



13/40991

**TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER (TAPM)**

**PENGARUH KUALITAS PELAYANAN TERHADAP KEPUASAN  
MASYARAKAT PADA RAWAT INAP KELAS III  
DI RUMAH SAKIT UMUM PROVINSI  
NUSA TENGGARA BARAT**



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

**Disusun Oleh:**  
**M a k s u m**  
**NIM. 015772253**

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS TERBUKA  
MATARAM  
2012**

## ABSTRAK

Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan pada Masyarakat Rawat Inap Kelas III di RSUP NTB

Maksum

Universitas Terbuka UPBJJ-Mataram

maksums@ymail.com

Kata kunci : **Kualitas Pelayanan, Kepuasan Masyarakat, Dimensi Pelayanan, Desain Model, Metode Miles dan Hubermann.**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kualitas pelayanan dan kepuasan pada masyarakat rawat inap kelas III RSUP NTB, mengetahui signifikansi pengaruh 5 dimensi pelayanan (*tangible, reliability, responsiveness, assurance, dan empathy*) terhadap kepuasannya. Tujuan penting lain yaitu menemukan upaya-upaya apakah yang diperlukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Masyarakat akan merasa puas memperoleh pelayanan sesuai harapan dengan kerja nyata pemberi layanan (*provider*) di ruang kelas III RSUP NTB.

Metode penelitian ini yaitu Regresi Linier Berganda terhadap data-data kuantitatif dan didukung Analisis *Miles dan Hubermann* untuk data kualitatif. Ditemukan bahwa ke-lima dimensi pelayanan seluruhnya dinilai dengan taraf “baik”.

Hasil uji signifikansi parsial didapatkan bahwa nilai alpha signifikansi lebih kecil dari pada alpha pengujian yaitu untuk dimensi *tangible* ( $0,045 < 0,05$ ) sehingga  $H_a$  diterima dan dimensi *emphaty* ( $0,009 < 0,05$ ) sehingga  $H_a$  juga diterima. Desain model regresi yang dihasilkan dan uji signifikansi parsial, ditemukan bahwa dimensi yang berpengaruh signifikan terhadap kepuasan pasien adalah dimensi *tangible* dan *emphaty*. Sedangkan secara simultan kelima dimensi pelayanan mempengaruhi naik turunnya kepuasan pasien sebesar 43,30 persen.

Kesimpulan penelitian yaitu bahwa responden atau pasien rawat inap kelas III di RSUP NTB terhadap lima dimensi pelayanan; *tangible, reliability, responsiveness, assurance* dan *emphaty*, memberikan penilaian “baik”. Sedangkan penilaian atas kepuasan pasien rawat inap kelas III di RSUP NTB tergolong tinggi atau puas. Hal ini bermakna bahwa terjadi kesesuaian antara harapan pasien dengan kinerja aktual seluruh karyawan rawat inap kelas III RSUP NTB.

Rekomendasi dari penelitian ini yaitu agar pelayanan prima yang menjadi visi RSUP NTB, dalam aktualisasinya dilakukan dengan memastikan fungsi koordinasi dan komunikasi *top-down* dan *buttom-up* semua level manajemen utamanya dilevel

pelaksana langsung asuhan keperawatan ke para pasien (masyarakat) rawat inap kelas III di RSUP NTB, didukung reward, pola pengawasan dan penanganan masalah secara berjenjang memberikan dampak yang cukup baik terhadap kinerja nyata perawat dan petugas lainnya karena setiap petugas (provider) mempunyai beban tugas masing-masing, dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan atas dasar budaya kerja, disiplin kerja dan etos kerja serta komitmen meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

UNIVERSITAS TERBUKA

## ABSTRACT

Influence Of Quality Service toward Satisfaction of Class III Community  
Inpatient at Provincial Publick Hospital of West Nusa Tenggara

Maksum  
Open University UPBJJ-Mataram  
[maksums@ymail.com](mailto:maksums@ymail.com)

**Keywords: Quality of Service, Community Satisfaction, Dimensional Services,  
Design Models, Miles and Hubermann Methods**

This study aims to determine the quality of service and satisfaction in the inpatient class III of NTB Hospital (NTB Government Hospital), determine the significance of the influence of five dimensions of service (tangible, reliability, responsiveness, assurance, and empathy) toward satisfaction. Another important goal is finding the necessary efforts to improve service quality. The public will be satisfied to obtain appropriate care giver hopes the real work service (provider) at the inpatient class III of NTB Hospital.

This research method is Multiple Linear Regression towards quantitative data and supported Analisis Miles and Hubermann for qualitative data. It was found that the five dimensions of service that all of them is given "good" grade.

Obtained partial results of significance test that alpha significance value is less than the alpha test is for tangible dimension ( $0.045 < 0.05$ ) so that  $H_a$  received and empathy dimensions ( $0.009 < 0.05$ ) is also acceptable. The resulting regression model design and test partial significance, it was found that the dimensions that significantly influence patient satisfaction is tangible dimension and empathy. While the five dimensions of service simultaneously affect patient satisfaction rise and fall of 43.30 percent.

Conclusions this research that respondents or class III patients hospitalized in the NTB Hospital that five dimensions of service; tangible, reliability, responsiveness, assurance and empathy, is giving "good" evaluation. While the evaluation of the hospitalized patient satisfaction in class III at NTB Hospital is high or satisfied. This means that there is congruence between patients' expectations with actual performance of all employees of Class III inpatient in the NTB Hospital.

Recommendations from this research is the service excellence which is a vision of NTB Hospital, in the actualization is done by ensuring coordination and communication functions of top-down and bottom-up for all of the levels management, it specially for the provider nursing care to the patient (public) in class

III inpatient in NTB Hospital with supported by reward, pattern of controlling and handling the problems in stages gives a good enough impact on the performance of nurses and others because every officer (provider) has the burden of each task, in order to improve services quality based on work culture, work discipline and the work ethic and commitment to improving quality of health service.

UNIVERSITAS TERBUKA

UNIVERSITAS TERBUKA  
PROGRAM PASCA SARJANA  
MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK

PERNYATAAN

TAPM yang berjudul Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Masyarakat Pada Rawat Inap Kelas III Di Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat adalah hasil karya saya sendiri, dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar. Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Mataram, 21 September 2012  
Yang Menyatakan



(M a k s u m )  
NIM. 015772253

## LEMBAR PERSETUJUAN TAPM

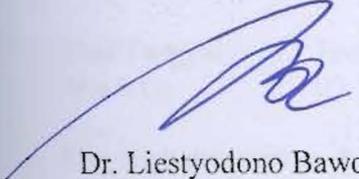
Judul TAPM : Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Masyarakat Pada Rawat Inap Kelas III Di Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat.

Penyusun TAPM : M a k s u m  
NIM : 015772253  
Program Studi : Administrasi Publik  
Hari/Tanggal : Jum'at 21 September 2012

Mengetahui :

Pembimbing I,

Pembimbing II,



Dr. Liestyodono Bawono Irianto.  
NIP. 19611231 198601 1 002



Agusdn, IS2., MBA., DBA  
NIP. 19640813 198903 1 001

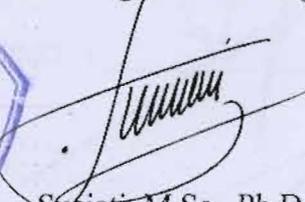
Mengetahui :

Ketua Bidang Ilmu / Program  
Magister Administrasi Publik

Direktur Program Pascasarjana



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



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



UNIVERSITAS TERBUKA  
PROGRAM PASCASARJANA  
PROGRAM STUDI ADMINISTRASI PUBLIK

PENGESAHAN

Nama : Maksu m  
NIM : 015772253  
Program Studi : Administrasi Publik  
Judul Tesis : Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Masyarakat  
Pada Rawat Inap Kelas III Di Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa  
Tenggara Barat

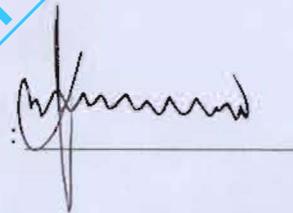
Telah dipertahankan di hadapan Sidang Panitia Penguji Tesis Program Pascasarjana,  
Program Studi Administrasi Publik, Universitas Terbuka pada:

Hari/Tanggal : Jum'at, 07 September 2012  
Waktu : 09.30 – 11.30 Wita

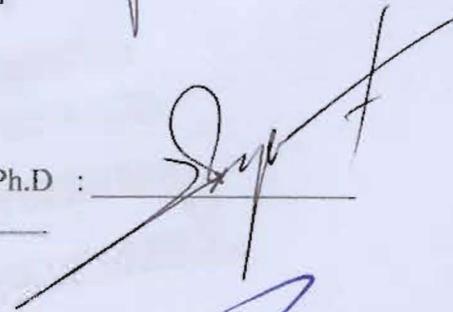
Dan telah dinyatakan **L U L U S**

PANITIA PENGUJI TESIS

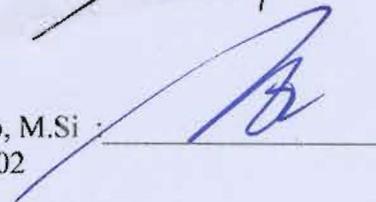
Ketua Komisi Penguji : Drs. Kesipudin, M.Pd.  
NIP 19570521 198403 1 001



Penguji Ahli : Andi Fefta Wijaya, MDA., Ph.D :  
NIP \_\_\_\_\_



Pembimbing I : Dr. Liestyodono, B. Irianto, M.Si :  
NIP 19611231 198601 1 002



Pembimbing II : Agusdin, SE., MBA., DBA.  
NIP 19640813 198903 1 001



## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan Ke Hadirat Allah SWT Tuhan Yang Maha Esa, atas Karunia, Berkah dan Rahmat-Nya saya dapat menyelesaikan Tugas Akhir Program Magister (TAPM). Penulisan TAPM ini untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar Magister Sains ( M.Si )/Magister Administrasi Publik Program Pascasarjana di Universitas Terbuka Mataram. Saya sadar, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sejak mulai perkuliahan sampai penulisan TAPM, tentu akan sulit bagi saya untuk dapat menyelesaikannya dengan baik.

Karena itu melalui kesempatan ini perkenan saya mengucapkan terima kasih yang mendalam kepada :

1. Direktur Program Pascasarjana Universitas Terbuka yang telah memberikan pilihan Program Pascasarjana Magister Administrasi Publik di Universitas Terbuka;
2. Kepala UPBJJ-UT Mataram selaku penyelenggara Program Pascasarjana Magister Administrasi Publik di UPBJJ-UT Mataram ;
3. Direktur Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat; yang telah memberikan izin kepada saya untuk melaksanakan kegiatan penelitian di RSUP NTB;

4. Pembimbing I dan Pembimbing II Dr. Liestyodono dan Agusdin, SE, MBA.,DBA yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan TAPM ini;
5. Ketua Bidang Program Studi Magister Administrasi Publik selaku penanggung jawab Program Pascasarjana Magister Administrasi Publik Universitas Terbuka Mataram;
6. Para Dosen yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan serta curahan perhatian kepada saya sejak perkuliahan hingga penyusunan TAPM ini;
7. Sekretaris Daerah Provinsi NTB yang telah memberikan izin belajar kepada saya melanjutkan study di Program Pasca Sarjana di Universitas Terbuka Mataram;
8. Kepala Akademi Perawat Kesehatan Provinsi NTB yang telah membantu dan mendukung saya baik moral, spirituil, materiil (biaya) serta kemudahan-kemudahan selama proses menyelesaikan studi;
9. Orang tua, Istri dan anak-anakku tercinta yang memberikan dukungan, do'a, dan kasih sayangnya, sumber inspirasi dan semangat saya; ( Istriku tersayang Ayu Rosmawaty, S.Pd, Anak-anakku; Nanda Hatipuspita, A.Md.Kep., Nanda Anggi Pertiwi, A.Md.Kebidanan, Nanda Rarasmitha, Nabila Anindya Nasywa, Nanda Anindya Nasywa Nanda Fachri Ramadhan dan Nanda Elfaeyza Faiq ) menyelesaikan study dan penulisan TAPM;

10. Sahabat-sahabat seperjuangan yang telah banyak membantu, memberi dorongan moril selama penelitian dan penulisan TAPM;

Akhir kata, saya bermohon kepada Allah, SWT Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan Bapak, Ibu dan semua pihak yang telah membantu. Semoga TAPM ini memberi manfaat bagi saya didalam menyelesaikan ke tahap penelitian.

Mataram, Februari 2012

Penulis

UNIVERSITAS TERBUKA

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>Abstrak</b> .....	<b>i</b>
<b>Lembar Persetujuan</b> .....	<b>v</b>
<b>Lembar Pengesahan</b> .....	<b>vi</b>
<b>Kata Pengantar</b> .....	<b>vii</b>
<b>Daftar Isi</b> .....	<b>x</b>
<b>Daftar Bagan</b> .....	<b>xii</b>
<b>Daftar Tabel</b> .....	<b>xiii</b>
<b>Daftar Lampiran</b> .....	<b>xiv</b>
<b>BAB I. PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Perumusan Masalah .....	14
C. Tujuan Penelitian .....	15
D. Kegunaan Penelitian .....	15
<b>BAB II. TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Kajian Teori .....	17
B. Kerangka Berpikir .....	41
C. Definisi Operasional .....	42
D. Uji Validitas Dan Reliabilitas Instrumen .....	47
<b>BAB III. METODE PENELITIAN</b>	
A. Desain Penelitian Kualitatif .....	52
B. Populasi Dan Sampel .....	53
C. Instrumen Penelitian .....	53
D. Prosedur Pengumpulan Data .....	58
E. Metode Analisis Data .....	59
F. Desain Penelitian Kualitatif .....	63
<b>BAB IV. TEMUAN DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Identitas Responden.....	69

B. Uji Validitas Dan Reliabilitas.....	73
C. Deskripsi Hasil Analisa Data .....	78
D. Deskripsi Lima Dimensi Kualitas Pelayanan .....	79
E. Analisa Data-Model Regresi.....	105
F. Pembahasan .....	114
G. Upaya Manajemen RSUP NTB dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan .....	118
H. Summary Hasil Wawancara Terstruktur.....	127
I. Summary Korelasi Temuan Kajian Dengan Aspek Teoritis Dan Hasil Penelitian Terdahulu/Jurnal.....	128
<b>BAB V. SIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Simpulan .....	132
B. Saran .....	133
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>136</b>
<b>LAMPIRAN-LAMPIRAN .....</b>	<b>140</b>

UNIVERSITAS TERBUKA

UNIVERSITAS TERBUKA

**DAFTAR ISI**

.....  
.....  
.....  
.....

**Halaman**

<b>Lembar</b>	<b>i</b>
<b>Judul.....</b>	
<b>Lembar</b>	<b>ii</b>
<b>Pengesahan.....</b>	
<b>Kata</b>	<b>iii</b>
<b>Pengantar.....</b>	

<b>Daftar</b>		<b>v</b>
<b>Isi.....</b>		
<b>Daftar</b>		<b>vi</b>
<b>Bagan.....</b>		
<b>Daftar Gambar.....</b>		<b>vii</b>
<b>Daftar</b>		<b>viii</b>
<b>Tabel.....</b>		
<b>Daftar</b>		<b>ix</b>
<b>Lampiran.....</b>		
<b>BAB</b>		<b>I 1</b>
<b>PENDAHULUAN.....</b>		
<b>A. Latar Belakang</b>		<b>1</b>
<b>Masalah.....</b>		
<b>B. Perumusan</b>		<b>12</b>
<b>Masalah.....</b>		
<b>C. Tujuan</b>		<b>13</b>
<b>Penelitian.....</b>		
<b>D. Kegunaan</b>		<b>13</b>
<b>Penelitian.....</b>		
<b>BAB II</b>		<b>15</b>
<b>TINJAUAN PUSTAKA.....</b>		
<b>A. Kajian</b>		<b>15</b>
<b>Teori.....</b>		
<b>B. Kerangka</b>		<b>36</b>
<b>Berpikir.....</b>		
<b>C. Definisi</b>		<b>37</b>
<b>Operasional.....</b>		

<b>BAB III</b>		<b>48</b>
<b>METODOLOGI PENELITIAN</b>		
<b>A.</b>	<b>Desain</b>	<b>48</b>
<b>Penelitian.....</b>		
<b>B.</b>	<b>Populasi</b>	<b>dan 49</b>
<b>Sampel.....</b>		
<b>C.</b>	<b>Instrumen</b>	<b>49</b>
<b>Penelitian.....</b>		
<b>D.</b>	<b>Prosedur</b>	<b>Pengumpulan 50</b>
<b>Data.....</b>		
<b>E.</b>	<b>Metode</b>	<b>Analisis 51</b>
<b>Data.....</b>		
<b>DAFTAR</b>		<b>62</b>
<b>PUSTAKA.....</b>		
<b>LAMPIRAN - LAMPIRAN</b>		

UNIVERSITAS TERBUKA

**DAFTAR BAGAN**

	<b>Halaman</b>
2.1 Konsep Kepuasan Pelanggan.....	27
2.2 Model Konseptual Pelayanan Berkualitas.....	30
2.2 Segitiga Pelayanan Publik.....	33
2.3 <i>Mind Mapping</i> Paradigma Pelayanan Publik.....	34
2.4 Kerangka Berpikir.....	42
3.1 Komponen Dalam Analisis Data Menurut Miles dan Hubberman ( <i>Interactive Model</i> ) .....	53

UNIVERSITAS TERBUKA

## DAFTAR TABEL

	<b>Halaman</b>
1.1 NTB Experiences – Sharing Of Development Programme And Budget Between Provincial and District Government Utilizing the MDGs.....	3
1.2 Hasil Survey Kualitas Birokrasi Negara-Negara Di ASIA Dan ASEAN Tahun 2010.....	6
1.3 Daftar Ruangan Perawatn Kelas III di RSUP NTB.....	8
1.4 Jumlah Sasaran Jaminan Kesehatan Masyarakat NTB Tahun 2009.....	9
1.5 Jumlah Pasien Peserta Jamkesmas NTB Tahun 2009 Yang Telah Dibayarkan Pada Tahun 2010.....	10
2.1 Variabel, Dimensi, Definisi Operasional, Indikator Dan Pengukuran.....	37

UNIVERSITAS TERBUKA

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>Lampiran</b>	<b>Halaman</b>
Lampiran 1 : Kisi-Kisi Instrumen Kuesioner .....	141
Lampiran 2 : Isian Responden ( Kuesioner ) .....	143
Lampiran 3 : Kualitas Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Kelas III di RSUP NTB Dimensi <i>Tangible</i> .....	144
Lampiran 4 : Kuesioner Kualitas Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Kelas III di RSUP NTB Dimensi <i>Reliability</i> .....	145
Lampiran 5 : Kuesioner Kualitas Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Kelas III di RSUP NTB Dimensi <i>Responsiveness</i> .....	146
Lampiran 6 : Kuesioner Kualitas Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Kelas III di RSUP NTB Dimensi <i>Assurance</i> .....	147
Lampiran 7 : Kuesioner Kualitas Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Kelas III di RSUP NTB Dimensi <i>Emphaty</i> .....	148
Lampiran 8 : Kuesioner Kepuasan Pelayanan Pada Masyarakat Rawat Inap Kelas III di RSUP NTB.....	149
Lampiran 9 : Pedoman Wawancara Mendalam.....	151
Lampiran 10 : Transkrip Wawancara Terstruktur Informan I.....	154
Lampiran 11 : Transkrip Wawancara Terstruktur Informan II .....	158
Lampiran 12 : Transkrip Wawancara Terstruktur Informan III .....	160
Lampiran 13 : Transkrip Wawancara Terstruktur Informan IV .....	164
Lampiran 14 : Transkrip Wawancara Terstruktur Informan V .....	167
Lampiran 15 : Transkrip Wawancara Terstruktur Informan VI.....	170

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang Masalah**

Pelayanan publik dibidang kesehatan yang merupakan salah satu hak asasi manusia paling mendasar. Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H dan Undang-Undang RI. Nomor 36/2009 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan.

Diberlakukannya UU No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik semakin mengukuhkan bahwa hak-hak masyarakat memperoleh pelayanan publik yang berkualitas termasuk memperoleh pelayanan bidang kesehatan dilindungi oleh Undang - Undang.

Menyadari pentingnya arti sehat untuk meningkatkan kesejahteraan dan produktifitas disepanjang usia bagi setiap warga masyarakat maka pemerintah harus menjamin ketersediaan prasarana dan sarana pelayanan kesehatan dan memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

Pembangunan dibidang kesehatan ditujukan bagi kesejahteraan dan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Masyarakat yang sehat modal dasar pembangunan. Pelayanan kesehatan yang prima berperan strategis didalam menciptakan sumber daya manusia yang handal sebagai modal dasar pembangunan penting suatu bangsa. Kondisi itu akan terwujud salah satu melalui pelayanan publik yang prima dalam hal ini pelayanan dibidang kesehatan yang berkualitas.

Menurut Dwiyanto, A. dkk., (2003:102) bahwa: "...Dalam *Governances and Decentralization* (GDS), reformasi pelayanan publik haruslah dimulai dari aspek yang paling mendasar, yaitu reformasi pola pikir (paradigma) penyelenggaraan pelayanan publik. Reformasi paradigma pelayanan publik ini adalah penggeseran pola penyelenggaraan pelayanan publik dari yang semula "*berorientasi pemerintah sebagai penyedia*" menjadi pelayanan yang berorientasi kepada "*kebutuhan masyarakat sebagai pengguna*". Dengan demikian selain sesegera mungkin "*mendengarkan suara publik*" itu sendiri. Inilah yang akan menjadi jalan bagi peningkatan partisipasi masyarakat di bidang pelayanan publik...."

Berkaitan dengan hal tersebut, Ibrahim (2008:1) mengemukakan bahwa :

"Suatu organisasi publik, terutama sebagai Lembaga (bukan institusi), takaran keluarannya ialah pelayanan publik yang diberikannya. Tinggal tergantung kualitas dan kuantitasnya, efektivitas dan efisiensinya. Masyarakat luas (publik dalam arti masyarakat umum, bukan dalam arti pemerintahan) sebagai pihak yang dilayani akan menerima pelayanan itu (hasil pelayanan publik) dalam berbagai persepsi dan katagori yang kontinumnya mulai dari sangat tidak memuaskan/sangat tidak efektif/efisien, hingga yang terbaik pelayanannya yang dikategorikan sebagai pelayanan publik yang prima".

Merespon tuntutan kebutuhan dasar masyarakat, Pemerintah Provinsi NTB menetapkan Target Kinerja Program Unggulan Provinsi NTB Tahun 2009-2013 Khususnya Di Bidang Kesehatan, sebagaimana table berikut ini :

Tabel 1.1 : NTB *Experiences – Sharing of Development Programme and Budget between Provincial and District Governments Utilizing the MDGs.*

NO	PROGRAM UNGGULAN (SKPD PENGELOLA)	SASARAN	INDIKATOR (SATUAN)	KONDISI 2007/2008	TARGET 2013
3.	AKINO : Angka Kematian Ibu Melahirkan Nol (Dinas Kesehatan).	Menurunnya Tingkat kematian bayi dan ibu melahirkan	Angka Kematian Ibu Melahirkan (/100.000 melahirkan)	320	260
			Angka Kematian Bayi (/10.000 kelahiran)	72	42
			Usia Harapan Hidup (Tahun)	61,2	66,18
			Prevalensi Gizi Buruk	3,4	2,5

( Sumber : Sayuti, Rosiady Dr. (2008). *NTB experiences – Sharing of Development Programme and Budget between Provincial and District Governments Utilizing the MDGs* ).

Kesungguhan pemerintah daerah NTB akan pentingnya percepatan pembangunan utamanya pelayanan dasar bidang kesehatan. Hal ini dibuktikan RSUP NTB yang telah beralih status dari Lembaga Pemerintah Daerah menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), efektif mulai berlaku tanggal 1 Januari 2011, yang berorientasi pada peningkatan profesionalisme pelayanan. Peralihan status ini merupakan amanat pasal 69 UU No. 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara, dan PP No. 23 Tahun 2005 tentang Badan Layanan Umum.

RSUP NTB harus memiliki neraca awal, menggunakan akuntansi aktual, memiliki "*business plan*", *system remunerasi*, Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS) dan Standar Pelayanan Minimal guna meningkatkan mutu pelayanan kesehatan ditegaskan di dalam AnatarMataram.com (<http://www.ntbprov.go.id/baca.php?berita=241> dipetik Rabu, 19 Oktober 2011).

Keberhasilan RS-BLU dalam kinerjanya didasarkan pada aspek pelayanan, mutu pelayanan dan manfaat bagi masyarakat dan aspek keuangan. Kinerja Rumah Sakit yang ikut dalam pengelolaan keuangan BLU harus mampu memberikan pelayanan kepada masyarakat dengan menonjolkan produktifitas, efisiensi dan efektifitas serta mutu pelayanan menjadi target utama sebagai konsekuensi dari pengelolaan manajemen rumah sakit berbasis kinerja, sebagaimana dilansir AntaraMataram.com (<http://www.ntbprov.go.id>); dipetik Rabu, 19 Oktober 2011).

