
Mean		75.00
Median		74.00
Mode		80
Std. Deviation		6.423
Variance		41.254
Minimum		62
Maximum		86

## BOR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	61.5	1	.9	.9	.9
	62.5	1	.9	.9	1.8
	63	1	.9	.9	2.7
	65	2	1.8	1.8	4.5
	65.2	2	1.8	1.8	6.2
	65.3	1	.9	.9	7.1
	65.5	4	3.6	3.6	10.7
	65.8	2	1.8	1.8	12.5
	68	1	.9	.9	13.4
	68.3	1	.9	.9	14.3
	68.5	5	4.5	4.5	18.8
	68.7	1	.9	.9	19.6
	68.8	1	.9	.9	20.5
	68.9	2	1.8	1.8	22.3
	69.4	1	.9	.9	23.2
	69.8	1	.9	.9	24.1
	70	3	2.7	2.7	26.8
	70.5	3	2.7	2.7	29.5
	71.2	1	.9	.9	30.4
	71.4	3	2.7	2.7	33.0
	71.6	1	.9	.9	33.9
	72	1	.9	.9	34.8
	72.3	3	2.7	2.7	37.5
	72.4	1	.9	.9	38.4
	72.5	2	1.8	1.8	40.2
	72.8	1	.9	.9	41.1
	73	1	.9	.9	42.0
	73.2	1	.9	.9	42.9
	73.3	1	.9	.9	43.8
	73.4	2	1.8	1.8	45.5
	73.5	2	1.8	1.8	47.3
	73.8	1	.9	.9	48.2
	74	5	4.5	4.5	52.7
	75	2	1.8	1.8	54.5
	75.6	1	.9	.9	55.4
	75.8	1	.9	.9	56.2
	75.9	1	.9	.9	57.1
	76.5	1	.9	.9	58.0
	76.8	1	.9	.9	58.9

77.5	1	.9	.9	59.8
78.2	2	1.8	1.8	61.6
78.4	1	.9	.9	62.5
78.5	1	.9	.9	63.4
79.6	1	.9	.9	64.3
80	11	9.8	9.8	74.1
80.2	3	2.7	2.7	76.8
80.5	3	2.7	2.7	79.5
81	1	.9	.9	80.4
81.2	1	.9	.9	81.2
81.3	1	.9	.9	82.1
82	1	.9	.9	83.0
82.5	5	4.5	4.5	87.5
83	1	.9	.9	88.4
83.5	2	1.8	1.8	90.2
84.5	3	2.7	2.7	92.9
85	5	4.5	4.5	97.3
85.4	1	.9	.9	98.2
85.6	2	1.8	1.8	100.0
Total	112	100.0	100.0	

### Frequencies

#### BOR

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tdk ideal	60	53.6	53.6	53.6
ideal	52	46.4	46.4	100.0
Total	112	100.0	100.0	

## C. HASIL ANALISIS BIVARIAT

### 1. HUBUNGAN PELAYANAN KESEHATAN DENGAN BOR Crosstabs

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pelayanan kesehatan * BOR	112	100.0%	0	.0%	112	100.0%

**elayanan kesehatan \* BOR Crosstabulation**

			BOR		Total
			tdk ideal	ideal	
elayanan kesehatan	kurang	Count	28	14	42
		Expected Count	22.5	19.5	42.0
		% within pelayanan kesehatan	66.7%	33.3%	100.0%
	cukup	Count	28	25	53
		Expected Count	28.4	24.6	53.0
		% within pelayanan kesehatan	52.8%	47.2%	100.0%
	baik	Count	4	13	17
		Expected Count	9.1	7.9	17.0
		% within pelayanan kesehatan	23.5%	76.5%	100.0%
Total	Count	60	52	112	
	Expected Count	60.0	52.0	112.0	
	% within pelayanan kesehatan	53.6%	46.4%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.076 <sup>a</sup>	2	.011
Likelihood Ratio	9.372	2	.009
Linear-by-Linear Association	8.392	1	.004
N of Valid Cases	112		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,89.

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.274	.011
N of Valid Cases		112	