Penguatan seluruh potensi RSUP NTB sebagai BLUD diupayakan sebaik-baiknya untuk mewujudkan tercapainya Visi yaitu "Menjadi Rumah

Sakit Rujukan yang Unggul dalam Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian di Indonesia Timur Tahun 2013” (Renstra RSUP NTB 2009-2013 : 4.1).

RSUP NTB merupakan *Top Referral Hospital* di Bumi Gora Nusa Tenggara Barat. Sebagai Rumah Sakit rujukan tingkat provinsi di NTB tentu diharapkan memiliki kemampuan memberikan pelayanan kesehatan dan keperawatan kepada pasien mulai dari kasus penyakit ringan, sedang dan berat (umumnya kasus-kasus pasien rujukan) dengan baik. Pelayanan kesehatan yang prima harus diberikan secara merata kepada semua pasien tanpa memandang perbedaan status sosial, ekonomi, pendidikan, ras, suku, agama dan mungkin aliran-aliran keyakinan/kepercayaan atau bahkan konstituen partai politik tertentu.

Fakta dilapangan ternyata masih perlu kerja keras dan sungguh-sungguh, karena hingga saat ini, pelayanan dibidang kesehatan yang berkualitas dan memuaskan belum diperoleh masyarakat. Banyak keluhan, *stigma* negatif, kesan-kesan *minor* para pasien, keluarga pasien atas kurang atau ketidakpuasannya memperoleh pelayanan dari petugas kesehatan di RSUP NTB. Keluhan pasien dan atau keluarganya antara lain; petugas kurang senyum, galak, kurang komunikasi ke pasien, ketus, lama merespon permintaan/keluhan pasien, kurang ramah, judes, kurang/tidak mau mendengar keluhan pasien atau keluarganya. Disamping itu petugas kesehatan masih kental dengan *stigma negative* seperti, kurang pandai berkomunikasi yang terapeutik, tidak simpatik dan egosentris.

Menurut Edvardsen,*et.al* (1994) yang dikutip oleh Prianto, (2006 : 119), yang menjadi persoalan utama dalam pemberian layanan publik adalah adanya kesulitan untuk mengawasi apakah layanan benar-benar telah sampai kepada masyarakat sesuai dengan spesifikasi yang ditetapkan. Menjawab

persoalan tersebut pendapat Carman (1990) dalam Prianto (2006:119) menyatakan tentang perlunya untuk memonitor bagaimana persepsi kepuasan masyarakat terhadap layanan publik.

Selanjutnya pendapat Brysland dan Curry (2001), dalam Prianto (2006 : 118);

“.....berbagai isu yang berkaitan dengan pemberian layanan publik yang harus dilakukan pemerintahan lokal adalah (a) kualitas komunikasi, yaitu apakah para staf pemerintahan lokal terus menjalin komunikasi, berupaya mendengarkan harapan dan keluhan masyarakat agar lebih memahami spesifikasi layanan yang dibutuhkan masyarakat. (b) spesifikasi kualitas layanan, yaitu apakah pemberian layanan menggunakan standar yang jelas. (c) kualitas pemberian layanan, yaitu apakah sudah ada standar yang jelas tentang prosedur pemberian layanan. Dan (d) kualitas SDM, yaitu apakah pemerintah lokal memiliki staf yang memiliki motivasi, terlatih, terorganisir dan didukung oleh sistem organisasi yang baik.....”

Pelayanan kesehatan salah satu jenis pelayanan publik yang masih banyak mendapat sorotan masyarakat karena berbagai alasan ketidakpuasan terhadap layanan kesehatan yang diberikan oleh penyelenggara layanan kesehatan.

Prianto, (2006 : 20) menjelaskan bahwa: “ menurut Laporan Bank Dunia, Indonesia jauh tertinggal bila dibandingkan dengan Negara terdekat seperti Filipina, Malaysia dan Thailand dalam indikator gabungan kualitas birokrasi, korupsi, dan kondisi sosial ekonomi. Kondisi iklim investasi, kesehatan dan pendidikan saat ini sangat tidak memuaskan sebagai akibat dari rendahnya kualitas layanan yang ditawarkan oleh institusi pemerintahan.”

Sejalan dengan itu, banyak literatur mengungkapkan bahwa kualitas pelayanan merupakan wujud kesesuaian harapan pelanggan dengan fakta kerja pelayanan petugas atau aparatur. Hal ini sejalan dengan pandangan para ahli dikemukakan bahwa :

“...Pendapat Kanaidi (2009) dalam <http://ken-servqual.blogspot.com.html>. Bahwa “.....Pelanggan membandingkan antara apa yang mereka harapkan dengan apa yang benar-benar mereka terima dalam proses pembelian (Lovelock, 2002). Terdapat faktor utama yang mempengaruhi kualitas jasa, yaitu jasa yang diharapkan (*expected service*) dan jasa yang dipersepsikan (*perceived service*), sejalan dengan apa yang dikemukakan Parasuraman, Zeithaml dan Berry, 1985. Menurut Parasuraman, Zeithaml dan Berry (1990; 26) dan Lovelock (2002), ditegaskan bahwa di dalam menilai kualitas jasa

terdapat lima dimensi yang menentukan yaitu: *Tangible*, *Reliability*, *Responsiveness*, *Assurance*, dan *Empathy*.

Menurut Zeithaml, Berry, dan Parasuraman (dalam Fitzsimmons dan Fitzsimmons, 1994; Zeithaml dan Bitner, 1996) dalam Tjiptono (2005:14) mengidentifikasi lima dimensi pokok yang berkaitan dengan kualitas jasa ;

1. Bukti langsung (*tangibles*) meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai, dan sarana berkomunikasi
2. Keandalan (*reliability*), yakni kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat, dan memuaskan.
3. Daya tanggap (*responsiveness*), yaitu keinginan para staf untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap.
4. Jaminan (*assurance*), mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan, dan bersifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf; bebas dari bahaya, risiko atau keraguan-keraguan.
5. Empati (*emphaty*), meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik, perhatian pribadi, dan memahami kebutuhan para pelanggan.

Secara empirik fakta dilapangan menunjukkan bahwa kualitas pelayanan masih memiliki banyak kelemahan. Hal ini senada dengan pendapat Ismail, Yosua, Anwar, & Dhuha (2010: 19-20) bahwa secara garis besar dilihat dari pola penyelenggaraannya, kelemahan-kelemahan tersebut antara lain :

1. *Kurang responsive*. Kondisi ini terjadi pada hampir semua tingkatan unsur pelayanan, mulai pada tingkatan petugas pelayanan (*front line*) sampai dengan tingkatan penanggungjawab instansi. Respon terhadap berbagai keluhan, aspirasi, maupun harapan masyarakat seringkali lambat atau bahkan diabaikan sama sekali.
2. *Kurang informative*, berbagai informasi yang seharusnya disampaikan kepada masyarakat, lambat atau bahkan tidak sampai kepada masyarakat.
3. *Kurang aksesibel*. Berbagai unit pelaksana pelayanan terletak jauh dari jangkauan masyarakat sehingga menyulitkan bagi mereka yang memerlukan pelayanan tersebut.
4. *Kurang koordinasi*. Berbagai pelayanan yang terkait satu dengan yang lainnya sangat kurang berkoordinasi. Akibatnya, sering menjadi tumpang tindih atau pun pertentangan kebijakan antara satu instansi pelayanan dengan instansi pelayanan lain yang terkait.
5. *Birokratis*. Pelayanan (khususnya pelayanan perizinan) pada umumnya dilakukan melalui proses yang terdiri dari berbagai level, sehingga menyebabkan penyelesaian pelayanan yang terlalu lama.
6. *Kurang mau mendengar keluhan/saran/aspirasi masyarakat*. Pada umumnya aparat pelayanan kurang memiliki kemauan untuk mendengar keluhan/saran/aspirasi dari masyarakat pengguna layanan. Akibatnya, pelayanan dilaksanakan dengan apa adanya, tanpa ada perbaikan dari waktu ke waktu.

7. *Inefisien*. Berbagai persyaratan yang diperlukan (khususnya dalam pelayanan perizinan) seringkali tidak relevan dengan pelayanan yang diberikan.

Dalam skala yang lebih luas, posisi prestasi pelayanan publik dalam system birokrasi di Indonesia masih menuai predikat “buruk”. Sebagaimana hasil *Survey Political and Economic Risk Consultancy* (PERC) tahun 2010. Lembaga ini menempatkan kinerja birokrasi Indonesia sebagai yang terburuk nomor satu dari 16 negara-negara di Asia yang disurvei, yang merupakan Negara-negara tujuan investasi di kawasan Asia Pasifik dan Informasi selengkapnya disampaikan pada tabel berikut ini ;

TABEL 1.2 : Table of Asian Corruption Scores in PERC Survey

NO	Country	Score	KET
1.	SINGAPORE	1.42	Terbersih dari korupsi
2.	AUSTRALIA	2.28	
3.	HONG KONG	2.67	
4.	UNITED STATES	3.42	
5.	JAPAN	3.49	
6.	MACAU	4.96	
7.	SOUTH KOREA	5.98	
8.	TAIWAN	6.28	
9.	MALAYSIA	6.47	
10.	CHINA	6.52	
11.	INDIA	7.18	
12.	THAILAND	7.60	
13.	PHILIPPINES	8.06	
14.	VIETNAM	8.07	
15.	CAMBODIA	9.10	
16.	INDONESIA	9.27	Terkorup / Terburuk

Sumber : *Transparency International Indonesia (TI-I) Jakarta 10 Maret 2010.*

Survey : *Political and Economic Risk Consultancy (PERC) kepada para eksekutif ekspatriat.*

Menurut Survey Integritas KPK (2011) bersimpulan bahwa “.... Dari dua indikator yaitu laporan keuangan dan Integritas Sektor Publik, reformasi birokrasi selama dua tiga tahun ini ternyata belum menghasilkan perubahan yang fundamental. Masih dibutuhkan kerja keras dan kontinuitas untuk menjawab pertanyaan pantas tidaknya pemberian tunjangan kinerja dan

kebutuhan publik akan pelayanan yang berkualitas...” dipetik dari <http://setagu.net/opini/hasil-audit-bpk-dan-integritas-sektor-publik-di-kl-yang-mendapat-remunerasi>.

Diakui pula bahwa, kualitas pelayanan publik masih dalam kondisi yang memprihatinkan. Ini dapat dibuktikan dengan masih banyaknya pengaduan masyarakat terhadap kualitas pelayanan publik yang diajukan secara langsung kepada unit pelayanan publik dan aparaturnya, dipublikasikan ke berbagai media massa dan yang diterima Tromol Pos 5000. Padahal, unit pelayanan adalah titik dimana aparatur Negara bertemu langsung dengan masyarakat, sehingga kinerja pelayanan publik juga menjadi titik strategis dimana kepercayaan masyarakat secara luas kepada pemerintah dipertaruhkan (Tim SfGG - GTZ, 2004).

Menurut Yeremias (2001:1) berpendapat bahwa; salah satu kelemahan dasar dalam pelayanan publik di Indonesia adalah masalah moralitas. Lebih lanjut dijelaskan: etika merupakan salah satu elemen yang sangat menentukan kepuasan publik yang dilayani sekaligus keberhasilan organisasi pelayanan publik itu sendiri.

Sejalan dengan pendapat Dwiyanto. (Ed) (2008:67) bahwa: “....Pada umumnya kualitas pelayanan publik belum bertambah baik secara signifikan. “Jika ada uang segala urusan lancar” masih menjadi *adigium* dibanyak tempat. Dwiyanto menambahkan, paralel dengan persoalan nepotisme dalam penyelenggaraan layanan publik masih banyak dijumpai praktik diskriminasi pelayanan karena faktor pertemanan, afiliasi politik maupun etnis.

Pemerintah di dalam menyelenggarakan pelayanan publik masih banyak dijumpai kekurangan sehingga jika dilihat dari segi kualitas masih jauh dari yang diharapkan masyarakat. Hal ini ditunjukkan dengan masih munculnya berbagai keluhan masyarakat melalui media massa. Jika kondisi ini tidak direspon oleh pemerintah maka akan dapat menimbulkan citra yang kurang baik terhadap pemerintah sendiri. Mengingat fungsi utama pemerintah adalah melayani masyarakat maka pemerintah perlu terus berupaya meningkatkan kualitas pelayanan publik (Men.PAN, 2004:5) dalam tesis Bajari (2008:23).

Stigma negatif lainnya tentang citra layanan petugas publik, dikemukakan oleh Ibrahim, (2008:31) bahwa pelayanan publik selama ini terutama di Indonesia dalam kenyataannya masih bersifat berorientasi justru penyelenggara pelayanan yang minta dilayani (*to be served*), sehingga banyak menimbulkan ketidakpuasan masyarakat/keluhan masyarakat betapa berbelit-belitnya pelayanan publik di negeri ini.

Padahal sebagaimana ditegaskan oleh Saleh, (2010:42) bahwa keberhasilan pelayanan terhadap pelanggan eksternal tergantung kepada kinerja pelanggan intern. “Bila pegawai tidak terpuaskan, anda tidak akan pernah mempunyai pelanggan yang terpuaskan” (*if the employees are not satisfied, you can never have satisfied customer*).

Upaya pelayanan publik bidang pelayanan kesehatan dasar di Provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB) merupakan salah satu program unggulan NTB Bersaing. Provinsi NTB yang memiliki penduduk sebesar 4.312.478 jiwa, dan 2.323.007 diantaranya termasuk dalam kelompok masyarakat miskin dengan derajat kesehatan yang rendah. (Tim Jamkesmas Provinsi NTB, 2009).

Derajat Kesehatan Masyarakat NTB relative masih rendah ini ditunjukkan dengan indikator Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) di NTB yang masih cukup tinggi.

Pemerintah Provinsi NTB memberikan prioritas tinggi terhadap pembangunan kesehatan masyarakat. Hal ini dibuktikan dengan diterbitkannya Keputusan Bersama Gubernur Nusa Tenggara Barat dengan Bupati/Walikota se-Nusa Tenggara Barat Nomor : 1 Tahun 2009, Tanggal 1 Maret 2009 Tentang Pembentukan Badan Kerjasama Penyelenggara Jaminan Kesehatan Masyarakat (BKSPJK) Nusa Tenggara Barat. BKSPJK NTB dibentuk untuk melakukan percepatan pembangunan bidang kesehatan khususnya pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin dan tidak mampu diluar kuota Jamkesmas Pusat.

Program pelayanan bidang kesehatan khususnya Program Jamkesmas oleh pemerintah Provinsi NTB diarahkan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia, Indeks Pembangunan Manusia (IPM) NTB lebih baik sehingga masyarakat dan pemerintah Provinsi NTB dapat mengejar kemajuan dan prestasi yang telah dicapai daerah-daerah lain. Kondisi ini diharapkan mendorong keberadaan lembaga pelayanan publik yang bertugas dibidang penyediaan layanan kesehatan di semua tingkat pelayanan kesehatan di NTB untuk meresponnya secara sungguh-sungguh. Kelompok sasaran yang dilayani di rawat inap pada tahun 2008 dari keseluruhan pasien yang dirawat di rawat inap di RSUD NTB umumnya (46,04%) merupakan pasien Jamkesmas, 41,08% pasien umum dan 12,20% pasien Askes PNS. Keadaan

ini sesuai dengan pelayanan fungsi RSUP NTB sebagai pelayanan dengan fungsi sosial, tergambar pada tabel berikut ini.

TABEL 1.3 : Pasien Jamkesmas Yang Dirawat Inap Tahun 2008.

NO	BULAN	ASKES	UMU M	JAMKES MAS	ASURANSI LAIN	JUMLAH
1.	Januari	403	1.013	956	9	2.381
2.	Pebruari	288	568	1.290	12	2.158
3.	Maret	223	957	1.170	6	2.356
4.	April	229	773	1.299	10	2.311
5.	Mei	242	778	1.241	13	2.274
6.	Juni	237	722	1.044	27	2.030
7.	Juli	267	1.077	874	18	2.236
7.	Agustus	213	851	973	5	2.042
9.	September	228	851	708	14	1.801
10.	Oktober	300	873	857	25	2.055
11.	Nopember	235	956	628	25	1.844
12.	Desember	295	1.213	878	7	2.494
		3.160	10.632	11.918	171	25.881

(Sumber : Tim Jamkesmas Provinsi NTB 2009.)

Sasaran Program Jamkesmas NTB yaitu memberikan pelayanan kepada masyarakat miskin di Provinsi NTB khususnya masyarakat miskin yang tidak terdaftar atau berada diluar kuota Jamkesmas Pusat dengan jumlah sebesar 301.176 jiwa, sebagaimana diuraikan dalam tabel dibawah ini.

TABEL 1.4 : Jumlah Sasaran Jaminan Kesehatan Masyarakat NTB Tahun 2009.

No	Kabupaten/Kota	Jumlah Sasaran
1.	Kota Mataram	67.270 jiwa
2.	Lombok Barat	56.336 jiwa
3.	Lombok Tengah	25.200 jiwa
4.	Lombok Timur	71.386 jiwa
5.	Lombok Utara	17.393 jiwa
6.	Sumbawa Barat	440 jiwa
7.	Sumbawa	37.020 jiwa
8.	Dompu	5.000 jiwa
9.	Bima	15.137 jiwa
10.	Kota Bima	5.994 jiwa
	TOTAL	301.176 jiwa

(Sumber : Tim Jamkesmas Provinsi NTB 2009.)

Masalah kesehatan dasar yang tercermin didalam data hasil pembangunan bidang kesehatan di Provinsi NTB menunjukkan status kesehatan masyarakat NTB secara keseluruhan masih rendah. Angka Kematian Ibu (AKI) di NTB berdasarka data 2010 yaitu 320 per 100.000 kelahiran (MDGs Nasional 118 per 100.000 kelahiran). Angka Kematian Bayi NTB mencapai 74 per 1000 kelahiran hidup ( *Millenium Development Goals (MDGs)* Nasional 24 per 1000 kelahiran hidup ).

Data tersebut menunjukkan bahwa upaya-upaya pelayanan kesehatan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitative perlu ditingkatkan kualitasnya dengan cara memberikan pelayanan yang memuaskan kepada masyarakat pengguna jasa kesehatan, terlebih lagi bagi golongan masyarakat berekonomi lemah atau masyarakat miskin. Kualitas pelayanan kesehatan yang baik merupakan hak yang harus diberikan bagi setiap pengguna jasa.

Hingga tahun 2010 RSUP NTB menempati posisi tertinggi dari 10 RSUD Kabupaten/Kota, termasuk RSJP Mataram dan Balai Kesehatan Mata Mataram (BKMM) baik total jumlah pasien maupun penerimaan total klaim biaya dari Jamkesmas NTB. Total klaim tunggakan Rumah Sakit dalam pelayanan pasien peserta Jamkesmas NTB tahun 2009 yang telah dibayarkan untuk periode Januari – Desember 2010 yaitu Rp. 1.519.292.148. (Satu Milyar Lima Ratus Sembilan Belas Juta Dua Ratus Sembilan Puluh Dua Ribu Seratus Empat Puluh Delapan Rupiah). Jumlah keseluruhan pasien yang merupakan sasaran program Jamkesmas Provinsi Nusa Tenggara Barat tahun 2009 yang telah dibayarkan pada tahun 2010, disampaikan secara lengkap pada tabel berikut ini :

TABEL 1.5 : Jumlah Pasien Peserta Jamkesmas NTB Tahun 2009 yang Telah Dibayarkan Pada Tahun 2010.

No	Kabupaten/Kota	Periode	Jumlah Pasien		
			R. Inap	R. Jalan	Total
1.	RSUP Sanglah	Desember	-	6	6
2.	RSU Prov. NTB	Jan – Des	1.072	675	1.747
3.	RSUD Praya	Desember	36	69	105
4.	RSUD Selong	Desember	7	37	44
5.	RSUD Gerung	Nov – Des	3	84	87
6.	RSUD Bima	Nov – Des	18	34	52
7.	RSUD Sumbawa	Desember	63	23	86
8.	RSUD Dompu	Desember	6	20	26
9.	BKMM	Desember	30	-	30
10.	RSJP Mataram	Desember	100	7	107
	<b>Total</b>		<b>1.335</b>	<b>955</b>	<b>2.290</b>

(Sumber : Tim Jamkesmas Provinsi NTB 2010).

Tabel diatas menggambarkan bahwa RSUP NTB paling banyak memberikan pelayanan kesehatan bagi peserta Program Jamkesmas bagi masyarakat miskin di NTB sebanyak 1.747 orang pada periode 2010.

RSUP NTB memberikan pelayanan perawatan kepada masyarakat dalam beberapa kategori fasilitas pelayanan yaitu perawatan Kelas Super VIP, VIP, Kelas I, II, dan III serta ruang perawatan intensif. Pasien yang dirawat di kelas III umumnya diperuntukkan atau sebagian besarnya dimanfaatkan oleh masyarakat peserta Jamkesmas / Jamkesda. Selain itu pasien yang dirawat di kelas III yaitu peserta Askes, Umum dan peserta Asuransi lain.

Masyarakat rawat inap kelas III memperoleh pelayanan di 8 (delapan) ruangan (Bangsal) yaitu; Bougenvile, Kemuning, Mawar, Seruni, Dahlia, Flamboyan dan Melati, yang terdapat di lantai I, II dan III.

Dari semua ruang perawatan kelas III itu, tersedia tempat tidur (TT) sebanyak sekitar 200 (dua ratus) buah. Rincian ruang perawatan kelas III dan jumlah tempat tidur (TT) serta bidang layanan dijelaskan dalam tabel di bawah ini.

TABEL 1.6 : Ruang Perawatan Kelas III Dan Jumlah Tempat Tidur (TT) RSUP NTB Periode September 2011.

NO	NAMA RUANGAN	JUMLAH TEMPAT TIDUR	KETERANGAN
1	2	3	4
<b>LANTAI I</b>			
1.	MELATI	24	Obsgyn
<b>LANTAI II</b>			
2.	MAWAR	34	Menular
3.	SERUNI	33	Umum
4.	SERUNI	3	Isolasi
5.	DAHLIA	32	Anak
6.	FLAMBOYAN	10	Umum
<b>LANTAI III</b>			
7.	BOUGENVILE	27	Umum
8.	KEMUNING	37	Umum
TOTAL TEMPAT TIDUR (TT) KELAS III = 200			

(Sumber : *Medical Record RSUP NTB, Periode September 2011*).

Daftar tersebut memberikan fakta yang menjelaskan atau informasi bahwa aspek kualitas dan kepuasan pelayanan publik khususnya pelayanan kesehatan rawat inap kelas III yang sebagian besar merupakan peserta Program Jamkesmas di RSUP NTB dipertaruhkan. Kelompok masyarakat rawat inap kelas III ini merupakan representasi masyarakat berekonomi tidak mampu yang menempati jumlah terbanyak pasien opname (rawat inap) di RSUP NTB. Kondisi ini menjadi fenomena yang cukup menarik untuk diteliti mengingat juga bahwa sampai saat ini belum pernah diteliti.

## B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas dapat dirumuskan masalah yang menjadi fokus penelitian ini sebagai berikut :

1. Bagaimanakah kualitas pelayanan pada masyarakat rawat inap kelas III di RSUP NTB ?
2. Bagaimanakah kepuasan pelayanan pada masyarakat rawat inap kelas III di RSUP NTB ?

3. Bagaimanakah pengaruh kualitas pelayanan terhadap kepuasan pada masyarakat rawat inap kelas III di RSUP NTB ?
4. Upaya-upaya apakah yang diperlukan untuk meningkatkan kepuasan pada masyarakat rawat inap kelas III di RSUP NTB ?

### **C. Tujuan Penelitian**

Penelitian ini bertujuan untuk :

1. Menganalisis kualitas pelayanan pada masyarakat rawat inap kelas III di RSUP NTB.
2. Menganalisis kepuasan pelayanan pada masyarakat rawat inap Kelas III di RSUP NTB.
3. Menganalisis pengaruh kualitas pelayanan terhadap kepuasan masyarakat pada rawat inap Kelas III di RSUP NTB.
4. Memperoleh informasi tentang upaya-upaya meningkatkan kepuasan pada masyarakat rawat inap kelas III di RSUP NTB.

### **D. Kegunaan Penelitian**

Penelitian mengenai Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Masyarakat Pada Rawat Inap Kelas III Di RSUP NTB, diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut :

1. Manfaat Akademik yaitu; bahwa hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi sebagai referensi terhadap kajian atau penelitian dalam bidang administrasi publik, khususnya mengenai pengaruh kualitas pelayanan terhadap kepuasan masyarakat pada rawat inap kelas III di RSUP NTB sebagai lembaga pelayanan publik bidang kesehatan selanjutnya.

2. Manfaat Praktis yaitu bahwa hasil penelitian ini dapat dijadikan salah satu bahan masukan dan pertimbangan bagi Direktur dan unsur manajemen terhadap upaya mewujudkan “Visi” RSUP NTB yaitu “Menjadi Rumah Sakit Rujukan yang Unggul dalam Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian di Indonesia Timur Tahun 2013” khususnya dalam upaya-upaya peningkatan kualitas pelayanan dan kepuasan pelayanan kesehatan pada masyarakat rawat inap kelas III khususnya dan disemua lini pelayanan kesehatan/keperawatan di RSUP NTB dalam kiprahnya mendukung terwujudnya Visi NTB yang beriman dan berdaya sang (NTB-Bersaing).

UNIVERSITAS TERBUKA

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Kajian Teori

##### 1. Konsep Pelayanan Publik

Menurut Nurmandi, (2010:29) bahwa, “sekarang ini pemerintah pusat maupun pemerintah daerah dengan keluasan fungsi yang dimilikinya serta kebijakan publik yang diambil mempunyai dampak terhadap pengguna layanan publik dan masyarakat memposisikan pembangunan yang berorientasi ke pengguna layanan dan melakukan pengembangan kualitas pelayanan publik”.

Barata, (2004:2) dalam Saleh, (2010:100) menyatakan bahwa: “Pelayanan adalah suatu kegiatan atau urutan kegiatan yang terjadi dalam interaksi langsung antara seseorang dengan orang lain atau mesin secara fisik, dan menyediakan kepuasan pelanggan.”

Dwiyanto (2008:136) menyatakan bahwa; “.....pelayanan publik merupakan produk birokrasi publik yang diterima oleh warga pengguna maupun masyarakat secara luas. Karena itu, pelayanan publik dapat didefinisikan sebagai serangkaian aktivitas yang dilakukan oleh birokrasi publik untuk memenuhi kebutuhan warga pengguna....”

Lebih lanjut Sinambela (2008:5) berpendapat bahwa pelayanan publik diartikan, pemberian layanan (melayani) keperluan orang atau masyarakat yang mempunyai kepentingan pada organisasi itu sesuai dengan aturan pokok dan tata cara yang telah ditetapkan. Dengan demikian pelayanan publik identik dengan atau sebagai tugas dan tanggung jawab Negara dan pemerintah.

Kurniawan J.L., Najih, M. (Ed) (2008:38) berpendapat bahwa pelayanan publik terkait dengan tugas, peran, posisi, tanggungjawab Negara dan pemerintah dalam upaya mewujudkan kesejahteraan masyarakat, negara bertanggung jawab untuk menciptakan sarana dan prasarana yang diperlukan oleh masyarakat agar mereka dapat meraih kesejahteraan.

Saleh, (2010:23) berpendapat bahwa pelayanan yang berkualitas akan menghasilkan kepuasan pelanggan (*customer*).

Hal ini sesuai dengan pendapat Albrecht, dalam Lovelock (1992: 10) dalam Ibrahim, (2008:2) menjelaskan bahwa :

“Pelayanan dirumuskan sebagai: *“A total organizational approach that makes quality of service as perceived by the customer, the number one driving force for the operation of the business”*”

Rumusan diatas, menurut Ibrahim (2002:2), setidaknya ada integrasi dari tiga hal yang penting yakni; bahwa pelayanan itu pendekatan yang lengkap yang membuahkan kualitas pelayanan; kualitas pelayanan itu adalah persepsi pelanggan/masyarakat bukannya persepsi dari pemberi pelayanan; pelayanan itu merupakan penggerak utama bagi operasionalisasi bisnis.”

Inu, dkk. dalam Sinambela (2008:5) mendefinisikan publik adalah sejumlah manusia yang memiliki kebersamaan berpikir, perasaan, harapan, sikap dan tindakan yang benar dan baik berdasarkan nilai-nilai norma dan merasa memiliki.

Selanjutnya Saleh, (2010:23) mengemukakan bahwa tujuan pelayanan publik adalah menyediakan barang dan jasa yang terbaik bagi masyarakat, yaitu memenuhi apa yang dijanjikan atau apa yang dibutuhkan oleh masyarakat, tidak lain yakni memberikan kepuasan terhadap publik, kalau perlu melebihi harapan publik.

Kemudian Perry, (1989:3) dalam Kurniawan J.L., Najih, M. (Ed) (2008:23–24) mengemukakan bahwa ;  
“...dalam arti yang lebih luas, konsep pelayanan publik (*public service*) identik dengan *public administration* yaitu berkorban atas nama orang lain dalam mencapai kepentingan publik.

Dalam konteks ini pelayanan publik lebih dititik beratkan kepada bagaimana elemen-elemen administrasi publik seperti *policy making*, desain organisasi, dan proses manajemen dimanfaatkan untuk mensukseskan pemberian pelayanan publik, dimana pemerintah merupakan pihak *provider* yang diberi tanggung jawab....”

Sejalan dengan itu Mote (2008:10) dalam tesisnya, menjelaskan bahwa pemberian pelayanan publik oleh aparatur pemerintah kepada masyarakat sebenarnya merupakan implikasi dari fungsi aparat Negara sebagai pelayan masyarakat. Karena itu, kedudukan aparatur pemerintah dalam pelayanan umum (*public service*) sangat strategis karena akan sangat menentukan sejauhmana pemerintah mampu memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya bagi masyarakat, yang dengan demikian akan menentukan sejauh mana negara telah menjalankan perannya dengan baik sesuai dengan tujuan pendiriannya.

Dikutip dari Saleh (2009) (<http://www.scribd.com/doc/35390112>) dipaparkan bahwa :

“...Pelayanan publik yang profesional, artinya pelayanan publik yang dicirikan oleh adanya akuntabilitas dan responsibilitas dari pemberi layanan (aparatur pemerintah), dengan ciri-ciri sebagai berikut :

1. Efektif, lebih mengutamakan pada pencapaian apa yang menjadi tujuan dan sasaran,
2. Sederhana, mengandung arti prosedur / tata cara pelayanan diselenggarakan secara mudah, cepat, tepat, tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan oleh masyarakat yang meminta pelayanan;
3. Kejelasan dan kepastian (transparan), mengandung akan arti adanya kejelasan dan kepastian mengenai : a. Prosedur/tata cara pelayanan; b. Persyaratan pelayanan, baik persyaratan teknis maupun persyaratan administratif; c. Unit kerja dan atau pejabat yang berwenang dan bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan; d. Rincian biaya/tarif pelayanan dan tata cara pembayarannya; e. Jadwal waktu penyelesaian pelayanan.
4. Keterbukaan, mengandung arti prosedur/tata cara persyaratan, satuan kerja/pejabat penanggungjawab pemberi pelayanan, waktu penyelesaian, rincian waktu/tarif serta hal-hal lain yang berkaitan dengan proses pelayanan wajib diinformasikan secara terbuka agar mudah diketahui dan dipahami oleh masyarakat, baik diminta maupun tidak diminta;

5. Efisiensi, mengandung arti : a. Persyaratan pelayanan hanya dibatasi pada hal-hal berkaitan langsung dengan pencapaian sasaran pelayanan dengan tetap memperhatikan keterpaduan antara persyaratan dengan produk pelayanan yang berkaitan; b. Dicegah adanya pengulangan pemenuhan persyaratan, dalam hal proses pelayanan masyarakat yang bersangkutan mempersyaratkan adanya kelengkapan persyaratan dari satuan kerja/instansi pemerintah lain yang terkait.
6. Ketepatan waktu, kriteria ini mengandung arti pelaksanaan pelayanan masyarakat dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan;
7. Responsif, lebih mengarah pada daya tanggap dan cepat menanggapi apa yang menjadi masalah, kebutuhan dan aspirasi masyarakat yang dilayani;
8. Adaptif, cepat menyesuaikan terhadap apa yang menjadi tuntutan, keinginan dan aspirasi masyarakat yang dilayani yang senantiasa mengalami tumbuh kembang.

## 2. Konsep Pelayanan Jasa

Dari Tjiptono (2005:23) berpendapat bahwa jasa (*Services*) merupakan aktivitas, manfaat atau kepuasan yang ditawarkan.

Kemudian Kotler, et. al. (1996) dalam Tjiptono (2005:23-24) mendefinisikan jasa sebagai setiap tindakan atau perbuatan yang dapat ditawarkan oleh suatu pihak kepada pihak lain yang pada dasarnya bersifat *intangible* (tidak berwujud fisik) dan menghasilkan kepemilikan sesuatu.

Kotler dan Armstrong (1996:660) dalam Saleh (2010:24) mendefinisikan jasa sebagai berikut, "A service is any act or performance that one party can offer to another that is essentially intangible and does not result in the ownership of anything. Its production may or not be tied to physical product."

Jadi jasa adalah setiap tindakan atau perbuatan yang dapat ditawarkan oleh suatu pihak kepada pihak yang lain, yang pada dasarnya tidak berwujud (*intangibles*) dan tidak mengakibatkan kepemilikan apapun. Produksi jasa dapat berhubungan dengan produksi fisik maupun tidak.

Sebagaimana dijelaskan oleh Tjiptono (2005:24-27) secara garis besar, bahwa jasa memiliki empat karakteristik utama yang membedakannya dari barang, yaitu :

- a. *Intangibility*, jasa tidak dapat dilihat, dirasa, dicium, didengar, atau diraba sebelum dibeli dan dikonsumsi.
- b. *Inseparability*, pada umumnya jasa dijual terlebih dahulu, baru kemudian diproduksi dan dikonsumsi secara bersamaan. diproduksi dan dikonsumsi

bersamaan. Dengan demikian, kunci keberhasilan bisnis jasa ada pada proses rekrutmen, kompensasi, pelatihan, dan pengembangan karyawannya.

- c. *Variability*, jasa bersifat sangat variabel karena merupakan non-standardized output, artinya banyak variasi bentuk, kualitas dan jenis, tergantung pada siapa, kapan dan dimana jasa tersebut dihasilkan.
- d. *Perishability*, jasa merupakan komoditas tidak tahan lama tidak dapat disimpan, hal ini tidak menjadi masalah jika permintaannya tetap karena untuk menyiapkan pelayanan permintaan tersebut mudah tapi apabila berfluktuasi, berbagai masalah muncul.

Terlepas dari konsep ideal pelayanan jasa, perlu disinggung juga pandangan literature dari para ahli mengenai fakta-fakta empirik yang menjadi titik lemah pelayanan publik. Menurut Parasuraman, et. al., 1990 dalam Suprijadi, 2004:7-9; Ibrahim (2008:10-12) antara lain :

- a. Terjadinya konflik peran (*role conflict*), karena para karyawan pemerintahan selaku unsur yang melayani masyarakat (pelayanan publik), menghadapi persoalan/dilema, antara mengutamakan kepuasan pelanggan internal, terutama kepuasan para pimpinan organisasinya (sebagai *stakeholders* internal), ataupun harus mengutamakan masyarakat luas (public = selaku *stakeholders* eksternal) dari setiap pelayanan/pekerjaan yang mereka lakukan (mestinya tentunya lebih mengutamakan masyarakat, karena fungsinya sebagai *public servant*, nyatanya belum/tidak demikian, lebih cenderung “*kawulo gusti*”, yang penting ABS padahal mungkin saja dalam hatinya tidak demikian). Belum lagi kalau beban kerja yang tidak adil, misalnya terlalu berat pada kelompok tertentu, sebaliknya pada kelompok lainnya, akibatnya pelayanan tidak maksimal, (belum bicara soal “pelayanan prima”, “masih jauh panggang dari api”).
- b. Kebingungan atau kekaburan peran (*role ambiguity*), terjadi karena ketidaktahuan para karyawan pemerintahan apa saja yang menjadi harapan pimpinannya dari pelayanan yang tersedia, dan bagaimana cara memenuhi harapan tersebut. Hal ini dapat terjadi karena skillnya yang rendah, mungkin kurangnya upaya pemberdayaan, disesuaikan dengan lingkup tugas mereka itu.
- c. Kurang sesuainya antara tuntutan tugas yang tersedia dengan kemampuan yang dimiliki karyawan (*poor employee job fit*), yang berakibat tidak dapat melakukan pekerjaannya sebagai abdi masyarakat dengan baik (bahkan kadang-kadang abdi Negara pun masih tanda tanya, apalagi mau menjadi abdi masyarakat).
- d. Ketinggalan teknologi yang dipergunakan dalam pelayanan, sehingga masyarakat kurang puas dengan pelayanan yang diberikan (*poor technology job fit*).

- e. Kurang baiknya sistem evaluasi dan penghargaan (*inappropriate supervisory control system*), sehingga sistem penghargaan dan hukuman tidak berjalan dengan baik (*poor reward and punishment system*). Akibatnya sering sekali sistem kontrol keluaran kinerja (*performance output control system*) tidak sesuai dengan tujuan dari pelayanan masyarakat, melainkan mengacu kepada tujuan lain dari organisasi pemerintahan.
- f. Kekurangan/ketidakmampuan dalam upaya menyelesaikan permasalahan yang muncul dalam proses pemberian pelayanan masyarakat, karena karyawan tidak diberikan delegasi wewenang yang cukup, sehingga selalu menyandarkan diri pada pimpinannya, dan kerap kali bingung atau mengelak dalam menyelesaikan permasalahan pelayanan masyarakat, yang mestinya menjadi tugas dan tanggung jawab/wewenangnya (delegasi wewenang yang tanggung atau “setengah hati”) (*lack of perceived control*).
- g. Kurangnya kerja sama tim dalam memberikan pelayanan masyarakat, serta kurangnya semangat kerja sama dan kolaborasi antar tim (miskinnya *team building*, terjadinya kontak-kontak yang tidak proporsional dengan tugasnya, serta kurang terbiasa melakukan pemberdayaan dengan konsep (*learning organization*) (*lack of team work*).

#### 4. Pengertian dan Konsep Dasar Kualitas

Beberapa ahli memberikan definisi yang berbeda tentang kualitas. Kotler (2003:64) dalam Sugiyono (2011:544) menjelaskan kualitas adalah “*Quality is the totality of features and characteristic of product service that bear on its ability to satisfy stated or implied needs*”. Kualitas adalah keseluruhan gambaran dan karakteristik barang dan jasa yang menunjukkan kemampuannya untuk memenuhi kepuasan dan kebutuhan.

Pendapat lain dalam hal kualitas pelayanan (*Service Quality*) Parasuraman dan Berry (1990:18) oleh Sugiyono (2011:544) menyatakan bahwa “*good service quality as meeting or exceeding what customers expect from the service*”. Kualitas pelayanan yang baik adalah apabila dapat memenuhi atau melebihi apa yang diharapkan dari konsumen atas pelayanan tersebut.

Selanjutnya Sinambela, (2008:6) dalam definisi strategis menyatakan bahwa kualitas adalah segala sesuatu yang mampu memenuhi keinginan atau kebutuhan pelanggan (*meeting the needs of customers*).

Pendapat Tjiptono (2005:260) bahwa “....Kualitas jasa merupakan tingkat keunggulan (*excellence*) yang diharapkan dan pengendalian atas tingkat keunggulan tersebut untuk memenuhi keinginan pelanggan. Dengan kata lain terdapat 2 faktor utama yang mempengaruhi yakni jasa yang diharapkan (*excepted cervice*) dan jasa yang dirasakan (*perceived service*) sesuai dengan yang diharapkan (*excepted service*). Implikasi baik buruknya kualitas jasa tergantung kepada kemampuan penyedia jasa memenuhi harapan pelanggannya secara konsisten....”

Dari Goetsch dan Davis (2002, dalam LANRI, 2003) dalam Ibrahim (2008:22) dirumuskan bahwa kualitas pelayanan sebagai suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses dan lingkungan yang memenuhi atau bahkan melebihi harapan.

Dilanjutkan oleh Ibrahim (2008:22) bahwa; “....Kualitas pelayanan juga diartikan sebagai sesuatu yang berhubungan dengan terpenuhinya harapan/kebutuhan pelanggan (masyarakat), dimana pelayanan dikatakan berkualitas apabila dapat menyediakan produk dan atau jasa sesuai dengan kebutuhan para pelanggan (masyarakat)....”

## 6. Konsep Kepuasan Pelanggan

Pendapat para ahli mengenai kepuasan pelanggan, dalam Saleh, (2010:115-116) dijelaskan bahwa :

“Kepuasan pelanggan (*Customers Satisfaction*) atau sering disebut juga dengan *Total Customers Satisfaction* menurut Barkley dan Taylor (1994 : 82) merupakan fokus dari proses *Costomer-Driven Project Management*

(CDPM), bahkan dinyatakan pula bahwa kepuasan pelanggan adalah kualitas. Begitu juga definisi singkat tentang kualitas yang dinyatakan oleh Juran (1993 : 3) bahwa kualitas adalah kepuasan pelanggan. Menurut Kotler yang dikutip Tjiptono (1996 : 146) bahwa kepuasan pelanggan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja (atau hasil) yang dirasakan dengan harapannya.

Pendapat di atas menjelaskan terdapat hubungan timbal balik antara kinerja pelayanan dengan kepuasan *customers*. Hal ini sesuai dengan pendapat

Saleh, (2010:115) bahwa :

“Tingkat kepuasan adalah fungsi dari perbedaan antara kinerja yang dirasakan dengan harapan. Kualitas termasuk semua elemen yang diperlukan untuk memuaskan tujuan pelanggan, baik internal maupun eksternal, juga termasuk tiap-tiap item dalam produk kualitas, kualitas layanan, *performance, availability, durability, aesthetic, reliability, maintainability, logistic, supportability, customer service, training, delivery, billing, shipping, repairing, marketing, warranty, dan life cycle cost.*”

Mengingat kegiatan jasa adalah suatu kegiatan yang tak tampak (*intangibe*) namun dapat dirasakan dalam bentuk kepuasan yang diterima oleh *costumer* maka aspek pelayanan menjadi kata kunci.

Bagaimana halnya jika kualitas pelayanan rendah menyebabkan konsumen tidak puas dan kecewa. Pengalaman kejadian ini telah banyak terjadi.

Sebagaimana dilaporkan oleh Saleh, (2010:116) bahwa berdasarkan hasil studi di Amerika ditemukan hal-hal sebagai berikut :

“Sebanyak 90% pelanggan yang tidak puas tidak akan membeli lagi produk. Akibatnya setiap pelanggan yang tidak puas akan menceritakan kepada paling sedikit 9 orang lain. Dampaknya adalah waktu usaha, tenaga dan uang yang diperlukan untuk menarik seseorang pelanggan baru 5 kali lebih banyak daripada untuk mempertahankan seorang pelanggan lama. Namun jika setiap pelanggan yang puas akan menceritakannya kepada paling sedikit 5 orang lainnya, yang sebagian diantaranya dapat menjadi pelanggan”.

Sebagaimana dikemukakan oleh Saleh, (2010:119-120) bahwa :

“....Kepuasan pelanggan merupakan suatu tingkatan dimana kebutuhan, keinginan dan harapan dari pelanggan dapat terpenuhi yang akan mengakibatkan terjadinya pembelian ulang atau kesetiaan yang berlanjut. Faktor yang paling penting untuk menciptakan kepuasan konsumen adalah kinerja dan kualitas dari layanan yang diberikan oleh organisasi....”

Kepuasan pelanggan juga ditentukan oleh bagaimana komunikasi dibangun dan dijaga secara intens oleh pemberi layanan dan pelanggan sebagai penerima layanan. Dalam hal ini menurut Saleh (2009). (<http://www.scribd.com/doc/35390112>) berpendapat bahwa;

Salah satu tujuan berkomunikasi adalah mempengaruhi orang lain. Dalam mempengaruhi orang lain maka langkah yang paling tepat adalah dengan menggunakan cara yang paling disukai dan diminati oleh orang lain tersebut.

Maka langkah yang harus dilakukan adalah dengan masuk ke dunia mereka dan itulah yang disebut dengan empati. Sikap ini merupakan wujud kepedulian pada orang lain. Kegiatan pelayanan adalah suatu aktifitas untuk lebih peduli (*care*) pada setiap orang yang membutuhkan bantuan kita (petugas layanan).

Empati dan peduli yang diberikan oleh petugas layanan pada orang lain (*customer*) bukan bentuk merendahkan diri melainkan sikap mulia yang akan menempatkan posisi seseorang (pemberi layanan) dalam tempat yang terhormat di mata orang lain (pelanggan).

Dalam penyelenggaraan layanan publik, sentuhan sikap, komunikasi dan empati yang tulus merupakan dasar-dasar dari *soft-skill* yang harus dimiliki pemberi layanan untuk menjamin *customers* atau *consumers* memperoleh kepuasan.

Kepuasan pelanggan dapat diukur dan memang perlu dilakukan pengukuran secara periodik sehingga kualitas pelayanan kepada pelanggan dapat tetap dipertahankan dan ditingkatkan.

Menurut Kotler yang dikutip Tjiptono (1996:148) dalam Saleh (2010:145-146) bahwa; terdapat empat metode untuk mengukur kepuasan pelanggan, yaitu sebagai berikut.

1. Sistem Keluhan dan Saran, artinya setiap perusahaan yang berorientasi pada pelanggan perlu memberikan kesempatan seluas-luasnya bagi para pelanggannya untuk menyampaikan saran, pendapat, dan keluhan mereka. Media yang bisa digunakan meliputi kotak saran yang diletakkan di tempat-tempat strategis, menyediakan kartu komentar, menyediakan saluran telepon.
2. Survei Kepuasan Pelanggan, artinya kepuasan pelanggan dilakukan dengan menggunakan metode survei, baik melalui pos, telepon, maupun wawancara pribadi. Dengan melalui survei, perusahaan akan memperoleh tanggapan dan umpan balik secara langsung dari pelanggan sekaligus juga

memberikan tanda positif bahwa perusahaan menaruh perhatian terhadap para pelanggannya. Pengukuran kepuasan pelanggan melalui metode ini dapat dilakukan dengan berbagai cara, di antaranya sebagai berikut.

- a. *Directly reported satisfaction*, yaitu pengukuran dilakukan secara langsung melalui pertanyaan, seperti sangat tidak puas, tidak puas, netral, puas, dan sangat puas.
  - b. *Derived dissatisfaction*, yaitu pertanyaan yang menyangkut besarnya harapan pelanggan terhadap atribut.
  - c. *Problem analysis*, artinya pelanggan yang dijadikan responden untuk mengungkapkan dua hal pokok, yaitu (i) masalah-masalah yang mereka hadapi berkaitan dengan penawaran dari perusahaan dan (ii) saran-saran untuk melakukan perbaikan.
  - d. *Importance-performance analysis*, artinya dalam teknik ini responden dimintai untuk me-ranking berbagai elemen dari penawaran berdasarkan pentingnya elemen.
3. *Ghost Shopping*, artinya metode ini dilaksanakan dengan cara mempekerjakan beberapa orang (*Ghost Shopping*) untuk berperan atau bersikap sebagai pelanggan/pembeli potensial produk perusahaan dan pesaing. Kemudian *Ghost shopper* menyampaikan temuan-temuan mengenai kekuatan dan kelemahan produk perusahaan dan pesaing berdasarkan pengalaman mereka dalam pembelian produk-produk tersebut.
  4. *Lost Customer Analysis* artinya perusahaan menghubungi para pelanggannya yang telah berhenti membeli atau yang telah beralih pemasok dan diharapkan diperoleh informasi penyebab terjadinya hal tersebut.

Sebagaimana dikemukakan oleh Saleh, (2010:119-120) bahwa :

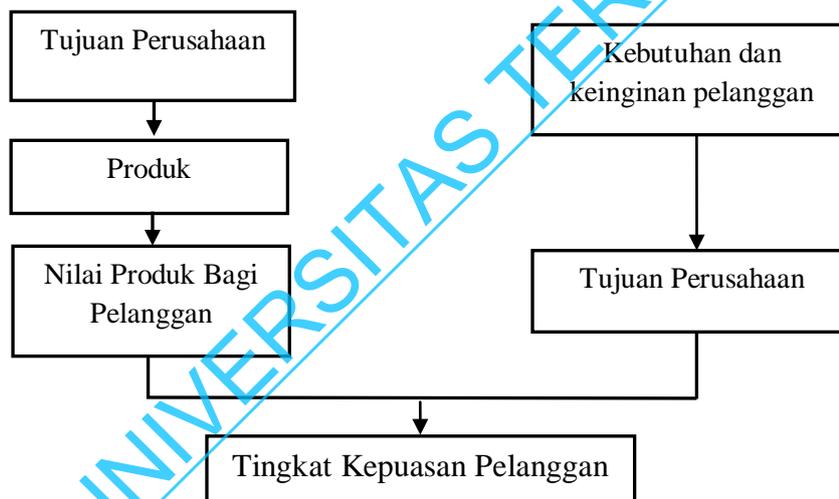
Kepuasan pelanggan merupakan suatu tingkatan dimana kebutuhan, keinginan dan harapan dari pelanggan dapat terpenuhi yang akan mengakibatkan terjadinya pembelian ulang atau kesetiaan yang berlanjut. Faktor yang paling penting untuk menciptakan kepuasan konsumen adalah kinerja dan kualitas dari layanan yang diberikan oleh organisasi.

Produk jasa berkualitas mempunyai peranan penting untuk membentuk kepuasan pelanggan. Semakin berkualitas produk dan jasa yang diberikan, maka kepuasan yang dirasakan oleh pelanggan semakin tinggi. Bila kepuasan pelanggan semakin tinggi, maka dapat menimbulkan keuntungan bagi badan usaha atau organisasi pemberi layanan tersebut. Pelanggan yang puas akan terus melakukan pembelian pada badan usaha tersebut. Demikian pula sebaliknya jika tanpa ada kepuasan, dapat mengakibatkan pelanggan pindah pada produk lain.