## UJI VALIDITAS KUESIONER PELAYANAN KESEHATAN

### Correlations

		p1	p2	p14	p15	p16	p17	p18	total
p1	Pearson Correlation	1	.376	.496*	-.028	.473*	.681**	.563**	.687**
	Sig. (2-tailed)		.102	.026	.908	.035	.001	.010	.001
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
p2	Pearson Correlation	.376	1	.009	.169	.282	.655**	.208	.688**
	Sig. (2-tailed)	.102		.971	.476	.228	.002	.378	.001
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
p3	Pearson Correlation	-.038	.163	.179	.943**	.174	-.126	.019	.349
	Sig. (2-tailed)	.875	.493	.449	.000	.463	.596	.936	.132
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
p4	Pearson Correlation	.402	.664**	-.186	.004	.244	.594**	.173	.703**
	Sig. (2-tailed)	.079	.001	.432	.985	.300	.006	.465	.001
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
p5	Pearson Correlation	.543*	.435	.131	.273	.244	.448*	.462*	.746**
	Sig. (2-tailed)	.013	.055	.583	.243	.300	.048	.040	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
p6	Pearson Correlation	.617**	.353	.224	-.392	.513*	.618**	.297	.579**
	Sig. (2-tailed)	.004	.127	.342	.087	.021	.004	.204	.008
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
p7	Pearson Correlation	.585**	.551*	.098	.246	.448*	.679**	.264	.767**
	Sig. (2-tailed)	.007	.012	.681	.295	.048	.001	.260	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
p8	Pearson Correlation	.257	.425	.008	.146	.442	.426	.111	.689**
	Sig. (2-tailed)	.273	.062	.975	.538	.051	.061	.642	.001
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
p9	Pearson Correlation	.034	.675**	.218	.332	.583**	.374	.155	.581**
	Sig. (2-tailed)	.888	.001	.357	.153	.007	.104	.514	.007
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
p10	Pearson Correlation	.656**	.786**	.265	.354	.649**	.790**	.476*	.958**
	Sig. (2-tailed)	.002	.000	.258	.126	.002	.000	.034	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
p11	Pearson Correlation	.585**	.551*	.098	.246	.448*	.679**	.264	.767**
	Sig. (2-tailed)	.007	.012	.681	.295	.048	.001	.260	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
p12	Pearson Correlation	.399	.275	.224	.346	.371	.318	.594**	.686**
	Sig. (2-tailed)	.081	.241	.342	.135	.107	.171	.006	.001
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
p13	Pearson Correlation	.373	.553*	.295	.404	.713**	.556*	.268	.802**
	Sig. (2-tailed)	.105	.012	.207	.078	.000	.011	.253	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
p14	Pearson Correlation	.496*	.009	1	.222	.527*	.206	.682**	.388
	Sig. (2-tailed)	.026	.971		.346	.017	.384	.001	.091

	N	20	20	20	20	20	20	20	20
p15	Pearson Correlation	-.028	.169	.222	.184	-.128	.038	.337	
	Sig. (2-tailed)	.908	.476	.346	.438	.590	.875	.146	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
p16	Pearson Correlation	.473*	.282	.527*	.184	.667**	.534*	.721**	
	Sig. (2-tailed)	.035	.228	.017	.438	.001	.015	.000	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
p17	Pearson Correlation	.681**	.655**	.206	-.128	.667**	.474*	.770**	
	Sig. (2-tailed)	.001	.002	.384	.590	.001	.035	.000	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
p18	Pearson Correlation	.563**	.208	.682**	.038	.534*	.474*	.561*	
	Sig. (2-tailed)	.010	.378	.001	.875	.015	.035	.010	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
total	Pearson Correlation	.687**	.688**	.388	.337	.721**	.770**	.561*	1
	Sig. (2-tailed)	.001	.001	.091	.146	.000	.000	.010	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



## Reliability

### Scale: ALL VARIABLES

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	20	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.925	18

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	31.65	85.503	.636	.920
p2	31.65	86.239	.642	.920
p3	32.25	92.197	.288	.927
p4	31.70	84.958	.653	.920
p5	31.70	84.221	.702	.918
p6	31.80	87.326	.516	.923
p7	31.20	84.695	.729	.918
p8	31.65	84.766	.635	.920
p9	31.85	88.450	.528	.923
p10	31.40	80.568	.950	.912
p11	31.20	84.695	.729	.918
p12	31.80	85.537	.636	.920
p13	31.35	82.976	.766	.917
p14	32.00	91.053	.320	.927
p15	32.20	92.274	.274	.927
p16	31.70	84.642	.674	.919
p17	31.50	84.474	.732	.918
p18	31.75	87.776	.499	.923

## Reliability

### Scale: ALL VARIABLES

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	20	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.935	15

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	27.45	74.050	.645	.932
p2	27.45	74.576	.664	.931
p4	27.50	72.789	.716	.930
p5	27.50	73.000	.700	.930
p6	27.60	74.779	.594	.933
p7	27.00	73.368	.733	.929
p8	27.45	73.103	.661	.931
p9	27.65	77.292	.498	.935
p10	27.20	69.747	.939	.923
p11	27.00	73.368	.733	.929
p12	27.60	74.568	.609	.933
p13	27.15	72.345	.729	.929
p16	27.50	73.737	.648	.931
p17	27.30	72.432	.792	.928
p18	27.55	76.682	.470	.936