Tingkat kepuasan adalah fungsi dari perbedaan antara kinerja yang dirasakan dengan harapan. Dengan demikian, harapan pelanggan melatar belakangi mengapa dua organisasi pada jenis bisnis yang sama dapat dinilai berbeda oleh pelanggannya. Dalam konteks kepuasan pelanggan umumnya harapan merupakan perkiraan atau keyakinan pelanggan tentang apa yang akan diterimanya. Harapan-harapan pelanggan ini dari waktu ke waktu berkembang seiring dengan semakin bertambahnya pengalaman pelanggan.

Menurut Tjiptono (1997 : 24) kepuasan atau ketidakpuasan pelanggan adalah respon pelanggan terhadap evolusi ketidaksesuaian (*discinfirmation*) yang dirasakan antara harapan sebelumnya dan kinerja aktual produk yang dirasakan bahwa pada persaingan yang semakin ketat ini, semakin banyak produsen yang terlibat dalam pemenuhan kebutuhan dan keinginan konsumen sehingga hal ini menyebabkan setiap badan usaha harus menempatkan orientasi pada kepuasan pelanggan sebagai tujuan utama, antara lain dengan semakin banyaknya badan usaha yang menyatakan komitmen terhadap kepuasan pelanggan dalam pernyataan misi, iklan.

Badan usaha atau instansi dapat mengetahui kepuasan dari para konsumennya melalui umpan balik yang diberikan oleh konsumen kepada organisasi pemberi layanan tersebut sehingga dapat menjadi masukan bagi keperluan pengembangan dan implementasi serta peningkatan kepuasan pelanggan. Dari sini dapat diketahui pada saat pelanggan komplain. Hal ini merupakan peluang bagi badan usaha untuk dapat mengetahui kinerja dari organisasi pemberi layanan. Dengan adanya komplain tersebut organisasi dapat memperbaiki dan meningkatkan layanan sehingga dapat memuaskan konsumen yang belum puas tadi. Biasanya konsumen mempunyai komitmen yang besar pada organisasi yang menanggapi komplain darinya.



Bagan 2.1 Konsep Kepuasan Pelanggan

Sumber : Tjiptono, Strategi Pemasaran, Edisi II, 1999: 25 Saleh, (2010:119-120).

Untuk menciptakan kepuasan pelanggan suatu instansi atau perusahaan harus dapat memenuhi kebutuhan-kebutuhan konsumen yang dianggap paling penting yang disebut “*The Big Eight Factors*” yang secara umum dibagi menjadi tiga kategori sebagai berikut Hanan and Karp. (1991:71) dalam Saleh, (2010:121) sebagai berikut :

1. Faktor – faktor yang Berhubungan dengan Produk :

- a) Kualitas Produk. Yaitu merupakan mutu dari semua komponen-komponen yang membentuk produk. Sehingga produk tersebut mempunyai nilai tambah.
  - b) Hubungan antara Nilai sampai pada Harga. Merupakan hubungan antara harga dan nilai produk yang ditentukan oleh perbedaan antara nilai yang diterima oleh pelanggan dengan harga yang dibayar oleh pelanggan terhadap suatu produk yang dihasilkan oleh badan usaha.
  - c) Bentuk Produk. Bentuk produk merupakan komponen-komponen fisik dari suatu produk yang menghasilkan suatu manfaat.
  - d) Keandalan. Merupakan kemampuan dari suatu perusahaan untuk menghasilkan produk sesuai dengan apa yang dijanjikan oleh perusahaan.
2. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pelayanan :
    - a) Jaminan. Merupakan suatu jaminan yang ditawarkan oleh perusahaan untuk pengembalian harga pembelian atau mengadakan perbaikan terhadap produk yang rusak setelah pembelian.
    - b) Respon dan Cara Pemecahan Masalah. *Response to and Remedy of Problems* merupakan sikap dari karyawan dalam menanggapi keluhan serta masalah yang dihadapi oleh pelanggan.
  3. Faktor – faktor yang Berhubungan dengan Pembelian :
    - a) Pengalaman Karyawan. Merupakan semua hubungan antara pelanggan dengan karyawan khususnya dalam hal komunikasi yang berhubungan dengan pembelian.
    - b) Kemudahan dan Kenyamanan. *Convenience of acquisition* merupakan segala kemudahan dan kenyamanan yang diberikan oleh perusahaan terhadap produk yang dihasilkannya.

## 6. Kualitas Pelayanan Jasa

Menurut Parasuraman, Zeithaml dan Berry (1991) dalam Ismail, Yosua, Anwar, & Dhuha (2010:5-13), kualitas jasa harus mengacu pada syarat-syarat utama untuk dapat memberikan kualitas pelayanan yang diharapkan, yaitu harus menetapkan standar pelaksanaan yang spesifik, adanya komunikasi yang baik, dan tidak adanya kesenjangan antara jasa yang diharapkan masyarakat dengan layanan yang diberikan oleh unit pelayanan.

Menurut teori dari Zeithaml dan Berry dalam Kotler (2002 : 499-450) dalam Saleh, (2010:104) menemukan bahwa ada lima penentu mutu jasa (layanan) yang disebut dengan SERVQUAL yang disajikan secara berurutan berdasarkan tingkat kepentingannya, yaitu :

- a. Keandalan (*Reliability*), yakni kemampuan untuk melaksanakan jasa yang dijanjikan secara terpercaya dan akurat.

- b. Daya tanggap (*Responsivness*), yaitu kesediaan untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa dengan cepat.
- c. Kepastian (*Assurance*), yaitu pengetahuan dan kesopanan karyawan serta kemampuan mereka untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan.
- d. Empati (*Emphaty*), yaitu kesediaan untuk peduli , memberikan perhatian pribadi kepada pelanggan.
- e. Berwujud (*Tangible*), yaitu penampilan fasilitas fisik, peralatan, petugas, dan materi komunikasi.

Para ahli telah banyak mengemukakan konsep kualitas pelayanan jasa. Teori-teori tersebut tidak banyak berbeda. Pelayanan jasa yang berkualitas senantiasa bersinergi antara upaya memenuhi harapan dan kinerja faktual dari pemberi layanan.

Sebagaimana Sinambela, dkk. (2008:6) mengemukakan bahwa; “Secara teoritis, tujuan pelayanan publik pada dasarnya adalah memuaskan masyarakat. Untuk mencapai kepuasan itu dituntut kualitas pelayanan prima yang tercermin dari:

1. Transparansi, yakni pelayanan yang bersifat terbuka, mudah dan dapat diakses oleh semua pihak yang membutuhkan dan disediakan secara memadai serta mudah dimengerti.
2. Akuntabilitas, yakni pelayanan yang dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Kondisional, yakni pelayanan yang sesuai dengan kondisi dan kemampuan pemberi dan penerima pelayanan dengan tetap berpegang pada prinsip efisiensi dan efektivitas.
4. Partisipatif, yakni pelayanan yang dapat mendorong peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik dengan memperhatikan aspirasi, kebutuhan dan harapan masyarakat.
5. Kesamaan hak, yaitu pelayanan yang tidak melakukan diskriminasi dilihat dari aspek apapun khususnya suku, ras, agama, golongan, status social dan lain-lain.
6. Keseimbangan hak dan kewajiban yaitu pelayanan mempertimbangkan aspek keadilan antara pemberi dan penerima pelayanan publik.

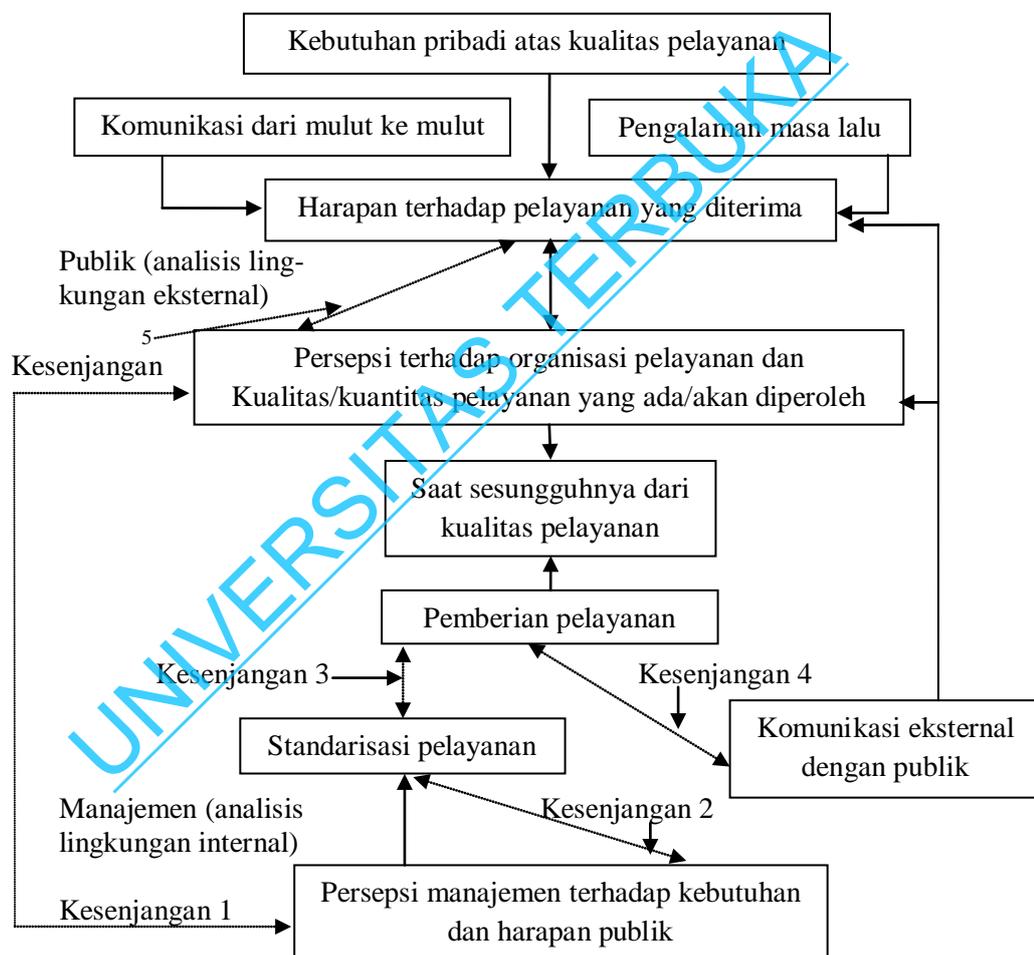
Selanjutnya Sinambela, dkk. (2008:6) mengemukakan bahwa; “Jika dihubungkan dengan administrasi publik, pelayanan adalah kualitas pelayanan birokrat terhadap masyarakat.

Selain itu Zeithaml dan kawan-kawan (1990) dalam Ibrahim (2008:23-26) “...menekankan pentingnya evaluasi kinerja organisasi (organisasi pemerintahan dalam hal pelayanan publik), dengan melihat seberapa besar/jauh kesenjangan antara pelayanan yang diberikan dengan pelayanan yang diharapkan oleh pelanggan/konsumen/masyarakat.

Kesenjangan itu berupa (1) kesenjangan antara harapan pelanggan (*expected service*) dengan persepsi pihak manajemen tentang hal yang

sama (*management perception of customer expectation*); (2) kesenjangan persepsi manajemen (*management perception of customer expectation*) dengan kekhususan/spesifikasi kualitas pelayanan yang seharusnya diberikan dari jenis pelayanan tertentu (*service quality specification*); (3) kesenjangan antara spesifikasi kualitas pelayanan dengan penyampaian/penyelenggaraan pelayanan (*service delivery*); (4) kesenjangan antara komunikasi eksternal kepada pelanggan (*external communication to customer*) dengan proses penyampaian/penyelenggaraan pelayanan; (5) kesenjangan antara pelayanan yang diharapkan pelanggan (*expected services*) dengan pelayanan yang dirasakan/dipersepsi oleh pelanggan (*perceived service*)...”

Secara konseptual, Model Pelayanan Berkualitas (inklusif pelayanan publik), dapat digambarkan sebagai berikut :



Bagan : 2.2  
Model Konseptual Pelayanan Berkualitas  
(Sumber : Zeithaml, dan kawan-kawan, 1990).

Dari gambar di atas terlihat antara lain hal-hal sebagai berikut :

- (1) Kesenjangan: 1, dapat terjadi karena kurang dilakukannya survai/ penelitian akan kebutuhan pasar/masyarakat, atau karena kurang dimanfaatkannya hasil penelitian yang dilakukan, serta kurang terjadinya

interaksi antara penyedia pelayanan dengan pelanggan/konsumen/masyarakat. Penyebab lainnya ialah kurangnya komunikasi antara pihak manajemen/pemerintahan dengan para petugas pelayanan, padahal dari para petugas masih dapat dikumpulkan informasi akan kebutuhan/keinginan pelanggan/konsumen/masyarakat (mengapa demikian?). Akhirnya, terlalu banyaknya jenjang birokrasi dalam organisasi pelayanan (misalnya pembawaan organisasi publik yang bersifat “*steep hierarchist*”, menjadi tambahan penyebab kesenjangan: 1, tersebut).

- (2) Kesenjangan: 2, dapat terjadi karena kurangnya komitmen manajemen/pihak pemerintahan dalam upaya mewujudkan kualitas pelayanan, kurang tepatnya persepsi terhadap kualitas pelayanan yang diinginkan pelanggan/konsumen/masyarakat, dapat juga karena tidak adanya standarisasi pelayanan yang jelas serta tidak ditetapkannya dengan baik, tujuan pelayanan berkualitas itu sendiri.
- (3) Kesenjangan: 3, dapat terjadi karena konflik peran dari para penyelenggara pelayanan, apakah mengutamakan kepuasan pemimpin (ABS) atau masyarakat luas; tidak sesuai kualitas personil penyelenggara dengan tugas pelayanan yang dijabatnya (tidak/kurang kompeten/professional); dapat juga karena teknologi yang digunakan, tidak/kurang sesuai dengan kebutuhan pelayanan; serta system penghargaan dan hukuman (*reward and punishment system*) yang tidak tepat, atau mungkin bahkan tidak ada.
- (4) Kesenjangan: 4, dapat terjadi karena “miskinnya komunikasi” horizontal sesama personil pelayanan, sehingga pelayanan berjalan tersendat-sendat.
- (5) Kesenjangan: 5, terjadi karena kesenjangan antara harapan dan kenyataan pelayanan yang diterima, yang merupakan akumulasi kinerja organisasi pelayanan. Kesenjangan ini merupakan inti dari kesenjangan pelayanan, yang pada dasarnya merupakan akumulasi dari kesenjangan 1 hingga 4 di atas. Ada baiknya dilakukan penelitian, setidaknya terhadap 5 (lima) variable dimensi pelayanan yang harus baik, yakni berwujud dengan jelas (*tangibles*), reliabel, penuh tanggung jawab, ada jaminan yang jelas, empati.

Kalau disimpulkan, maka kualitas pelayanan publik dikatakan baik, bila ada titik temu antara harapan pelayanan dari masyarakat dengan kenyataan pelayanan yang diberikan pemerintahan (terutama para penyelenggaranya). Dalam bahasa filosofinya ada keterpaduan antara kontemplasi dan kenyataan.

(Diskusikan berbagai kesenjangan tersebut di atas pada obyek pelayanan publik yang anda pilih secara nyata di lapangan).

- (6) Agar model di atas dapat berjalan dengan baik, artinya ada titik temu antara dua kebutuhan, yakni antar kebutuhan publik (dalam hal ini bermakna masyarakat) untuk mendapatkan pelayanan yang berkualitas, dengan pihak manajemen/pemerintah untuk menyediakan pelayanan yang sesuai kebutuhan masyarakat tersebut, maka titik perhatian harus dipusatkan pada proses dan keluaran (terpenuhinya kebutuhan dan kepuasan masyarakat), diperlukan sejumlah prinsip manajemen pelayanan, yakni: (1) persamaan keuntungan dan logika usaha/pelayanan; (2) kewenangan dalam pengambilan keputusan; (3) fokus atau titik berat

pengorganisasiannya;(4)kontrol/pengawasannya;(5)system  
penghargaannya; (6) fokus atau titik berat pengukurannya.

Dengan memanfaatkan keenam prinsip pengelolaan ini, diharapkan akan tercipta akuntabilitas pelayanan publik dengan baik, sehingga tidak terjadi berbagai kesenjangan seperti yang telah disebutkan terdahulu.

## 7. Pengukuran Kualitas Pelayanan Publik

Ismail, Yosua, Anwar, & Dhuha (2010:7) berpendapat : “Bagaimanakah cara mengukur atau menilai kualitas pelayanan publik ? Pelayanan publik disebut berkualitas apabila telah memenuhi indikator-indikator yang digunakan sebagai barometer sejauh mana pelayanan telah dilakukan dengan baik” .

Dilanjutkan oleh Suryokusumo, (2008) dalam Ismail, Yosua, Anwar, & Dhuha (2010:7-8) yang berpendapat bahwa untuk menilai kualitas pelayanan publik didasarkan pada *Standar Operating Procedure* (SOP) yang ditetapkan oleh penyedia layanan ataupun kesepakatan antara penyedia layanan dan penggunaannya.

Pendapat Parasuraman, Zeithaml, dan Berry (Suryokusumo, 2008) dalam Ismail, Yosua, Anwar, & Dhuha (2010:7-8) selanjutnya bahwa : “Untuk menilai kinerja pelayanan publik dapat dengan cara mengevaluasi kinerja aktualnya dengan kinerja potensialnya. Atau dengan kata lain mengukur seberapa besar *gap* atau kesenjangan antara pelayanan yang seharusnya diberikan oleh penyedia layanan dengan persepsi atas pelayanan yang diterima pengguna. Semakin kecil kesenjangan yang ditimbulkan antara kinerja potensial dan aktualnya, maka bisa dikatakan kualitas pelayanannya semakin baik.

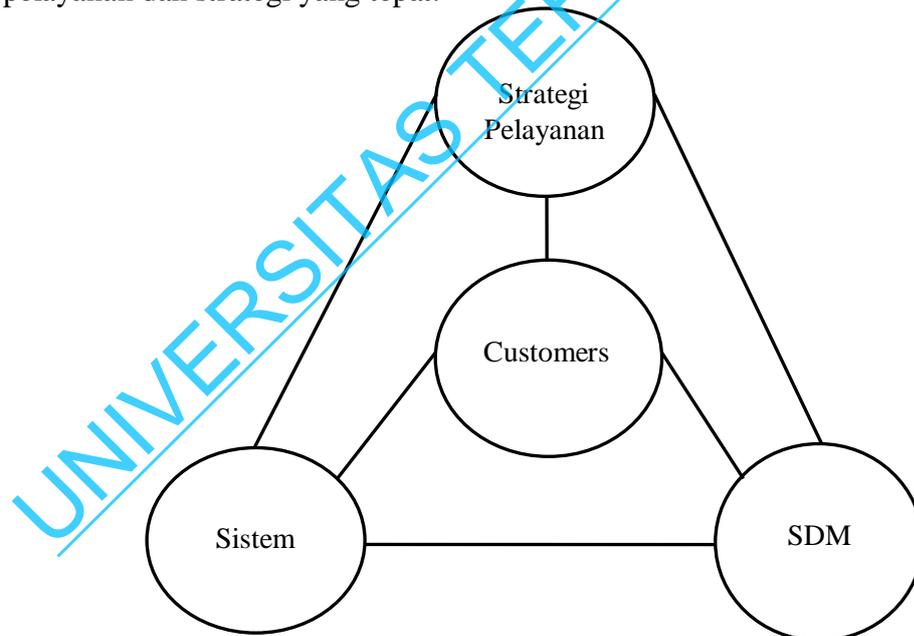
Langkah – langkah dalam menentukan gap analisis adalah dengan cara mengidentifikasi komponen pelayanan yang akan dianalisis; menentukan standar pelayanan, baik bersifat formal dan tertulis maupun informal; melakukan penyebaran kuesioner atau wawancara berdasarkan desain gap analisis yang diperlukan; menganalisis data menggunakan statistik deskriptif untuk melihat sejauhmana kesenjangan terjadi sehingga bisa diambil hasilnya dan menindaklanjuti hasil pengolahan data tersebut di atas untuk kemudian menyusun kebijakan yang tepat terkait dengan kinerja pelayanan.

Berbicara masalah pengukuran kualitas pelayanan memang sulit diukur, karena ukuran kualitas tersebut yang menentukan bukan penyedia layanan, tetapi terletak pada tanggapan masyarakat pengguna. Di sisi lain terdapat

fakta sulitnya penyedia layanan memahami ketidakpuasan masyarakat, sebab yang muncul seringkali hanya keluhan-keluhan saja “.

Meskipun pengukuran kualitas layanan tidak mudah dilakukan, terdapat tahapan yang secara umum dapat digunakan untuk mengukur kinerja organisasi publik dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Dalam hal ini Wijoyo.,S. (Ed) (2006:71-72), mengemukakan bahwa :

“Kualitas pelayanan publik merupakan hasil interaksi dari berbagai aspek, yakni system pelayanan, sumber daya manusia pemberi pelayanan, strategi, dan *customers*. Sistem pelayanan publik yang baik akan menghasilkan kualitas pelayanan publik yang baik pula. Suatu system yang baik akan memberikan prosedur pelayanan yang terstandar dan memberikan mekanisme control didalam dirinya (*built in control*). Sistem pelayanan harus sesuai dengan kebutuhan *customers*”. Ini berarti organisasi harus mampu merespons kebutuhan dan keinginan *customers* dengan menyediakan sistem pelayanan dan strategi yang tepat.



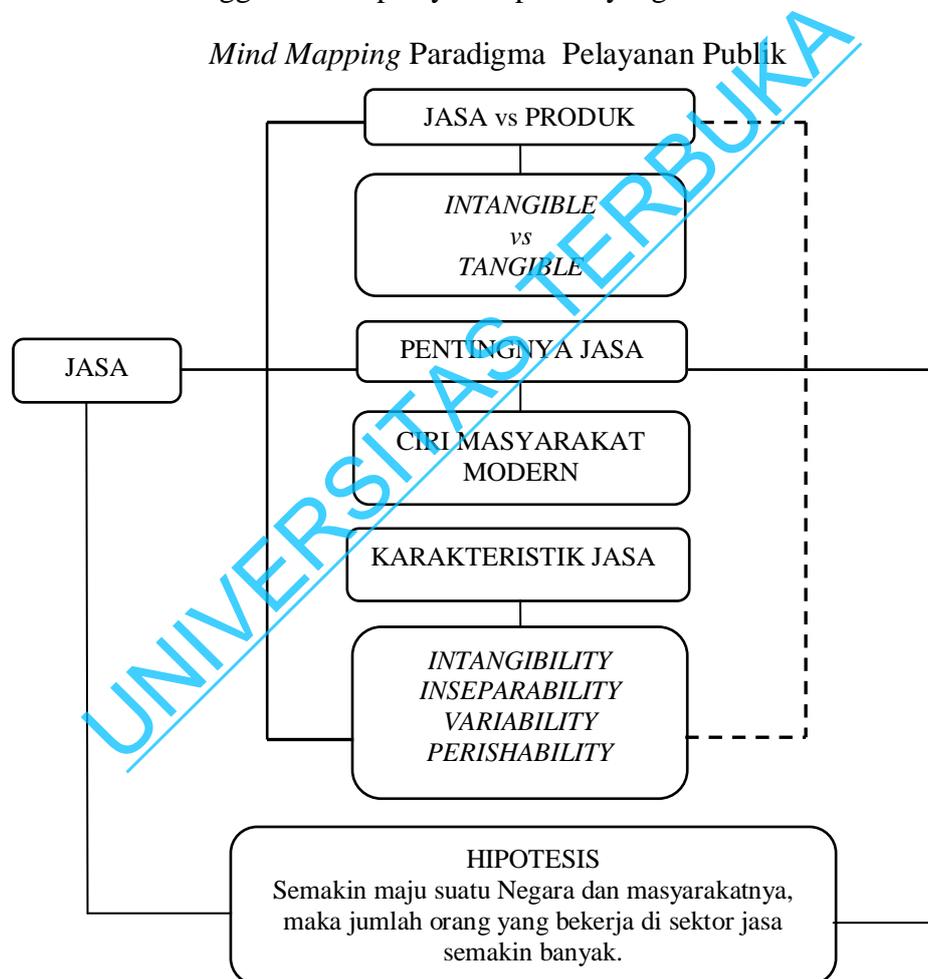
Bagan 2.3 Segitiga Pelayanan Publik  
Sumber: Albrecht and Zemke, 1990:41 dalam Wijoyo, S.(Ed) (2006:72).

Dilanjutkan oleh Wijoyo (2006:72) sebagai berikut, bahwa :

“Kualitas pelayanan publik yang diberikan oleh birokrasi akan dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti tingkat kompetensi aparat, kualitas peralatan yang digunakan untuk memproses jenis pelayanan, budaya birokrasi, dan sebagainya. Kompetensi aparat birokrasi merupakan akumulasi dari sejumlah subvariabel seperti tingkat pendidikan, jumlah tahun pengalaman kerja, variasi pelatihan yang telah diterima. Sedangkan kualitas dan kuantitas peralatan yang digunakan akan memengaruhi prosedur dan kecepatan *output* yang akan dihasilkan”.

Menurut Local Governance Supporting Program – USAID (2008:11) bahwa;

“...Akuntabilitas pelayanan publik ditentukan oleh dua faktor yaitu: *Pertama* apa yang disebut dengan *Voice*, yaitu seberapa besar sarana atau kesempatan bagi konsumen untuk melakukan protes bila terjadi masalah atau ketidakpuasan dalam pelayanan publik. Semakin besar sarana untuk melakukan *voice* ini semakin mendorong penyedia layanan publik untuk meningkatkan kualitasnya. *Kedua* apa yang disebut dengan *exit*, yaitu kondisi jika seorang konsumen atau pengguna suatu layanan publik tidak suka atau tidak puas atas layanan yang ada, ia dapat memilih jenis layanan lain yang merupakan pengganti (*substitutes*) dari layanan tersebut. Semakin tinggi kondisi *exit* pada suatu pelayanan, maka semakin tinggi akuntabilitas pelayanan publik tersebut. Makin tingginya akuntabilitas pelayanan akan semakin tinggi kualitas pelayanan publik yang ada.



Bagan 2.4 *Mind Mapping* Paradigma Pelayanan Publik.

## 8. Upaya Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik

Menurut Thoha dalam Widodo (2001) dalam Ismail, Yosua, Anwar & Dhuhana (2010:20-22) menjelaskan bahwa :

“.....Bahwa untuk meningkatkan kualitas pelayanan publik, organisasi publik (birokrasi publik) harus mengubah posisi dan peran (*revitalisasi*) dalam memberikan layanan publik. Dari yang suka mengatur dan memerintah berubah menjadi suka melayani, dari yang suka menggunakan pendekatan kekuasaan berubah menjadi suka menolong dan dialogis. Dengan revitalisasi birokrasi publik (aparatur pemerintah daerah), maka pelayanan publik yang lebih baik dan professional dapat diwujudkan.

Titik pertama yang harus diperhatikan adalah kesenjangan dalam prinsip konsumerisme. Oleh karena prinsip-prinsip tersebut menyangkut hubungan antara pemberi layanan (*provider*) dan konsumen (*consumer*), terutama *redistribution of power* di antara dua kelompok. Konsumerisme tidak melontarkan pernyataan kritis jenis pelayanan apa yang diberikan. Implikasinya, saat hubungan menjadi lebih seimbang, parameter apa yang menjadi acuan layanan dengan kualitas yang baik akan diperoleh, atau setidaknya para konsumen dalam layanan tertentu akan dapat memilih sendiri kebutuhannya, harapannya, dan kepuasannya sendiri sulit ditentukan. Prinsip utamanya adalah *consumer responsive* atau layanan harus dibangun untuk mencapai keuntungan yang diinginkan konsumen.

Definisi Maxwell tentang enam dimensi kunci kualitas (1984), dikembangkan dalam hubungan pelayanan yang sehat, memberikan petunjuk awal yang baik, untuk menyertakan kemauan konsumen. Dikemukakan bahwa layanan harus :

1. *Appropriate and relevan* (sesuai dan relevan) untuk memenuhi pilihan individu atau kelompok yang sesuai dengan harapan dan kesukaannya.
2. *Available and accesable* (tersedia dan dapat dimiliki) untuk semua orang atau untuk individu atau kelompok yang diberi prioritas lebih.
3. *Equitable* (keadilan) mempunyai persamaan dalam perlakuan bagi individu atau kelompok dalam masyarakat dalam kondisi yang sama.
4. *Acceptable* (dapat diterima) dalam hubungan kualitas layanan yang diberikan, cara pemberiannya. Criteria ini termasuk sejumlah criteria yang lain, yaitu dapat menyentuh sesuai yang diinginkan, menyenangkan, mudah digunakan, dapat dipercaya, tepat waktu, peka, dan manusiawi.
5. *Economic and efficient* (ekonomis dan efisien) dari sudut pengguna layanan, yaitu mereka membayar layanan melalui pajak oleh masyarakat.
6. *Effective* (efektif), member keuntungan bagi pengguna dan masyarakat.

## 9. Kajian Pustaka

### a. Review Terhadap Beberapa Hasil Penelitian Terkait

Kajian ini akan membahas beberapa hasil penelitian terdahulu yang relevan dengan penelitian ini. Tujuannya yaitu sebagai bahan perbandingan dan rekomendasi pada penelitian ini. Hal-hal yang akan dibahas antara lain, landasan teori yang dipergunakan, metode dan pendekatan penelitian, masalah yang diteliti, hasil penelitian yang dapat

mendukung penelitian ini serta kesimpulan dan saran-saran penelitian tersebut.

**1). Mote, Frederik (2008), Judul Tesis; Analisis Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Terhadap Pelayanan Publik di Puskesmas Ngesrep Semarang.**

Penelitian Tesis ini mengkaji kualitas pelayanan, tingkat kepuasan dan kesesuaian antara kinerja pelayanan dengan harapan atau kepentingan masyarakat pengguna jasa layanan di Puskesmas Ngesrep Semarang. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis kualitas pelayanan, tingkat kepuasan dan mengetahui kesesuaian antara kinerja pelayanan dengan harapan atau tingkat kepentingan masyarakat pengguna jasa layanan Puskesmas Ngesrep Semarang.

Konsep kepuasan pelanggan/masyarakat menggunakan tingkat kepuasan masyarakat yang terdiri dari 14 indikator sesuai dengan Kep. MENPAN. No. 25 Tahun 2004, keempat belas indikator tersebut digunakan untuk mengukur indeks kepuasan masyarakat; yaitu: 1) Prosedur Pelayanan, 2) Persyaratan Pelayanan, 3) Kejelasan Petugas Pelayanan, 4) Kedisiplinan Petugas Pelayanan, 5) Tanggung Jawab Petugas Pelayanan, 6) Kemampuan Petugas Pelayanan, 7) Kecepatan Pelayanan, 8) Keadilan Mendapatkan Pelayanan, 9) Kesopanan dan Keramahan Petugas, 10) Kewajaran Biaya Pelayanan, 11) Kepastian Biaya Pelayanan, 12) Kepastian Jadwal Pelayanan, 13) Kenyamanan Lingkungan, 14) Keamanan Lingkungan. Sedangkan metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif kualitatif yaitu mixed antara kuantitatif dan kualitatif.

Pembahasan dan hasil penelitian yaitu bahwa peneliti menganalisis hasil kuesioner terhadap 14 Indikator Kepuasan Masyarakat menurut Kep. MENPAN No. 25 Tahun 2004. Hasil tersebut diolah sesuai ketentuan dan menggunakan Diagram Kertasius untuk mengetahui interpretasi hasil pengolahan. Dengan hasil 3 dari 14 Indikator hasilnya tidak baik yaitu; kemampuan petugas pelayanan, kenyamanan lingkungan dan keamanan lingkungan, 11 indikator yang lain sudah baik.

Kesimpulan penelitian adalah berdasarkan 14 indikator yang diteliti terdapat 3 indikator dengan kategori tidak baik, yaitu; kemampuan petugas pelayanan, kenyamanan lingkungan dan keamanan lingkungan. Sebanyak 11 indikator lainnya berkategori baik dalam pelayanan. Pengukuran IKM secara keseluruhan menunjukkan hal yang positif dan dikategorikan dalam kondisi yang baik atau bagus. Saran Peneliti yaitu menyarankan bahwa beberapa indikator perlu ditingkatkan dan dijadikan prioritas utama : ketepatan waktu petugas menyelesaikan pelayanan, kemampuan fisik petugas, kemampuan intelektual petugas, kemampuan administrasi petugas, kebersihan dan kerapian lingkungan tempat pelayanan, ketersediaan fasilitas pendukung pelayanan, kemutahiran dan kelengkapan sarana dan prasarana, dan keamanan lingkungan tempat pelayanan.

Penelitian ini bagi peneliti yaitu metode survey untuk kualitas pelayanan dan kepuasan masyarakat terhadap pelayanan publik dapat diukur secara efektif dengan menggunakan empat belas indikator KEPMENPAN No 25 tahun 2004.

2). **Bajari, Hari Abner (2008), Judul Tesis; Analisis Kualitas Pelayanan Bagi Peserta Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (ASKESKIN) di Puskesmas Candi Larang Semarang.**

Kualitas dan tingkat kepuasan peserta ASKESKIN di Candi Larang Semarang menggunakan teori pelayanan publik yang mengungkap model pelayanan dari Morgan dan Murgatroyd yaitu adanya segitiga sama sisi yang puncaknya adalah interpersonal komponen dari suatu layanan sedangkan pada sisi sebelah kiri dari segitiga tersebut didapati konteks fisik dan prosedur serta komponen proses. Pada sisi sebelah kanan didapati komponen teknik atau profesionalitas dalam menyampaikan pelayanan dan juga menggunakan teori *Total Quality Service* menurut Ratminto, 2000 : 54. Pengguna jasa diletakkan di pusat yang didukung oleh system pelayanan yang mengutamakan kepentingan masyarakat pengguna jasa, kultur pelayanan dalam organisasi penyelenggara pelayanan dan sumber daya manusia yang berorientasi pada kepentingan pengguna jasa.

Konsep Kepuasan menurut Fandy Tjiptono, 1997:129; bahwa strategi kepuasan pelanggan haruslah dimulai dengan harapan pelanggan. Strategi kepuasan pelanggan haruslah dimulai dengan memilih pelanggan yang benar.

Kesimpulan penelitian ini adalah bahwa pengukuran kualitas pelayanan diukur melalui kinerja pelayanan. Penilaian tingkat kepuasan pasien/pelanggan yaitu menilai apakah pelayanan yang mereka terima apakah sudah sesuai dengan harapan mereka atau tidak sebagaimana dijelaskan dalam diagram Kertasius.

Penelitian ini bagi peneliti memperoleh sumbangan pemikiran akademik (konsep atau teori) dan empirik bahwa kualitas dan kepuasan pelayanan publik masih relevan untuk diteliti dengan menggunakan pendekatan 14 indikator indeks kepuasan masyarakat menurut Kep. Men. PAN No. 25 Tahun 2004.

**3). Rachmadi (2008) Judul Tesis; Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap Kelas III Di RSUD Kabupaten Karimun, Program Pasca Sarjana Universitas Terbuka, Jakarta.**

Metode penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Tujuan penelitian mengkaji dan menganalisis kepuasan pasien serta faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kepuasan pasien rawat inap kelas III di RSUD Kabupaten Karimun. Konsep Kualitas Pelayanan menggunakan indikator pelayanan kesehatan menurut Utama (2005:5) bahwa yang menjadi prioritas menentukan kepuasan pasien, menjadi variable bebas; adalah; a) Kinerja tenaga dokter, b) Kinerja tenaga perawat, c) Kondisi fisik rumah sakit, d) Makanan dan menu pasien, e) Pelayanan administrasi pelayanan, pembiayaan dan rekam medis. Peneliti menggunakan lima dimensi pokok yang menentukan kualitas jasa, menurut Parasuraman dkk, (dalam Tjiptono, 1996: 70), menjadi variable terikat; yaitu; 1) Bukti langsung (*tangibles*), 2) Keandalan (*reliability*), 3) Daya Tangkap (*responsiveness*), 4) Jaminan (*assurance*), dan 5) Empati (*Emphaty*). Pembahasan Visi pembangunan RSUD Kabupaten Karimun adalah “menjadikan RSUD Kab Karimun yang mewujudkan Kesehatan Prima Menuju Karimun Mandiri 2015. Visi ini bermakna

bahwa RSUD Kabupaten Karimun bercita-cita ingin mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu, sesuai dengan standar pelayanan kesehatan yang berlaku, terjangkau oleh semua lapisan masyarakat dengan menerapkan prinsip manajemen berbasis kinerja. Kesimpulan penelitian bahwa kualitas pelayanan rumah sakit berhubungan positif dan berpengaruh positif terhadap kepuasan pasien umum maupun pasien asuransi kesehatan rawat inap kelas III RSUD Kabupaten Karimun. Saran penelitian Perlunya peningkatan kualitas pelayanan terutama pelayanan oleh perawat (paramedik) dan pelayanan administrasi pada pasien rawat inap kelas III, agar terjadi peningkatan kepuasan pasien, perlu dilakukan penelitian kualitas pelayanan berdasarkan karakteristik pasien, jenis asuransi kesehatan serta kepuasan pasien rawat inap kelas II kelas I kelas VIP dan VVIP pada RSUD Kabupaten Karimun.

- 4). Azkha, Nizwardi, dan Elnovriza, Deni (2007) **Jurnal Kesehatan Masyarakat** Judul; **Analisa Tingkat Kepuasan Klien Terhadap Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Dalam Wilayah Kota Padang Tahun 2006.**

Desain penelitian yang digunakan adalah analitik kualitatif, pengambilan sampel menggunakan *Random Block Sampling*. Menurut analisis Diagram *Kartesi* ditemukan bahwa ; 1. Kuadran A adalah kuadran yang menunjukkan atribut-atribut yang mempengaruhi kepuasan pasien di Puskesmas Kota Padang, namun didalam pelaksanaannya belum sesuai dengan keinginan pasien sehingga dalam pelaksanaannya perlu prioritas, atribut-atribut yang dimaksud adalah : a. Responsiveness (Kehandalan), b. *Assurance* (Jaminan), c. *Emphaty* ( Empati). 2.

Kuadran B; faktor-faktor atribut yang mempengaruhi kepuasan pelanggan di Puskesmas dalam wilayah dengan sangat baik, sehingga sangat memuaskan. Atribut-atribut yang berada pada kuadran ini adalah atribut jaminan keamanan pelayanan, kepercayaan terhadap pelayanan, atribut petugas menanggapi keluhan pasien dan atribut kebersihan ruangan.

Dalam penelitian ini terjadi kesenjangan (Gap) yaitu dari perhitungan didapatkan masih terdapat kesenjangan (gap) antara tingkat harapan dengan kinerja dengan nilai gap berkisar antara 0,32 – 0,73 dimana gap yang tertinggi terdapat pada atribut pelayanan petugas ramah dan sopan.

Penelitian Azkha dan Elnovriza menggambarkan bahwa antara variabel dimensi pelayanan dengan tingkat kepuasan sebagian sudah baik dan sebagian lainnya perlu diperbaiki utamanya pada aktor provider layanan.

## **B. Kerangka Berpikir**

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh kualitas pelayanan terhadap kepuasan masyarakat pada rawat inap Kelas III di RSUP NTB. Variabel bebas dan variabel terikat yang akan diukur dalam penelitian ini sebagai berikut :

### **1. Identifikasi Variabel :**

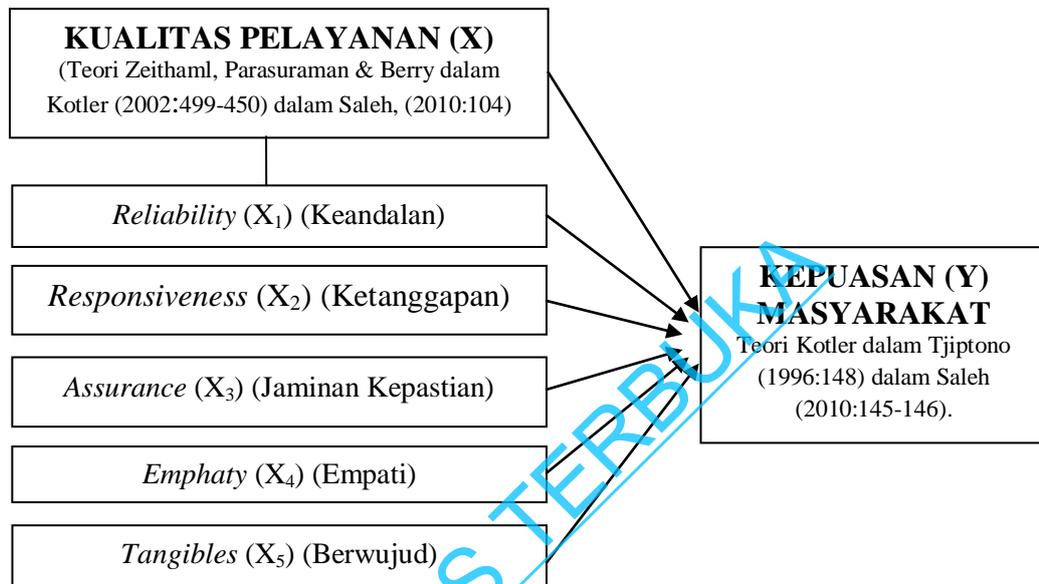
Penelitian ini akan menguji beberapa variabel yaitu :

- a. Variabel Bebas (X) yaitu kualitas pelayanan rawat inap kelas III di RSUP NTB yang terdiri dari 5 dimensi yaitu; *reliability* ( $X_1$ ), *responsiveness* ( $X_2$ ), *assurance* ( $X_3$ ), *emphaty* ( $X_4$ ), dan *tangibles* ( $X_5$ ).

- b. Variabel Terikat (Y) yaitu kepuasan masyarakat pada rawat inap kelas III di RSUP NTB.

## 2. Bagan Kerangka Berpikir.

Bagan Kerangka Berpikir Penelitian ini sebagai berikut :



Bagan 2.5 Kerangka Berpikir.

## 3. Hipotesis

Berdasarkan kerangka pikir tersebut, maka hipotesis yang akan dibuktikan dalam analisis kuantitatif dalam penelitian iniyaitu :

- $H_0$  : Tidak ada pengaruh signifikan, kualitas pelayanan terhadap kepuasan masyarakat pada rawat inap kelas III di RSUP NTB.
- $H_a$  : Ada pengaruh signifikan kualitas pelayanan terhadap kepuasan masyarakat pada rawat inap kelas III di RSUP NTB.

## C. Definisi Operasional

Definisi operasional variable – variable yang akan diteliti terdiri dari; kualitas pelayanan (X) dan kepuasan masyarakat (Y), yaitu, sebagai berikut :

1. Kualitas pelayanan (X) yang diukur melalui 5 indikatornya, dengan skala Likert; 5 = Sangat Baik, 4 = Baik, 3 = Cukup Baik, 2 = Kurang Baik dan 1 = Tidak Baik, yaitu sebagai berikut :
  - a. *Reliability* (Keandalan) ( $X_1$ ) yakni kemampuan untuk melaksanakan jasa (layanan) yang dijanjikan secara terpercaya dan akurat.
  - b. *Responsiveness* (Daya Tanggap) ( $X_2$ ) yakni kesediaan untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa (layanan) dengan cepat.
  - c. *Assurance* (Jaminan Kepastian) ( $X_3$ ) yakni pengetahuan dan kesopanan karyawan serta kemampuan mereka untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan.
  - d. *Emphaty* (Empati) ( $X_4$ ) yakni kesediaan untuk peduli, memberikan perhatian pribadi kepada pelanggan.
  - e. *Tangibles* (Berwujud) ( $X_5$ ) yakni penampilan fasilitas fisik, peralatan, petugas dan materi (sarana dan alat) komunikasi.
2. Kepuasan masyarakat (Y) yaitu penilaian yang diberikan oleh masyarakat pada rawat inap kelas III di RSUP NTB berdasarkan tingkat kepuasan, menggunakan metode *directly reported satisfaction* yaitu dalam pertanyaan langsung dengan kriteria jawaban; ( 5 = sangat puas, 4 = puas, 3 = netral, 2 = tidak puas, 1 = sangat tidak puas ).
3. Variabel, Dimensi, Definisi Operasional, Indikator dan Pengukuran.  
Uraian variable, dimensi, definisi operasional, indikator dan pengukuran sebagaimana table dibawah ini, yaitu sebagai berikut :

Tabel 2.1 Variabel, Dimensi, Definisi Operasional, Indikator dan Pengukuran.

Variabel	Dimensi	Definisi Operasional	Indikator	Pengukuran
Kualitas Pelayanan (X).	<i>Reliability</i> (Keandalan) (X <sub>1</sub> )	Kemampuan untuk melaksanakan jasa (layanan) yang dijanjikan secara terpercaya dan akurat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pelayanan pertama sewaktu masuk rumah sakit.</li> <li>2. Ketepatan menepati apa yang dijanjikan rumah sakit.</li> <li>3. Membantu permasalahan yang dihadapi pasien.</li> <li>4. Membantu permasalahan yang dihadapi keluarga pasien.</li> <li>5. Rumah sakit memberikan pelayanan tepat waktu.</li> <li>6. Petugas memberi tahu kepada pasien kapan suatu layanan akan diberikan.</li> </ol>	Skala Likert
	<i>Responsiveness</i> (Daya Tanggap) (X <sub>2</sub> )	Kesediaan untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa (layanan) dengan cepat.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawat cepat memberi tanggapan terhadap keluhan pasien dan keluarga-nya.</li> <li>2. Dokter cepat memberi tanggapan terhadap keluhan pasien dan keluarga-nya.</li> <li>3. Perawat cepat melaksanakan tugas sesuai instruksi dokter.</li> <li>4. Rumah sakit memberikan perhatian sepenuhnya terhadap pasien yang tidak mampu.</li> <li>5. Kecepatan dokter dalam menentukan jenis penyakit pasien.</li> <li>6. Pengakuan rumah sakit yang tegas dan jujur apabila terjadi kesalahan.</li> </ol>	Skala Likert
	<i>Assurance</i> (Jaminan Kepastian) (X <sub>3</sub> ).	Pengetahuan dan kesopanan karyawan serta kemampuan mereka untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokter melaksanakan pelayanan sesuai yang dijanjikan kepada pasien.</li> <li>2. Perawat melaksanakan pelayanan sesuai yang dijanjikan kepada pasien.</li> <li>3. Kemampuan dokter dalam menjawab pertanyaan pasien.</li> <li>4. Ketepatan dokter melaksanakan jadwal kunjungan ke pasien.</li> <li>5. Kepercayaan pasien terhadap tindakan medis yang diberikan rumah sakit.</li> <li>6. Perlakuan adil dokter dan perawat dalam memberi-</li> </ol>	Skala Likert

			<p>kan pelayanan kepada setiap pasien.</p> <p>7. Keamanan terhadap barang-barang milik pasien dan keluarganya.</p>	
	<i>Emphaty</i> (Empati) (X <sub>4</sub> )	Kesediaan untuk peduli, memberikan perhatian pri-badi kepada pelanggan.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Setiap dokter memberikan waktu yang cukup kepada pasien untuk berkonsultasi.</li> <li>2. Setiap perawat memberikan waktu yang cukup kepada pasien untuk berkonsultasi.</li> <li>3. Setiap dokter mampu memberikan pelayanan sesuai harapan pasien.</li> <li>4. Setiap perawat mampu memberikan pelayanan sesuai harapan pasien.</li> <li>5. Petugas rumah sakit memahami secara teliti setiap kebutuhan pribadi pasien.</li> <li>6. Petugas rumah sakit memberi perhatian secara penuh kepada setiap pasien.</li> <li>7. Kedekatan hubungan antara petugas rumah sakit dengan pasien</li> </ol>	Skala Likert
	<i>Tangibles</i> (Berwujud) (X <sub>5</sub> )	Penampilan fasilitas fisik, peralatan, petugas dan materi (sarana dan alat) komunikasi.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bangunan gedung rumah sakit.</li> <li>2. Urutan tata letak tempat pemeriksaan.</li> <li>3. Ruang tunggu.</li> <li>4. Prosedur rawat inap.</li> <li>5. Mushola/tempat ibadah.</li> <li>6. Lingkungan fisik rumah sakit.</li> <li>7. Pelayanan parkir.</li> <li>8. Kebersihan rumah sakit.</li> <li>9. Modernisasi Peralatan rumah sakit.</li> <li>10. Ketersediaan alat komunikasi dan informasi rumah sakit.</li> <li>11. Pelayanan informasi yang jelas, mudah dimengerti dan memberikan solusi.</li> <li>12. Kelengkapan dan kejelasan rambu-rambu penunjuk arah ke ruang pemeriksaan dan pelayanan.</li> <li>13. Kelengkapan pengumuman, edaran, brosur, poster, dan instruksi yang ditempel.</li> </ol>	Skala Likert

			<ul style="list-style-type: none"> <li>14. Kejelasan informasi tentang hak dan kewajiban pasien di ruang rawat inap.</li> <li>15. Penampilan pakaian seragam karyawan yang bertugas.</li> <li>16. Dokter yang lengkap dan terampil.</li> <li>17. Perawat yang lengkap dan terampil.</li> <li>18. Kecepatan dan ketepatan pelayanan obat-obatan di apotik.</li> <li>19. Kualitas obat yang diberikan pada pasien.</li> <li>20. Kecepatan dan ketepatan pelayanan laboratorium.</li> <li>21. Kelengkapan, kebersihan dan kesiapan alat-alat medis.</li> <li>22. Kesesuaian makanan dengan selera pasien.</li> <li>23. Kecepatan menyajikan makanan.</li> <li>24. Kebersihan, dan kenyamanan ruang pasien.</li> <li>25. Kebersihan kamar mandi.</li> <li>26. Biaya perawatan rawat inap.</li> <li>27. Biaya obat-obatan.</li> <li>28. Biaya operasi/tindakan.</li> <li>29. Biaya pemeriksaan laboratorium.</li> <li>30. Biaya radiologi.</li> <li>31. Biaya alat-alat medik.</li> <li>32. Biaya jasa medik.</li> <li>33. Tarif pembayaran uang muka.</li> <li>34. Tambahan biaya bagi pengguna Kartu Sehat dan Kartu Keluarga Miskin.</li> </ul>	
Kepuasan Masyarakat (Y).		Penilaian yang diberikan oleh masyarakat pada rawat inap kelas III di RSUP NTB berdasarkan tingkat kepuas-an (sangat puas, puas, netral, tidak puas, sangat tidak puas) dan tingkat kinerja (sangat baik, baik, netral, tidak puas, sangat tidak puas).		Skala Likert

Sumber : dan diadopsi dari Sugiyono, (2011 : 551-555).

## D. Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Instrumen penelitian yang akan digunakan terlebih dahulu akan dilakukan uji validitas dan reliabilitas untuk mengetahui tingkat kevalidan (ketepatan) dan tingkat reliabilitas (konsisten).

### 1. Uji Validitas

Uji validitas menunjukkan hasil berupa tingkat kevalidan atau ketepatan instrumen. Instrumen yang valid berarti alat ukur yang digunakan untuk mendapatkan data (mengukur) itu valid. Valid berarti instrumen tersebut dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur (Sugiyono, 2011:168). Pengujian validitas tiap butir digunakan analisis item, yaitu mengkorelasikan skor tiap butir dengan skor total, yang merupakan jumlah tiap skor butir. Dalam hal ini, teknik korelasi untuk menentukan validitas item ini sampai sekarang merupakan teknik yang paling banyak digunakan. Selanjutnya dalam memberikan interpretasi terhadap *koefisien korelasi*, dimana item yang mempunyai korelasi positif dengan kriteria (skor total) serta korelasi yang tinggi, menunjukkan bahwa item tersebut mempunyai validitas yang tinggi pula.

Menurut Sugiyono (2011:172), bahwa “Jumlah anggota sampel digunakan sekitar 30 orang”. Data yang telah ditabulasi dilakukan analisis faktor terhadap validitas konstruksi instrumen, yaitu dengan mengkorelasi antar skor item instrumen dalam suatu faktor, dan mengkorelasikan skor faktor dengan skor total. Apakah setiap butir dalam instrumen itu valid atau tidak, dapat diketahui dengan cara mengkorelasikan antara skor butir dengan

skor total (Y). Bila harga korelasi (dibawah r kritis 0,30), maka dapat disimpulkan bahwa butir instrumen tersebut tidak valid sehingga harus diperbaiki atau dibuang. Pengujian dilakukan dengan menggunakan SPSS (*Statistical Program for Social Sciences*) versi 14,0.

## 2. Uji Reliabilitas

Menurut Susan Stainback (1988) dalam Sugiyono (2011:362) menyatakan bahwa “...*reliability is often defined as the consistency and stability of data or findings. From a positivistic perspective, reliability typically is considered to be synonymous with the consistency of data produced by observations made by different researchers (e.g interrater reliability), by the same researcher at different times (e.g test retest), or by splitting a data set in two parts (split-half)*”. Reliabilitas berkenaan dengan derajat konsistensi dan stabilitas data atau temuan. Dalam pandangan positivistik (kuantitatif), suatu data dinyatakan reliabel apabila dua atau lebih peneliti dalam obyek yang sama menghasilkan data yang sama, atau peneliti yang sama dalam waktu yang berbeda menghasilkan data yang sama, atau sekelompok data bila dipecah menjadi dua menunjukkan data yang tidak berbeda....”

Sugiyono (2011:173) menjelaskan bahwa “Pengujian reliabilitas instrument dapat dilakukan secara eksternal maupun internal. Secara eksternal dapat dilakukan dengan *test retest (stability)*, *egivalent*, dan gabungan keduanya. Secara internal reliabilitas instrument dapat diuji dengan menganalisis konsistensi butir-butir yang ada pada instrument dengan teknik tertentu.

Masih menurut Sugiyono (2011:180) “pengujian reliabilitas dengan internal *consistency* dengan teknik belah dua (*split half*) yang dianalisis dengan rumus *Spearman Brown*. Untuk keperluan itu, maka butir-butir instrument di belah menjadi dua kelompok, yaitu kelompok instrument ganjil dan kelompok genap. Selanjutnya, skor data tiap kelompok disusun

sendiri. Pengujian reliabilitas instrument dapat dilakukan dengan teknik belah dua dari *Spearman Brown* dengan rumus sebagai berikut :

$$r_1 = \frac{2r_b}{1 + r_b}$$

Rumus *Spearman Brown*, Sugiyono (2011:180)

Keterangan :

$r_1$  = reliabilitas internal seluruh instrumen

$r_b$  = *korelasi product moment* antara belahan pertama dan kedua.

Berdasarkan uji coba instrumen ini sudah *valid* dan *reliabel* seluruh butirnya, maka instrumen dapat digunakan untuk pengukuran dalam rangka pengumpulan data. Suatu instrument dinyatakan reliabel bila *koefisien reliabilitas* minimal 0,6.

Hasil analisis instrumen tersebut dinyatakan reliabel jika *alpha* hitung lebih besar dari 0,6 dengan kriteria sebagai berikut:

- a.  $\alpha \geq 0,6$  artinya instrumen reliabel.
- b.  $\alpha < 0,6$  artinya instrumen tidak reliabel.

### 3. Pengujian Asumsi Klasik

Menurut Sudrajat, (1988:164) dalam Jurnal.Blogspot. (2009) bahwa :  
 “Pengujian asumsi klasik diperlukan untuk mengetahui apakah hasil estimasi regresi yang dilakukan benar-benar bebas dari adanya gejala *heteroskedastisitas*, gejala *multikolinearitas*, dan gejala *autokorelasi*. Model *regresi* akan dapat dijadikan alat estimasi yang tidak bias jika telah memenuhi persyaratan BLUE (*best linear unbiased estimator*) yakni tidak

terdapat *heteroskedastisitas*, tidak terdapat *multikolinearitas*, dan tidak terdapat *autokorelasi*.

Jika terdapat *heteroskedastisitas*, maka varian tidak konstan sehingga dapat menyebabkan biasanya standar *error*. Jika terdapat *multikolinearitas*, maka akan sulit untuk mengisolasi pengaruh-pengaruh individual dari variabel, sehingga tingkat signifikansi koefisien regresi menjadi rendah.

Dengan adanya *autokorelasi* mengakibatkan penaksir masih tetap bias dan masih tetap konsisten hanya saja menjadi tidak efisien. Oleh karena itu, uji asumsi klasik perlu dilakukan. Pengujian-pengujian yang dilakukan adalah sebagai berikut : yaitu uji normalitas, *autokorelasi*, uji *linieritas*, uji *multikolinieritas*, dan uji *heteroskedastisitas*.

**a. Uji Asumsi Klasik *Heteroskedastisitas*.**

Menurut Sumodiningrat. (2001:271) dalam Jurnal.Blogspot. (2009), menjelaskan bahwa : “Uji *heteroskedastisitas* bertujuan untuk menguji apakah dalam model regresi terjadi ketidaksamaan varians dan residual satu pengamatan ke pengamatan yang lain. jika varians dari residual satu pengamatan ke pengamatan yang lain tetap, maka disebut *homoskedastisitas* dan jika berbeda disebut *heteroskedastisitas*. Model regresi yang baik adalah yang *homoskedastisitas* atau tidak terjadi *heteroskedastisitas*.”

Uji *heteroskedastisitas* dilakukan dengan menggunakan uji *Glejser*, yang dilakukan dengan meregresikan nilai absolut residual yang diperoleh dari model *regresi* sebagai variabel dependen terhadap semua variabel independen dalam model regresi. Apabila nilai koefisien *regresi* dari

masing-masing variabel bebas dalam model regresi ini tidak signifikan secara statistik, maka dapat disimpulkan tidak terjadi heteroskedastisitas.

**b. Uji Asumsi Klasik *Multikolinearitas*.**

Dari Santoso. (2002:206) dalam Jurnal.Blogspot (2009), bahwa; “Uji *multikolinearitas* bertujuan untuk menguji apakah dalam model regresi ditemukan adanya korelasi antar variabel bebas (independen). Dalam model regresi yang baik seharusnya tidak terjadi korelasi di antara variabel bebas. Uji *Multikolinearitas* dilakukan dengan melihat nilai *tolerance* dan *variance inflation factor* (VIF) dari hasil analisis dengan menggunakan SPSS. Apabila nilai *tolerance value* lebih tinggi daripada 0,10 atau VIF lebih kecil daripada 10 maka dapat disimpulkan tidak terjadi “*multikolinearitas*”.

**c. Uji Asumsi Klasik *Autokorelasi*.**

Menurut Santoso, (2002:219) dalam Jurnal.Blogspot. (2009) bahwa; “Uji Autokorelasi bertujuan menguji apakah dalam suatu model regresi linear ada korelasi antara kesalahan pengganggu pada periode  $t$  dengan kesalahan pada periode  $t-1$  (sebelumnya). Jika terjadi korelasi maka dinamakan ada problem autokorelasi. Model regresi yang baik adalah regresi yang bebas dari autokorelasi Uji autokorelasi dilakukan dengan  $\alpha = 5\%$  menggunakan uji *Durbin-Watson* (D-W), dengan tingkat kepercayaan apa bila D-W terletak antara -2 sampai +2 maka tidak ada autokorelasi”

UNIVERSITAS TERBUKA

### BAB III

#### METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan *asosiatif-eksploratif*. Pendekatan asosiatif pada penelitian deskriptif ini menggunakan data-data kuantitatif dengan analisis statistik parametrik *Regresi Linier Berganda* untuk menjawab rumusan masalah pertama, kedua dan ketiga. Sedangkan Pendekatan eksploratif untuk menjawab rumusan masalah keempat berdasarkan data kualitatif yang diperoleh dengan menggunakan metode *Miles and Huberman*.

#### A. Desain Penelitian Kuantitatif

Penelitian ini menggunakan metode *deskriptif* dengan pendekatan kuantitatif yang didukung data kualitatif. Maksud penelitian ini yakni menganalisis pengaruh kualitas pelayanan terhadap kepuasan masyarakat pada rawat inap kelas III di RSUP NTB.

Penelitian menggunakan data primer yang diperoleh dari responden dengan instrument kuesioner.

Variabel yang diteliti terdiri dari Variabel Bebas (X) dan Variabel Terikat (Y), sebagai berikut :

1. Variabel (X) adalah kualitas pelayanan rawat inap kelas III di RSUP NTB diukur dengan 5 dimensi ( *reliability, responsiveness, assurance, emphaty, dan tangible* ).
2. Variabel (Y) adalah kepuasan masyarakat pada rawat inap kelas III di RSUP NTB diukur dengan menggunakan teknik *Directly Reported Satisfaction*. Variabel (Y) juga didukung oleh data kualitatif dengan metode *Miles and Huberman* yaitu terdiri dari tiga komponen analisis

data kualitatif yakni ; *data collection, data display, conclusions; drawing/verifying.*

## B. Populasi dan Sampel

Populasi penelitian ini yaitu jumlah total pasien rawat inap kelas III yang tersebar di tujuh ruang perawatan di lantai I, II, dan III di RSUP NTB, pada saat penelitian sebanyak 150 pasien. Ukuran sampel (*size sample*) dari populasi ditentukan dengan rumus menurut Slovin (Sekaran : 1992 ), dalam Notoatmodjo (2002:92) sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N (d^2)}$$

$$n = \frac{150}{1 + 150 (5\%)^2}$$

$$n = \frac{150}{1 + (150 \times 0.0025)}$$

$$n = \frac{150}{1 + 0.375}$$

$$n = \frac{150}{1.375}$$

$$n = 109$$

Keterangan :

N = Besar Populasi

n = Ukuran Sampel

d = Tingkat Kesalahan, dengan asumsi tingkat kesalahan atau bias (d) 5%.

## C. Instrumen Penelitian

### 1. Instrumen Penelitian Kuantitatif.

Penelitian kuantitatif ini terdapat satu *variabel independent* (X), yaitu kualitas pelayanan rumah sakit terdiri dari 5 subvariabel, dan satu *variabel dependent* (Y), yaitu kepuasan masyarakat pada rawat inap kelas III di RSUP NTB. Instrument penelitian untuk mengumpulkan data kuantitatif yaitu untuk mengukur kualitas pelayanan. Mengukur kualitas pelayanan menggunakan kuesioner dipetik dari teori Parasuraman dan *L.Berry & Raphel* (1995) dalam Sugiyono (2011:549-555), dimana kualitas pelayanan diukur dengan lima dimensi, yaitu; *tangible, reliability, responsiveness, assurance dan empathy*. Kelima dimensi itu terdiri dari 60 butir pernyataan, direduksi menjadi 41 butir pernyataan dengan skala Likert, sesuai permasalahan dan tujuan penelitian.

Mengukur *variabel dependen* (Y), kepuasan masyarakat, digunakan kuesioner model *directly reported satisfaction*, yaitu dengan satu pernyataan/pertanyaan saja menggunakan skala Likert.

2. Analisis instrument (kuesioner) untuk data kuantitatif dilakukan dengan metode sebagai berikut :

- 1. Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen**

Instrument penelitian (kuesioner) yang akan digunakan terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan reliabilitas untuk mengetahui tingkat kevalidan (ketepatan) dan tingkat reliabilitas (konsisten/kejekan).

- a. Uji Validitas**

Uji validitas menunjukkan hasil berupa tingkat kevalidan atau ketepatan instrumen. Instrumen yang valid berarti alat ukur yang digunakan untuk mendapatkan data (mengukur) itu valid. Valid

berarti instrumen tersebut dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur (Sugiyono, 2011:168). Pengujian validitas tiap butir digunakan analisis item, yaitu mengkorelasikan skor tiap butir dengan skor total, yang merupakan jumlah tiap skor butir. Dalam hal ini, teknik korelasi untuk menentukan validitas item ini sampai sekarang merupakan teknik yang paling banyak digunakan. Selanjutnya dalam memberikan interpretasi terhadap *koefisien korelasi*, dimana item yang mempunyai korelasi positif dengan kriteria (skor total) serta korelasi yang tinggi menunjukkan bahwa item tersebut mempunyai validitas yang tinggi pula.

Menurut Sugiyono (2011:172), bahwa “Jumlah anggota sampel digunakan sekitar 30 orang”. Data yang telah ditabulasi dilakukan analisis faktor terhadap validitas konstruksi instrumen, yaitu dengan mengkorelasi antar skor item instrumen dalam suatu faktor, dan mengkorelasikan skor faktor dengan skor total. Apakah setiap butir dalam instrumen itu valid atau tidak, dapat diketahui dengan cara mengkorelasikan antara skor butir dengan skor total (Y). Bila korelasi (dibawah  $r$  kritis 0,30), maka dapat disimpulkan bahwa butir instrumen tersebut tidak valid sehingga harus diperbaiki atau dibuang. Pengujian dilakukan dengan menggunakan SPSS (*Statistical Program for Social Sciences*) versi 14,0.

#### **b. Uji Reliabilitas**

Sugiyono (2011:178) menjelaskan bahwa “Pengujian reliabilitas instrument dapat dilakukan secara eksternal maupun internal. Secara

eksternal dapat dilakukan dengan *test retest (stability)*, *equivalent*, dan gabungan keduanya. Secara internal reliabilitas instrument dapat diuji dengan menganalisis konsistensi butir-butir yang ada pada instrument dengan teknik tertentu.

Masih menurut Sugiyono (2011:180) “pengujian reliabilitas dengan internal *consistency* dengan teknik belah dua (*split half*) yang dianalisis dengan rumus *Spearman Brown*. Untuk keperluan itu, maka butir-butir instrument di belah menjadi dua kelompok, yaitu kelompok instrument ganjil dan kelompok genap. Selanjutnya, skor data tiap kelompok disusun sendiri. Pengujian reliabilitas instrument dapat dilakukan dengan teknik belah dua dari *Spearman Brown* dengan rumus sebagai berikut :

$$r_1 = \frac{2r_b}{1 + r_b}$$

Rumus *Spearman Brown*, Sugiyono (2011:180)

Keterangan :

$r_1$  = reliabilitas internal seluruh instrumen

$r_b$  = korelasi *product moment* antara belahan pertama dan kedua.

Berdasarkan uji coba instrumen ini sudah *valid* dan *reliabel* seluruh butirnya, maka instrumen dapat digunakan untuk pengukuran dalam rangka pengumpulan data. Suatu instrument dinyatakan reliabel bila *koefisien reliabilitas* minimal 0,6.

Hasil analisis instrumen tersebut dinyatakan reliabel jika *alpha* hitung lebih besar dari 0,6 dengan kriteria sebagai berikut:

a.  $\alpha \geq 0,6$  artinya instrumen reliabel.

b.  $\alpha < 0,6$  artinya instrumen tidak reliabel.

### c. Pengujian Asumsi Klasik

Menurut Sudrajat, (1988: 164), dalam Jurnal.Blogspot (2009) bahwa: “Pengujian asumsi klasik diperlukan untuk mengetahui apakah hasil *estimasi regresi* yang dilakukan benar-benar bebas dari adanya gejala *heteroskedastisitas*, gejala *multikolinearitas*, dan gejala *autokorelasi*. Model *regresi* akan dapat dijadikan alat *estimasi* yang tidak bias jika telah memenuhi persyaratan BLUE (*best linear unbiased estimator*) yakni tidak terdapat *heteroskedastisitas*, *multikolinearitas*, dan *autokorelasi*. Jika terdapat *heteroskedastisitas*, maka varian tidak konstan sehingga dapat menyebabkan biasanya standar *error*. Jika terdapat *multikolinearitas*, maka akan sulit untuk mengisolasi pengaruh-pengaruh individual dari variabel, sehingga tingkat signifikansi koefisien regresi menjadi rendah. Adanya *autokorelasi* mengakibatkan penaksir masih tetap bias dan masih tetap konsisten hanya saja menjadi tidak efisien. Oleh karena itu, uji asumsi klasik perlu dilakukan. Pengujian-pengujian yang dilakukan adalah sebagai berikut : yaitu uji *normalitas*, *autokorelasi*, uji *linieritas*, uji *multikolinieritas*, dan uji *heteroskedastisitas*.

#### 1. Uji Asumsi Klasik *Heteroskedastisitas*.

Menurut Sumodiningrat, (2001:271) dalam Jurnal.Blogspot (2009) menjelaskan bahwa : Uji *heteroskedastisitas* bertujuan untuk menguji apakah dalam model regresi terjadi ketidaksamaan varians dan residual satu pengamatan ke pengamatan yang lain. jika varians dari residual satu pengamatan ke pengamatan yang lain tetap, maka disebut *homoskedastisitas* dan jika berbeda disebut *heteroskedastisitas*. Model regresi yang baik adalah yang *homoskedastisitas* atau tidak terjadi *heteroskedastisitas*.

Uji *heteroskedastisitas* dilakukan dengan menggunakan uji *Glejser*, yang dilakukan dengan meregresikan nilai absolut residual yang diperoleh dari model *regresi* sebagai variabel dependen terhadap semua variabel independen dalam model regresi. Apabila nilai koefisien *regresi* dari masing-masing variabel bebas dalam model regresi ini tidak signifikan secara statistik, maka dapat disimpulkan tidak terjadi *heteroskedastisitas*.

#### 2. Uji Asumsi Klasik *Multikolinearitas*.

Menurut Sumodiningrat, 2001 : 271) dalam Jurnal.Blogspot (2009), menjelaskan bahwa : “Uji *multikolinearitas* bertujuan untuk menguji apakah dalam model regresi ditemukan adanya korelasi antar variabel bebas (independen). Dalam model regresi yang baik seharusnya tidak terjadi korelasi di antara variabel bebas. Uji *Multikolinearitas* dilakukan dengan melihat nilai *tolerance* dan *variance inflation factor* (VIF) dari hasil analisis dengan menggunakan SPSS. Apabila nilai *tolerance value* lebih

tinggi daripada 0,10 atau VIF lebih kecil daripada 10 maka dapat disimpulkan tidak terjadi “*multikolinearitas*”.

3. Uji Asumsi Klasik *Autokorelasi*.

Menurut Santoso, (2002 : 219) dalam Jurnal.Blogspot (2009) bahwa : “Uji Autokorelasi bertujuan menguji apakah dalam suatu model regresi linear ada korelasi antara kesalahan pengganggu pada periode t dengan kesalahan pada periode t-1 (sebelumnya). Jika terjadi korelasi maka dinamakan ada problem autokorelasi. Model regresi yang baik adalah regresi yang bebas dari autokorelasi. Uji autokorelasi dilakukan dengan  $\alpha = 5\%$  menggunakan uji *Durbin-Watson* (D-W), dengan tingkat kepercayaan apa bila D-W terletak antara -2 sampai +2 maka tidak ada *autokorelasi*”.

#### D. Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data primer dan sekunder penelitian ini yaitu :

##### 1. Prosedur Pengumpulan Data Primer

Pasien yang dipilih sebagai responden pada penelitian ini berdasarkan *Non-Probability Sampling* metode *Cluster Proporsional Sampling* dengan kriteria responden sebagai berikut :

- a. Pasien dewasa sedang menjalani rawat inap sekurang-kurangnya selama 3 hari (36 jam). Hal ini bertujuan pasien telah memperoleh pengalaman serangkaian proses *admission* (rawat inap) baik administrasi, asuhan keperawatan, pemeriksaan dokter (visite dokter dan perawat), pemeriksaan diagnostik, penyediaan obat-obatan serta pemakaian fasilitas alat dan bahan-bahan di ruang rawat inap.
- b. Pasien yang berusia dibawah 15 tahun atau mengalami penurunan kesadaran, gangguan ingatan (*dimensia*) dan gangguan bicara diwakili oleh orang tua atau salah seorang keluarganya yang penunggu pasien yang paling memahami situasi dan kondisi pelayanan rumah sakit terhadap pasien (keluarganya) selama opname.

## 2. Prosedur Pengumpulan Data Sekunder

Prosedur pengumpulan data sekunder dengan metode dokumentasi digunakan untuk mengumpulkan data-data sekunder berupa ; Buku Register Rawat Inap, Renstra RSUP NTB 2009 – 2013, Rekam Medik (*Medical Record*).

### E. Metode Analisis Data

Penelitian ini menggunakan metode analisis data yaitu analisis regresi berganda (*multiple regression analysis*). Analisis ini digunakan untuk menguji pengaruh variabel bebas terdiri dari *Reliability* ( $X_1$ ), *Responsiveness* ( $X_2$ ), *Assurance* ( $X_3$ ), *Emphaty* ( $X_4$ ), *Tangibles* ( $X_5$ ), terhadap variabel terikat yaitu kepuasan masyarakat ( $Y$ ) pada rawat inap kelas III di RSUP NTB. Persamaan model analisis regresi berganda dalam penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut :

$$Y_i = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + b_4X_4 + b_5X_5 + e$$

Dimana :

$Y_i$  = Kepuasan Masyarakat

$X_1$  = *Reliability* ( Keandalan )

$X_2$  = *Responsiveness* ( Daya tanggap ).

$X_3$  = *Assurance* ( Jaminan/Kepastian )

$X_4$  = *Emphaty* ( Empati )

$X_5$  = *Tangibles* ( Berwujud )

$b_0$  = Konstanta

$b_1$ .....  $b_5$  = Koefisien regresi variabel independent.

$e$  = Tingkat kesalahan (deviasi)

## 1. Pengujian Hipotesis

Hipotesis yang dirumuskan dalam penelitian ini akan diuji dengan melakukan uji F dan uji t. Uji hipotesis pada penelitian ini menetapkan tingkat kepercayaan ( *confidence interval* ) = 95% (  $\alpha = 5\%$  ).

### a. Uji Serempak ( Uji F )

Langkah-langkah Pengujian Hipotesis, sebagai berikut :

1.  $H_0 : b_1, b_2, b_3, b_4, b_5 = 0$  ( Tidak ada pengaruh yang signifikan antara *Reliability* ( $X_1$ ), *Responsiveness* ( $X_2$ ), *Assurance* ( $X_3$ ), *Emphaty* ( $X_4$ ), *Tangibles* ( $X_5$ ) secara serempak (*simultan*) terhadap kepuasan masyarakat).
2.  $H_1 : b_1, b_2, b_3, b_4, b_5 \neq 0$  ( Ada pengaruh yang signifikan antara *Reliability* ( $X_1$ ), *Responsiveness* ( $X_2$ ), *Assurance* ( $X_3$ ), *Emphaty* ( $X_4$ ), *Tangibles* ( $X_5$ ) secara serempak (*simultan*) terhadap kepuasan masyarakat).

Menguji hipotesis penelitian ini apakah diterima atau ditolak yaitu dengan membandingkan nilai  $F_{hitung}$  dengan  $F_{tabel}$  sebagai berikut :

- 1) Jika  $F_{hitung} < F_{tabel}$  , maka  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak.
- 2) Jika  $F_{hitung} > F_{tabel}$  , maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima.

Analisis hipotesis baik secara parsial maupun simultan ini menggunakan SPSS (*Statistical Package For Social Science*) dengan versi 11.

### b. Uji Parsial ( Uji t ).

Langkah-langkah Pengujian Hipotesis Uji Parsial ( Uji t ), sebagai berikut :

- 1)  $H_0 : b_1 = 0$  ( Tidak ada pengaruh yang signifikan antara kualitas pelayanan yang terdiri dari *Reliability* ( $X_1$ ), *Responsiveness* ( $X_2$ ), *Assurance* ( $X_3$ ), *Emphaty* ( $X_4$ ), *Tangibles* ( $X_5$ ) secara parsial terhadap kepuasan masyarakat ).
- 2)  $H_1 : b_1 \neq 0$  ( Ada pengaruh yang signifikan antara kualitas pelayanan yang terdiri dari *Reliability* ( $X_1$ ), *Responsiveness* ( $X_2$ ), *Assurance* ( $X_3$ ), *Emphaty* ( $X_4$ ), *Tangibles* ( $X_5$ ) secara parsial terhadap kepuasan masyarakat).

Menguji hipotesis penelitian ini apakah diterima atau ditolak yaitu dengan membandingkan nilai t. hitung dengan t. tabel, sebagai berikut :

- 1) Jika  $t_{hitung} < t_{tabel}$  , maka  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak.
- 2) Jika  $t_{hitung} > t_{tabel}$  , maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima.

## 2. Skala Likert

Skala Likert yang digunakan dikemukakan oleh Riduwan, (2010 : 13), sebagai berikut :

a. *Skala Likert* yang digunakan untuk mengukur “kualitas” pelayanan, yaitu :

- 1) Pernyataan Positif, terdiri dari :

Sangat Setuju ( SS ) = 5

Setuju ( S ) = 4

Netral ( N ) = 3

Tidak Setuju ( TS ) = 2

Sangat Tidak Setuju ( STS ) = 1

2) Pernyataan Positif, terdiri dari :

Sangat Baik ( SB ) = 5

Baik ( B ) = 4

Sedang ( S ) = 3

Buruk ( B ) = 2

Buruk Sekali ( BS ) = 1

b. *Skala Likert* digunakan untuk mengukur “kepuasan” pelayanan, yaitu :

1. Pernyataan Positif, terdiri dari :

Sangat Puas ( SP ) = 5

Baik ( B ) = 4

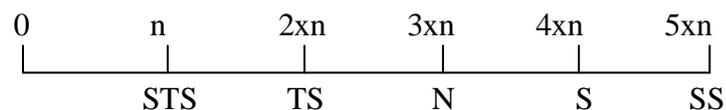
Sedang ( S ) = 3

Buruk ( B ) = 2

Buruk Sekali ( BS ) = 1

Hasil penghitungan skor dari *Skala Likert* dimasukkan ke dalam garis kontinum dimana tiap-tiap jarak titik pada garis kontinum ditentukan oleh jumlah responden yang dikalikan dengan lima *Skala Likert*. Garis

kontinum tersebut digambarkan sebagai berikut :



Kontinum Skala Likert; Riduwan (2010:14)

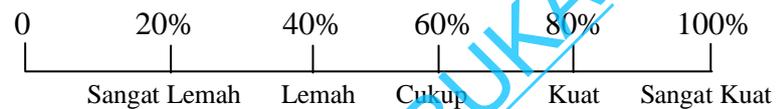
Keterangan :

SS/SB/SP = Sangat Setuju/Sangat Baik/Sangat Puas

S/B/P = Setuju/Baik/Puas

N/S/S	= Netral/Sedang/Sedang
TS/B/B	= Tidak Setuju/Buruk/Buruk
STS/BS/BS	= Sangat Tidak Setuju/Buruk Sekali/Buruk Sekali.
n	= Jumlah Responden

Dari hasil penghitungan diatas akan diketahui pada titik kontinum mana suatu dimensi ( *reliability, responsiveness, assurance, empathy, tangible* ) yang diukur berada. Mengukur bagaimana presentase dimensi ( *reliability, responsiveness, assurance, empathy, tangible* ) dilakukan dengan cara sebagai berikut :



Kontinum Skala Likert, Riduwan (2010 : 15).

Keterangan :

Kriteria Interpretasi Skor :

Angka 0 % - 20%	= Sangat Lemah
Angka 21% - 40%	= Lemah
Angka 41% - 60%	= Cukup
Angka 61% - 80%	= Kuat
Angka 81% - 100%	= Sangat Kuat

Cara menghitung sebagai berikut :

Jumlah responden yang memilih masing-masing opsi (misal; SS, S, N, TS) dibagi Jumlah total responden dikali seratus persen. Hasilnya "X%". Hasil X% ini selanjutnya akan menentukan dimana posisinya dalam kontinum 0 – 20% artinya sangat lemah, sampai dengan kontinum 80% - 100% artinya sangat kuat.

## F. Desain Penelitian Kualitatif

### 1. Instrumen Pengumpulan Data

Data kualitatif pada penelitian ini berfungsi sebagai pendukung data kualitatif dan utamanya untuk menjawab rumusan masalah yang keempat. Data kualitatif diperoleh melalui wawancara menggunakan pedoman wawancara. Wawancara dilakukan dengan tatap muka satu persatu kepada informan yang telah diseleksi dan ditetapkan sebanyak 6 orang informan, masing-masing adalah :

- a. Kepala Bidang Keperawatan RSUP NTB : 1 orang.
- b. Kepala Seksi Sarana Penunjang dan Pelayanan Medik : 1 orang.
- c. Koordinator Rawat Inap : 1 orang.
- d. Supervisor : 1 orang.
- e. Kepala Ruangan Ruang Kelas III Anak : 1 orang.
- f. Perawat Senior Ruang Kelas III : 1 orang.

Format instrument berupa pedoman wawancara terdiri dari :

- a. Format I terdiri dari 5 buah pertanyaan terbuka (*Opened Ended Question*).
- b. Format II terdiri dari 4 buah pertanyaan terbuka (*Opened Ended Question*).

## 2. Kriteria Informan

Data kualitatif diperoleh melalui *interview* (wawancara) terstruktur yaitu menggunakan pedoman wawancara terhadap informan. Kriteria penentuan Informan dalam penelitian kualitatif ini yakni sebagai berikut :

- a. Pejabat-pejabat yang berkompeten langsung dengan pelayanan kesehatan/keperawatan pada rawat inap kelas III di RSUP NTB.

b. Pejabat aktif dengan Tupoksi berkaitan dengan bidang pelayanan kesehatan / keperawatan pada rawat inap kelas III di RSUP NTB.

### 3. Proses Analisa Data Kualitatif

#### a. Pengumpulan Data (Data Collection)

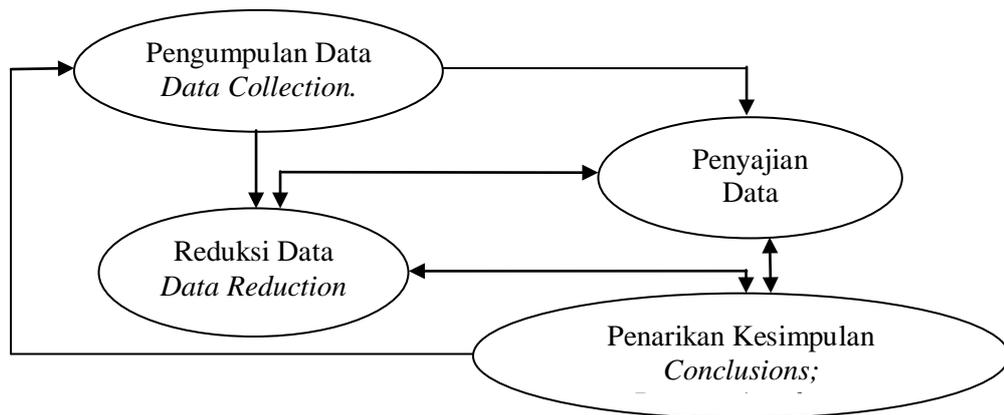
Miles and Huberman (1984) dalam Sugiyono (2011:334), mengemukakan bahwa aktivitas dalam analisis data kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus menerus sampai tuntas, sehingga datanya sudah jenuh.

Namun pada penelitian kualitatif kali ini hanya dilakukan wawancara biasa (bukan wawancara mendalam) sebanyak satu sampai dua kali. Selanjutnya analisis data, yaitu mulai dari ; *Data collection*, *data reduction*, *data display*, dan *conclusion drawing/verification*.

Analisis data untuk variabel dependent (Y) Kepuasan masyarakat pada rawat inap kelas III di RSUP NTB dilakukan sejak awal penelitian dan selama proses penelitian dilaksanakan. Data-data yang diperoleh selanjutnya dikumpulkan untuk dilakukan proses pengolahan secara sistematis. Proses pengolahan dimulai dari wawancara, observasi, mengedit, mengklasifikasi, mereduksi, kemudian menyajikan data dan menyimpulkan data.

Teknik analisis data kualitatif dalam penelitian ini menggunakan model analisis interaktif menurut *Miles* dan *Huberman* dalam Sugiyono (2011:335), sebagaimana dijelaskan pada gambar yang disajikan berikut ini :

Analisis Data Model Interaktif (*Miles dan Huberman*)



Bagan 3.1.  
Komponen dalam analisis data (*Interactive Model*) dalam Sugiyono  
(2011 : 335).

b. Reduksi Data (*Data Reduction*)

Menurut Sugiyono (2011:337) Reduksi data merupakan proses berfikir sensitive yang memerlukan kecerdasan dan keluasan dan kedalaman wawasan yang tinggi. Dari lokasi penelitian, data lapangan dituangkan dalam uraian laporan yang lengkap dan terinci. Data dan laporan lapangan kemudian direduksi, dirangkum, dan kemudian dipilah-pilah hal yang pokok, difokuskan untuk dipilih yang terpenting kemudian dicari tema atau polanya (melalui proses penyuntingan, pemberian kode dan pentabelan).

Reduksi data dilakukan terus menerus selama proses penelitian berlangsung. Pada tahapan ini setelah data dipilah kemudian disederhanakan, data yang tidak diperlukan disortir agar memberi kemudahan dalam penampilan, penyajian, serta untuk menarik kesimpulan sementara.

c. Penyajian Data (*Data Display*)

Dalam Sugiyono (2011: 339) bahwa; setelah data direduksi, maka langkah selanjutnya adalah mendisplaykan data. Dalam penelitian kualitatif, penyajian data dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori *flowchart*. Dalam hal ini Miles and Hubberman (1984) menyatakan "*the most frequent form of display data for qualitative research data in the past has been narrative text*". Yang paling sering digunakan untuk menyajikan data dalam penelitian kualitatif adalah dengan teks yang bersifat naratif.

Dilanjutkan oleh Miles and Hubberman (1984) dalam Sugiyono (2011:339) bahwa "*looking at displays helps us to understand what is happening and to do some thing-further analysis or caution on that understanding*". Dengan mendisplaykan kata, maka akan memudahkan untuk pemahaman kerja selanjutnya berdasarkan apa yang telah dipahami tersebut.

Tahap ini merupakan pengorganisasian data ke dalam suatu bentuk tertentu sehingga kelihatan jelas sosoknya lebih utuh. Data-data tersebut kemudian dipilah-pilah dan disisihkan untuk disortir menurut kelompoknya dan disusun sesuai dengan kategori yang sejenis untuk ditampilkan agar selaras dengan permasalahan yang dihadapi, termasuk kesimpulan-kesimpulan sementara diperoleh pada waktu data direduksi.

d. Penarikan Kesimpulan (*Conclusions; Drawing/Verifying*). Menurut Sugiyono (2011:343) menjelaskan bahwa; langkah ketiga dalam

analisis data kualitatif menurut *Miles and Huberman* adalah penarikan kesimpulan dan verifikasi. Kesimpulan awal yang dikemukakan masih bersifat sementara, dan akan berubah bila tidak ditemukan bukti – bukti yang kuat yang mendukung pada tahap pengumpulan data berikutnya. Tetapi apabila kesimpulan yang dikemukakan pada tahap awal, didukung oleh bukti – bukti yang valid dan konsisten saat peneliti kembali ke lapangan mengumpulkan data, maka kesimpulan yang dikemukakan merupakan kesimpulan yang  *kredibel*.

Analisis data merupakan suatu kegiatan yang logis, data kualitatif berupa pandangan-pandangan tertentu terhadap fenomena yang terjadi dalam pelayanan kesehatan di RSUP NTB, utamanya kepuasan masyarakat rawat inap Kelas III di RSUP NTB. Data kualitatif ini bersifat pendukung dan lebih utama untuk menjawab dua hal, yang *pertama*, upaya-upaya apakah yang diperlukan untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan/keperawatan di RSUP NTB dan *kedua*; yaitu apakah faktor-faktor lain yang berperan pada besar kecilnya pengaruh kualitas layanan terhadap kepuasan masyarakat pada rawat inap kelas III di RSUP NTB.

UNIVERSITAS TERBUKA

## BAB IV

### TEMUAN DAN PEMBAHASAN

#### A. Identitas Responden

Identitas responden perlu diberikan untuk mendapatkan gambaran subyek yang akan memberikan penilaian terhadap kualitas pelayanan rawat inap kelas III RSUP NTB. Responden secara umum masih tergolong cukup muda, rata-rata berumur 35 tahun dengan kisaran umur 15 tahun - 75 tahun, jadi sangat bervariasi. Informasi selengkapnya pada Tabel 4.1.

Tabel 4.1. Umur Responden Rawat Inap Kelas III RSUP NTB Tahun 2011.

No.	Interval Umur (Tahun)	Jumlah (Orang)	Persentase (%)
1	10-19	4	3,67
2	20-29	33	30,28
3	30-39	35	32,11
4	40-49	22	20,18
5	50-59	6	5,50
6	≥60	9	8,26
Jumlah		109	100,00

Sumber : Lampiran 3.

Umur yang beragam pada responden akan dapat memberikan informasi umum dari berbagai generasi masyarakat yang menggunakan jasa rawat inap kelas III RSUP NTB, sehingga dasar perbaikan akan bersifat umum atau mengatasi permasalahan umum. Responden termuda pada interval umur 10-19 tahun, dengan persentase sebanyak 3,67 persen, relatif kecil. Hal ini juga memberikan gambaran bahwa persentase masyarakat yang menggunakan jasa rawat inap RSUP NTB pada umur tersebut relatif kecil.

Persentase yang tergolong besar terjadi pada lapisan masyarakat dengan interval umur 20-29 tahun, 30-39 tahun dan 40-49 tahun, masing-masing dengan persentase sebesar 30,28 persen, 32,11 persen dan 20,18 persen. Responden dengan interval umur lebih dari 60 tahun sebanyak 8,26 persen. Persentase responden ini dapat memberikan gambaran kondisi pasien yang membutuhkan pelayanan rawat inap kelas III di RSUP NTB. Memperhatikan interval usia yang terbanyak adalah kelompok usia produktif.

Informasi penting lain yang perlu diuraikan adalah jenis kelamin responden. Dalam penelitian ini terdapat sebanyak 74 orang atau 67,89 persen responden berjenis kelamin laki-laki dan sebanyak 35 orang (32,11 persen) berjenis kelamin wanita. Dapat dinyatakan bahwa selama ini di RSUP NTB, untuk pelayanan rawat inap kelas III lebih banyak dimanfaatkan oleh pasien laki-laki.

Persepsi terhadap suatu pelayanan yang diberikan negara pada dasarnya memberikan telaah atas kondisi yang diharapkan dengan fakta yang diperoleh secara nyata dari kinerja organisasi (RSUP NTB). Pengetahuan atas haknya sebagai warga negara menjadi penting, bukan sebatas nilai pengorbanan yang diberikan pada negara disaat mendapatkan pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan rawat inap di RSUP NTB.

Pemerintah sebagai pemberi pelayanan publik perlu memberikan kesadaran pada masyarakat atas haknya, sehingga dapat dijadikan dasar untuk memberikan masukan pada organisasi publik terkait, bukan menyembunyikan perannya dalam memberikan pelayanan. Artinya adalah informasi penilaian yang diberikan oleh masyarakat (responden) sangat penting sebagai dasar perbaikan.

Aspek di atas juga berhubungan dengan pengetahuan yang dimiliki responden. Adapun pengetahuan mempunyai relevansi dengan tingkat pendidikan masyarakat. Informasi tingkat pendidikan responden (masyarakat pengguna jasa rawat inap RSUP NTB) sebagai berikut.

Tabel 4.2. Tingkat Pendidikan Responden Rawat Inap Kelas III RSUP NTB Tahun 2011.

No.	Pendidikan	Jumlah (Orang)	Persentase (%)
1	SD	40	36,70
2	SMP	19	17,43
3	SMA	43	39,45
4	Diploma	1	0,92
5	S1	6	5,50
Jumlah		109	100,00

Sumber : Lampiran 3.

Dominasi tingkat pendidikan responden adalah SD dan SMA, dengan persentase masing-masing sebanyak 36,70 persen dan 39,45 persen. Adapun yang berpendidikan SMP sebanyak 17,43 persen dan berpendidikan di atas SMA sebanyak 6,42 persen (jumlah yang relatif kecil). Fakta ini memberikan informasi bahwa ada relevansi antara tingkat pendidikan dengan penggunaan jasa layanan rawat inap, bahwa masyarakat yang berpendidikan rendah umumnya akan menggunakan jasa layanan rawat inap kelas III di RSUP Mataram.

Pada kondisi yang demikian, maka peran dari peneliti terlebih dahulu untuk memberikan penegasan atas hak-hak yang secara normatif harus diperoleh masyarakat, khususnya pada layanan kesehatan rawat inap kelas III. Hak tersebut sebagai anggota masyarakat sesuai dengan perundangan yang berlaku atas perolehan pelayanan kesehatan di Provinsi NTB, melalui organisasi publik pelayanan kesehatan, yaitu RSUP NTB. Hal ini penting dalam rangka untuk

mendapatkan penilaian yang tepat atas apa yang dirasakan dengan apa yang seharusnya diperoleh. Konsep kesesuaian antara harapan yang terwujud dari pelayanan normatif yang diperoleh masyarakat dengan kinerja aktual yang diperoleh melalui kerja seluruh pihak yang berhubungan dengan keberadaan RSUP NTB dalam memberikan pelayanan kesehatan rawat inap kelas III.

Responden secara umum mendapatkan pelayanan rawat inap di RSUP NTB dalam kurun waktu yang cukup panjang, yaitu 12 hari (dibulatkan dari 11,69 hari). Informasi lebih lengkapnya pada tabel berikut.

Tabel 4.3. Lama Perawatan Responden Rawat Inap Kelas III RSUP NTB Tahun 2011.

No.	Lama Inap	Jumlah (Orang)	Persentase (%)
1	< 10	72	66,06
2	10-19	20	18,35
3	20-29	6	5,50
4	≥ 30	11	10,09
Jumlah		109	100,00

Sumber : Lampiran 3.

Lama inap responden berada pada kisaran 3-120 hari, di mana pasien dengan perawatan mencapai waktu lebih dari empat bulan tersebut menderita patah tulang parah (ortopedi) dan mendapat perawatan di ruang kemuning. Pada pasien dengan rawat inap yang lama tersebut telah dapat merasakan ragam pelayanan dari RSUP NTB, sehingga informasi yang diberikan tidak akan bias.

Responden yang mendapatkan rawat inap lebih dari 30 hari sebanyak 10,09 persen, termasuk jumlah yang tinggi dan sebanyak 23,85 persen berada pada interval waktu 10-19 hari dan 20-29 hari. Interval waktu tersebut juga tergolong cukup lama. Atas pertimbangan untuk mendapatkan pengalaman atas berbagai

pelayanan rawat inap kelas III di RSUP NTB, maka lama inap minimal responden adalah tiga hari. Khusus responden yang menginap selama tiga hari sebanyak 23,85 persen dari total responden (Lampiran 3).

Lama inap yang cukup lama pada setiap responden memberikan kepastian bahwa pelayanan yang diperoleh pada setiap aspek pelayanan, baik berupa *tangible*, *reliability*, *assurance*, *responsiveness* dan *emphaty* dari kerja karyawan dan seluruh personal yang ada hubungannya dengan pelayanan rawat inap di RSUP NTB dapat dirasakan serta dievaluasi dengan harapannya guna memberikan persepsi penilaian.

#### B. Uji Validitas dan Reliabilitas

Penilaian atas kualitas pelayanan rawat inap kelas III RSUP NTB dilakukan melalui pemberian persepsi sesuai dengan fakta yang dirasakan oleh pasien atas indikator yang disusun pada setiap komponen pelayanan tersebut. Informasi akan memberikan makna yang sebenarnya atas setiap pelayanan apabila indikator yang disusun mempunyai kriteria layak serta dukungan konsistensi atau keajegan. Untuk itu syarat penting yang harus dapat dilalui pada setiap indikator adalah uji validitas.

Dalam penelitian ini menggunakan uji korelasi skor butir terhadap skor total, perolehan nilai  $r$  hitung dan kriterianya pada tabel berikut ini.

Tabel 4.4. Kriteria Uji Validitas Indikator Kualitas Pelayanan Rawat Inap Kelas RSUP NTB Tahun 2011.

No.	Indikator	r hitung	r tabel	Kriteria
I.	Dimensi <i>Tangible</i>			
1.	Prosedur rawat inap	0,600	0,195	Valid
2.	Lingkungan fisik rumah sakit (halaman, taman, koridor, dll)	0,575	0,195	Valid

3.	Kebersihan rumah sakit	0,652	0,195	Valid
4.	Modernisasi Peralatan rumah sakit	0,674	0,195	Valid
5.	Ketersediaan alat komunikasi dan informasi rumah sakit	0,619	0,195	Valid
6.	Pelayanan informasi yang jelas, mudah dimengerti dan memberikan solusi	0,601	0,195	Valid
7.	Kelengkapan dan kejelasan rambu-rambu penunjuk arah ke ruang pemeriksaan dan pelayanan	0,644	0,195	Valid
8.	Kelengkapan pengumuman, edaran, brosur, poster, dan instruksi yang ditempel	0,662	0,195	Valid
9.	Kejelasan informasi tentang hak dan kewajiban pasien di ruang rawat inap	0,691	0,195	Valid
10.	Penampilan pakaian seragam karyawan yang bertugas	0,551	0,195	Valid
11.	Dokter yang lengkap dan terampil	0,589	0,195	Valid
12.	Perawat yang lengkap dan terampil.	0,682	0,195	Valid
13.	Kelengkapan, kebersihan dan kesiapan alat-alat medis	0,565	0,195	Valid
14.	Kebersihan, dan kenyamanan ruang pasien	0,569	0,195	Valid
15.	Kebersihan kamar mandi	0,586	0,195	Valid
II.	Dimensi <i>Reliability</i>			
1.	Pelayanan pertama sewaktu masuk rumah sakit	0,606	0,195	Valid
2.	Ketepatan menepati apa yang dijanjikan rumah sakit	0,775	0,195	Valid
3.	Membantu permasalahan yang dihadapi pasien	0,772	0,195	Valid
4.	Membantu permasalahan yang dihadapi keluarga pasien	0,741	0,195	Valid
5.	Rumah sakit memberikan pelayanan tepat waktu	0,626	0,195	Valid
6.	Petugas memberi tahu kepada pasien kapan suatu layanan akan diberikan	0,644	0,195	Valid
III.	Dimensi <i>Responsiveness</i>			
1.	Perawat cepat memberi tanggapan terhadap keluhan pasien dan keluarganya	0,793	0,195	Valid
2.	Dokter cepat memberi tanggapan terhadap keluhan pasien dan keluarganya	0,845	0,195	Valid
3.	Perawat cepat melaksanakan tugas sesuai instruksi dokter	0,806	0,195	Valid
4.	Rumah sakit memberikan perhatian sepenuhnya terhadap pasien yang tidak mampu	0,803	0,195	Valid
5.	Kecepatan dokter dalam menentukan jenis penyakit pasien	0,711	0,195	Valid
6.	Pengakuan rumah sakit yang tegas dan jujur apabila terjadi kesalahan	0,665	0,195	Valid

IV.	Dimensi <i>Assurance</i>			
1.	Dokter melaksanakan pelayanan sesuai yang dijanjikan kepada pasien	0,724	0,195	Valid
2.	Perawat melaksanakan pelayanan sesuai yang dijanjikan kepada pasien	0,764	0,195	Valid
3.	Kemampuan dokter dalam menjawab pertanyaan pasien	0,760	0,195	Valid
4.	Ketepatan dokter melaksanakan jadwal kunjungan ke pasien	0,758	0,195	Valid
5.	Kepercayaan pasien terhadap tindakan medis yang diberikan rumah sakit	0,755	0,195	Valid
6.	Perlakuan adil dokter dan perawat dalam memberikan pelayanan pada setiap pasien	0,816	0,195	Valid
7.	Keamanan terhadap barang-barang milik pasien dan keluarganya	0,617	0,195	Valid
V.	Dimensi <i>Emphaty</i>			
1.	Setiap dokter memberikan waktu yang cukup kepada pasien untuk berkonsultasi	0,797	0,195	Valid
2.	Setiap perawat memberikan waktu yang cukup kepada pasien untuk berkonsultasi	0,817	0,195	Valid
3.	Setiap dokter mampu memberikan pelayanan sesuai harapan pasien.	0,792	0,195	Valid
4.	Setiap perawat mampu memberikan pelayanan sesuai harapan pasien.	0,779	0,195	Valid
5.	Petugas rumah sakit memahami secara teliti setiap kebutuhan pribadi pasien.	0,807	0,195	Valid
6.	Petugas rumah sakit memberi perhatian secara penuh kepada setiap pasien.	0,783	0,195	Valid
7.	Kedekatan hubungan antara petugas rumah sakit dengan pasien	0,704	0,195	Valid

Sumber : Lampiran 10.1-10.5 dan 14.

Kriteria kelayakan setiap indikator ditentukan dengan membandingkan nilai  $r$  hitung dengan  $r$  tabel, jika nilai  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel, maka kriteria pengujian yang diperoleh adalah valid atau layak. Indikator yang tidak memenuhi kriteria kelayakan akan dikeluarkan dari analisis lebih lanjut, karena tidak layak atau tidak relevan sebagai pengukuran variabel terkait.

Seluruh indikator yang dibangun untuk setiap dimensi pelayanan rawat inap kelas III di RSUP NTB mendapatkan kriteria layak, sehingga setiap indikator

dapat dianalisis lebih lanjut, dalam hal muncul sebagai pembentuk pengukuran untuk setiap dimensi, termasuk dalam pembentukan model kepuasan. Uji kelayakan indikator suatu variabel laten dapat juga dilakukan dengan membandingkan antara nilai alpha signifikansi yang dihasilkan dengan alpha pengujian yang digunakan (dalam penelitian ini dengan alpha 5,00 persen). Pada Lampiran 10.1-10.5 dapat dilihat bahwa alpha signifikansi yang dihasilkan pada setiap indikator sebesar 0,000 atau lebih rendah dari 5,00 persen, sehingga kriteria yang diterima adalah  $H_a$ .

Kriteria validitas sangat diperlukan pada indikator setiap variabel laten, karena kesalahan dalam penyusunan indikator akan memberikan makna yang tidak mempunyai relevansi dengan variabel terkait, sehingga informasi yang diberikan dapat menyesatkan dalam melakukan perbaikan. Adanya kriteria valid untuk indikator dalam penelitian ini akan menjadi input yang mendukung validitas model, sebagai dasar perbaikan kualitas pelayanan guna mewujudkan kepuasan pasien rawat inap kelas III RSUP NTB.

Syarat penting lain yang diperlukan dalam penyusunan suatu indikator adalah konsistensi atau keajegan informasi yang diberikan. Dalam makna konsistensi pemaknaan yang diberikan oleh responden, baik pada antar responden atau responden pada waktu yang berbeda ataupun diterapkan pada subyek kajian yang berbeda. Uji keajegan indikator dalam penelitian ini dengan menggunakan uji *reliabilitas alpha Cronbach*. Hasil perhitungan dan kriteria pengujiannya sebagai berikut.

Tabel 4.5. Kriteria Uji Reliabilitas Indikator pada Dimensi Kualitas Pelayanan Rawat Inap RSUP NTB Tahun 2011.

No.	Dimensi	Koefisien Reliabilitas	Standar Nilai	Kriteria
1.	<i>Tangible</i>	0,875	0,60	Reliabel
2.	<i>Reliability</i>	0,787	0,60	Reliabel
3.	<i>Responsiveness</i>	0,860	0,60	Reliabel
4.	<i>Assurance</i>	0,856	0,60	Reliabel
5.	<i>Emphaty</i>	0,893	0,60	Reliabel

Sumber : Lampiran 11.1-11.5.

Nilai koefisien reliabilitas pada setiap komponen lebih besar dari 0,60, sehingga uji reliabilitas yang diperoleh pada setiap indikator dimensi kualitas pelayanan adalah konsisten atau ajeg. Hasil pengujian ini pada dasarnya memberikan suatu jaminan bahwa indikator untuk setiap dimensi kualitas pelayanan rumah sakit, khususnya rawat inap kelas III dapat digunakan juga untuk subyek penelitian yang lain dengan relevansi yang sama (sama-sama pelayanan kesehatan).

Indikator yang disusun untuk dimensi kualitas dalam penelitian ini mempunyai jaminan kelayakan dan konsistensi, sehingga hasil penilaian yang diberikan responden akan dapat dijadikan dasar untuk menilai dimensi kualitas pelayanan yang diberikan RSUP NTB untuk rawat inap kelas III. Hasil penilaian tersebut dipastikan memberikan gambaran faktual pelayanan yang diberikan oleh seluruh pihak yang berkaitan dengan kerja RSUP NTB.

Dalam penelitian ini perlu diberikan penjelasan bahwa variabel kepuasan pasien tidak mempunyai indikator, karena dilakukan pengukuran langsung. Konsep demikian, berarti memperlakukan variabel kepuasan sebagai *observed variable*. Konteksnya adalah mempertanyakan secara langsung kriteria kepuasan,

tentu dengan memberikan penjelasan pada setiap responden tentang kesesuaian antara apa yang diharapkan dan diterima, perbandingan antara keduanya memberikan lima alternatif tingkat kepuasan, mulai dari kriteria sangat tidak puas sampai sangat puas.

### C. Deskripsi Hasil Analisis Data

Hasil analisis statistik variabel (X) “kualitas pelayanan RSUP NTB” yang terdiri dari 5 dimensi terhadap variabel (Y) “kepuasan pada masyarakat rawat inap kelas III di RSUP NTB”, menggunakan SPSS versi 12 sebagai berikut :

1. Dimensi *tangible*; terhadap kepuasan masyarakat (pasien rawat inap kelas III di RSUP NTB) secara umum responden memberikan penilaian pada lima belas (15) aspek sebagai indikator atau pengukuran dimensi *tangible* dengan kriteria baik; rata-rata skor sebesar 3,92.
2. Dimensi *reliability*; terhadap kepuasan masyarakat (pasien rawat inap kelas III di RSUP NTB), penilaian umum yang diberikan responden pada enam (6) aspek sebagai indikator atau pengukuran dimensi *reliability* tergolong baik; rata-rata skor 3,89.
3. Dimensi *responsiveness*; terhadap kepuasan masyarakat (pasien rawat inap kelas III di RSUP NTB), penilaian yang diberikan responden secara umum pada enam (6) aspek sebagai indikator atau pengukuran dimensi *responsiveness* tergolong baik; rata-rata skor 4,14.
4. Dimensi *assurance*; terhadap kepuasan masyarakat (pasien rawat inap kelas III di RSUP NTB), penilaian umum responden pada tujuh (7) aspek indikator

atau pengukuran dimensi *assurance* dalam kriteria baik; rata-rata skor sebesar 4,10.

5. Dimensi *emphaty*; terhadap kepuasan masyarakat (pasien rawat inap kelas III di RSUP NTB), penilaian umum responden pada tujuh (7) aspek sebagai indikator atau pengukuran dimensi *emphaty* dalam kriteria baik; rata-rata skor sebesar 4,02.

#### **D. Deskripsi Lima Dimensi Kualitas Pelayanan**

##### **1. Penilaian Responden atas Dimensi *Tangible* pada Pelayanan Rawat Inap RSUP Provinsi NTB**

Setiap aspek pelayanan yang diberikan organisasi publik, dapat dinyatakan yang pertama terlihat dan paling cepat untuk diberikan kriteria penilaian adalah dimensi *tangible*. Pasien rawat inap kelas III RSUP NTB secara umum memberikan penilaian dengan kriteria yang baik. Kriteria tersebut berdasarkan rata-rata skor sebesar 3,92.

Pada kriteria umum penilaian responden dengan kriteria baik, dapat dijadikan oleh pihak manajemen RSUP NTB dalam melakukan evaluasi, bahwa selama ini telah dilakukan pengelolaan dimensi berwujud dengan baik atau memenuhi kriteria yang menjadi harapan pasien yang ada di rawat inap kelas III. Konsep perbaikan sebagai wujud dari evaluasi, termasuk kemungkinan mempertahankan atau perbaikan dilakukan dengan memberikan perhatian atas penilaian yang bersifat individual dan per item indikator dimensi berwujud.

Pada penilaian umum di atas ditemukan sebanyak 1,22 persen responden memberikan penilaian sangat tidak baik dan 3,79 persen responden memberikan penilaian tidak baik. Persentase responden yang memberikan penilaian pada dua kriteria tersebut dapat dinyatakan kecil, tetapi dapat mengakibatkan kevtalan, jika yang bersangkutan melakukan komplain dengan menulis surat kabar atau bentuk media publik lainnya. Dengan kemajuan teknologi ini dapat saja responden tersebut melakukan up load di dunia maya, sehingga penilaian baik atau sangat baik dari responden yang cukup banyak akan terkalahkan maknanya dari penilaian responden terkait. Untuk itu, perbaikan atas aspek dimensi berwujud perlu secara terus menerus dilakukan. Informasi lengkap penilaian responden pada setiap indikator dimensi *tangible* sebagai berikut.

Tabel 4.6. Kriteria Penilaian Dimensi Tangible Pelayanan Rawat Inap Kelas III RSUP NTB Tahun 2011.

No	Dimensi Tangible	Rata-Rata Skor	Persentase Skoring (%)				
			1	2	3	4	5
1.	Prosedur rawat inap	3,97	0,92	0,92	17,43	61,47	19,27
2.	Lingkungan fisik rumah sakit (halaman, taman, koridor, dll)	3,73	0,92	8,26	22,94	52,29	15,60
3.	Kebersihan rumah sakit	3,63	2,75	7,34	25,69	52,29	11,93
4.	Modernisasi Peralatan rumah sakit	3,91	0,92	1,83	18,35	63,30	15,60
5.	Ketersediaan alat komunikasi dan informasi rumah sakit	3,70	3,67	6,42	21,10	54,13	14,68
6.	Pelayanan informasi yang jelas, mudah dimengerti dan memberikan solusi	4,06	0,92	2,75	12,84	56,88	26,61
7.	Kelengkapan dan kejelasan rambu-rambu penunjuk arah ke ruang pemeriksaan dan pelayanan	4,00	0,00	4,59	17,43	51,38	26,61
8.	Kelengkapan pengumuman, edaran, brosur, poster, dan instruksi yang ditempel	3,80	0,92	2,75	27,52	53,21	15,60
9.	Kejelasan informasi tentang hak	3,87	0,92	4,59	22,02	51,38	21,10

	dan kewajiban pasien di ruang rawat inap						
10.	Penampilan pakaian seragam karyawan yang bertugas	4,28	0,00	2,75	5,50	53,21	38,53
11.	Dokter yang lengkap dan terampil	4,29	0,00	0,00	11,01	48,62	40,37
12.	Perawat yang lengkap dan terampil.	4,26	0,00	0,00	13,76	46,79	39,45
13.	Kelengkapan, kebersihan dan kesiapan alat-alat medis	4,13	0,00	2,75	9,17	60,55	27,52
14.	Kebersihan, dan kenyamanan ruang pasien	3,90	0,92	2,75	22,02	54,13	20,18
15.	Kebersihan kamar mandi	3,30	5,50	9,17	38,53	43,12	3,67
	Rata-rata	3,92	1,22	3,79	19,02	53,52	22,45

Sumber : Lampiran 4 dan 12.

Responden yang memberikan penilaian sangat baik tergolong cukup besar, sebanyak 22,45 persen dan kriteria baik sebanyak 53,52 persen. Diharapkan responden yang memberikan penilaian baik dan sangat baik memberikan informasi positif pada kolega mengenai perubahan dimensi berwujud (*tangible*) dari aspek pelayanan yang dimiliki RSUP NTB untuk rawat inap kelas III.

Dalam rangka perolehan informasi yang lebih luas mengenai kondisi dimensi *tangible* pada pelayanan rawat inap kelas III RSUP NTB perlu diberikan uraian penilaian responden untuk setiap indikatornya. Aspek nyata yang dirasakan di awal berhubungan dengan pelayanan rawat inap kelas III RSUP NTB adalah prosedur rawat inap yang dijalani oleh responden. Responden secara umum memberikan penilaian yang baik (rata-rata skor 3,97 dari jenjang skor 1-5) atas prosedur rawat inap. Temuan ini memberikan informasi bahwa prosedur yang dijalankan tidak bersifat berbelit atau kompleks atau secara umum dikenal dengan birokrasi yang panjang, tetapi

telah muncul kesederhanaan yang berimplikasi pada kecepatan perolehan pelayanan rawat inap pada pasien.

Rumah sakit merupakan sentral pelayanan kesehatan, termasuk didalamnya memberikan contoh dalam menjaga kesehatan lingkungan. Kesehatan lingkungan yang tercermin dari kebersihan sangat penting untuk dijaga di lingkungan RSUP NTB, bukan saja untuk kenyamanan pihak yang membutuhkan pelayanan, tetapi juga dalam rangka mensteril penyebaran penyakit dari rumah sakit pada penduduk sekitar.

Responden memberikan penilaian yang tergolong baik atas kondisi lingkungan fisik rumah sakit. Kriteria penilaian tersebut berdasarkan rata-rata skor sebesar 3,73. Konsep perbaikan mutlak dilakukan, karena terdapat sebanyak 8,26 persen responden memberikan penilaian yang tidak baik atas kondisi fisik lingkungan RSUP NTB. Kondisi fisik memberikan penjelasan yang luas, termasuk kondisi bangunan, tata letak dan lainnya.

Rumah sakit sebagai sentral pelayanan kesehatan ternyata mendapatkan penilaian dengan rata-rata skor 3,63. Penilaian tersebut menunjukkan kriteria penilaian yang baik, tetapi masih terdapat sebanyak 2,75 persen responden memberikan penilaian sangat tidak bersih dan 7,34 persen menyatakan kondisinya kotor (tidak baik). Kebersihan lingkungan RSUP NTB pada dasarnya bukan hanya tanggung jawab manajemen, tetapi juga kesadaran semua pihak, termasuk pasien dan pihak yang mengunjungi. Pihak manajemen RSUP NTB perlu juga meningkatkan intensitas kerja karyawan *cleaning service*, terutama dengan memperbanyak tenaga dan penggunaan alat

yang lebih baik dalam melakukan tugasnya. Penggunaan bahan-bahan tertentu untuk menghilangkan bau dan sejenisnya diperlukan, sehingga ada kenyamanan suasana di lingkungan RSUP NTB.

Pelayanan kesehatan sangat berhubungan dengan penggunaan peralatan kerja yang sesuai dengan perkembangan teknologi. Peralatan kerja yang modern akan lebih tepat dalam mendeteksi keberadaan penyakit pasien, termasuk juga pada peralatan kerja untuk melakukan perawatan atau penyembuhan pasien. Modernisasi peralatan rumah sakit tidak hanya investasi pada aspek fisik, tetapi juga harus sejalan dengan investasi pengembangan pengetahuan dan keterampilan tenaga medis dalam penggunaan peralatan tersebut. Aspek ini mendapatkan penilaian yang tergolong baik (rata-rata skor 3,91). Pasien yang ada di rawat inap kelas III RSUP NTB memberikan penilaian yang baik, bukan berarti kondisi umum pasien akan memberikan penilaian yang sama, konteks penilaian ini adalah *in case* untuk rawat inap kelas III RSUP NTB.

Responden memberikan penilaian umum tergolong mudah dalam mendapatkan informasi, terkait dengan keberadaan sumber informasi dan personal RSUP NTB yang bertugas dalam memberikan informasi yang dibutuhkan para pasien. Aspek ini dinilai dengan rata-rata skor 3,70 atau berada pada kriteria yang baik. Rata-rata skor 3,70 bukan merupakan penilaian final, dibuktikan dengan jumlah responden yang memberikan penilaian dengan kriteria sangat tidak baik sebanyak 3,67 persen dan 6,42 persen memberikan penilaian tidak baik. Perhatian diberikan pada pasien yang

memberikan penilaian sangat tidak baik dan tidak baik, karena dikhawatirkan melakukan komplain dengan *third party response* dan *private response*, karena dapat berdampak pada informasi yang meluas atas informasi negatif. Penting untuk memberikan keyakinan pada masyarakat secara umum untuk memberikan masukan pada manajemen RSUP NTB sebagai dasar perbaikan.

Keberadaan personal atau fungsi khusus dalam struktur organisasi dengan implementasi keberadaannya di ruang kerja tertentu dalam memberikan informasi pada masyarakat atas pelayanan yang dimiliki RSUP NTB atau informasi lain sangat diperlukan oleh responden. Kondisi ini terjadi, karena dapat saja keluarga pasien adalah individu yang pertama datang menggunakan jasa pelayanan RSUP NTB atau adanya kendala lain yang menyebabkan kemudahan dalam perolehan informasi sangat dibutuhkan.

Keberadaan fungsi khusus dengan wujud posisinya pada ruang kerja tertentu telah teraktualisasi di RSUP NTB. Dapat dibuktikan juga dengan penilaian yang diberikan oleh responden dengan kriteria baik (rata-rata skor 4,06). Penilaian tersebut diberikan sesuai dengan pengalaman yang dimiliki oleh masyarakat yang telah menggunakan pelayanan RSUP NTB.

Gedung yang dimiliki RSUP NTB tergolong luas, termasuk jumlah kamar rawat inap, jumlah tempat pelayanan, administrasi dan manfaat lainnya, sehingga perlu ada informasi yang memberikan kemudahan bagi masyarakat dalam mencari tempat tertentu. Dalam hal ini, peran dari petugas hanya memberikan informasi umum, sementara untuk mencari keberadaan ruang atau fungsi tertentu atas kerja sendiri masyarakat. Dalam rangka

memudahkan kerja tersebut, maka diperlukan tanda khusus atau sejenis rambu penunjuk arah.

Aspek di atas dimasukkan dalam dimensi *tangible* dari pelayanan, di mana diperoleh penilaian dari responden dengan kriteria baik (rata-rata skor 4,00). Pada kriteria tersebut terdapat sebanyak 4,59 persen responden yang memberikan penilaian keberadaan rambu tidak lengkap atau tidak memenuhi kebutuhan.

Dalam pemberian pelayanan oleh manajemen RSUP NTB terkadang ada perubahan jenis pelayanan, tempat pelayanan dan ragam lainnya. Seluruhnya perlu diinformasikan oleh pihak manajemen pada masyarakat melalui pengumuman, edaran, brosur dan sejenisnya. Penilaian yang diberikan responden atas aspek tersebut tergolong telah berjalan dengan baik (rata-rata skor 3,80). Fakta keberadaan papan pengumuman besar tersedia pada setiap ruang kerja, sehingga dapat memberikan kemudahan bagi masyarakat yang membutuhkan informasi tertentu guna mempermudah perolehan pelayanan kesehatan di RSUP NTB.

Keberadaan sumber informasi lain yang dibutuhkan oleh masyarakat adalah mengenai hak dan kewajibannya sebagai pasien RSUP NTB. Keberadaan informasi ini dinilai telah tergolong memenuhi kebutuhan pasien, terbukti dengan rata-rata skor penilaian sebesar 3,87 atau tergolong penilaian yang baik. Penilaian responden ini bukan yang maksimal, sehingga keberadaan informasi mengenai hak dan kewajiban, terutama pada pasien yang berada pada kelas III dengan konsep tersubsidinya yang bersangkutan

dalam mendapatkan pelayanan harus jelas, sehingga dapat menyediakan seluruh aspek yang berhubungan dengan kewajibannya.

Dimensi *tangible* juga dijelaskan dengan penampilan karyawan RSUP NTB dilihat dari kelengkapan dan kerapian seragam selama bekerja. Aspek ini mendapatkan penilaian yang sangat baik (rata-rata skor 4,28). Berdasarkan pengamatan yang diberikan oleh pasien, bahwa penampilan dari para karyawan tergolong meyakinkan dan menyenangkan jika dilihat, setidaknya dapat memberikan dukungan atas keseriusan dalam pelaksanaan pekerjaan.

Penilaian atas kelengkapan dan keterampilan dokter selama memberikan pelayanan juga mendapatkan penilaian dengan kriteria sangat baik atau sangat terampil (rata-rata skor 4,29). Kriteria penilaian ini memberikan pembuktian bahwa keberadaan para dokter di RSUP NTB telah bekerja dengan baik, sesuai dengan bidang keahlian masing-masing serta menunjukkan optimalisasi kerjanya dalam memberikan pelayanan pada masyarakat, walaupun pada masyarakat yang mengguankan jasa pelayanan rawat inap kelas III. Konsep diskriminasi dalam penggunaan pengetahuan dan keterampilan kerja pada setiap pasien tidak boleh terjadi, karena pada dasarnya kerja dokter juga terkait dengan kemanusiaan yang sangat vital. Kecepatan dalam kesembuhan masyarakat (pasien) akan memberikan kemudahan bagi yang bersangkutan melakukan aktivitas ekonomi dan sosialnya, sehingga tidak menjadi beban bagi pihak lain, termasuk beban bagi pemerintah dalam wujud pemberian subsidi pengobatan. Dalam makna

lanjutan dana tersebut dapat digunakan untuk kepentingan lain yang mengarah pada pemercepat pembangunan guna peningkatan kesejahteraan masyarakat.

Kerja dari para perawat juga mempunyai kriteria yang sama, yaitu sangat baik (rata-rata skor 4,26). Kerja yang sangat baik dari perawat juga memberikan bantuan dalam mempercepat proses penyembuhan pasien. Perawat bekerja dalam memberikan pelayanan yang terkait dengan jasa medis.

Kerja di atas akan lebih baik, jika peralatan medis berada pada kriteria kelengkapan yang sangat baik, fakta yang ditemukan berada pada taraf yang baik atau tinggi (rata-rata skor 4,13). Perbaikan dengan segera diperlukan untuk kebersihan kamar mandi, karena fakta yang ditemukan bahwa penilaian yang diberikan oleh responden tergolong cukup baik (rata-rata skor 3,30). Dapat dinyatakan bahwa aspek ini yang mendapatkan penilaian yang terendah, sehingga perbaikan pada dimensi tangible hendaknya diutamakan pada perbaikan pada kebersihan dan kenyamanan ruang mandi. Adapun keberadaan ruang pasien diberikan kriteria penilaian yang baik (rata-rata skor 3,90). Temuan ini memperkuat bahwa pelayanan yang terwujud dalam keberadaan ruang pelengkap, yaitu kamar mandi di RSUP NTB bersifat terburuk, memerlukan perbaikan dengan segera agar tidak ada aspek dari dimensi berwujud yang mendapatkan penilaian cukup atau sedang.

## **2. Penilaian Responden atas Dimensi *Reliability* pada Pelayanan Rawat Inap RSUP Provinsi NTB**

Dimensi reliability terkait dengan keandalan pelayanan yang diberikan RSUP NTB pada masyarakat. Dalam penelitian ini diindikasikan dengan enam aspek, informasi penilaian responden ditampilkan pada tabel berikut.

Tabel 4.7. Kriteria Penilaian Dimensi *Reliability* Pelayanan Rawat Inap Kelas III RSUP NTB Tahun 2011.

No	Dimensi <i>Reliability</i>	Rata-Rata Skor	Persentase Skoring (%)				
			1	2	3	4	5
1.	Pelayanan pertama sewaktu masuk rumah sakit	4,18	0,00	0,92	12,84	53,21	33,03
2.	Ketepatan menepati apa yang dijanjikan rumah sakit	3,94	0,92	1,83	20,18	56,88	20,18
3.	Membantu permasalahan yang dihadapi pasien	3,93	0,92	0,92	22,94	55,05	20,18
4.	Membantu permasalahan yang dihadapi keluarga pasien	3,81	0,92	0,00	33,94	47,71	17,43
5.	Rumah sakit memberikan pelayanan tepat waktu	3,62	0,00	3,67	41,28	44,04	11,01
6.	Petugas memberi tahu kepada pasien kapan suatu layanan akan diberikan	3,89	0,00	2,75	22,94	56,88	17,43
	Rata-rata	3,89	0,46	1,68	25,69	52,29	19,88

Sumber : Lampiran 5 dan 12.

Penilaian umum yang diberikan responden atas dimensi keandalan (*reliability*) pelayanan kesehatan rawat inap di kelas III RSUP NTB tergolong baik (rata-rata skor 3,89). Penilaian umum ini memberikan indikasi bahwa kerja seluruh pihak di RSUP NTB, terkait dengan keandalan pelayanan tergolong telah memenuhi kebutuhan pasien. Perbaikan sebagai wujud untuk mengikuti perubahan kebutuhan masyarakat sangat dibutuhkan, terlebih sebanyak 27,83 persen responden belum memberikan penilaian yang tergolong baik dan sangat baik.

Arah dari penelitian ini adalah untuk meniadakan penilaian responden pada taraf sangat tidak baik, tidak baik dan kondisi yang sedang dengan cara

perbaikan aspek dari dimensi keandalan. Pelayanan pertama pada saat masuk rumah sakit atau saat pasien pertama di bawa di ruang IGD telah dimulai pelayanan yang menunjukkan suatu pelayanan yang diperoleh dapat diandalkan atau tidak. Pada aspek ini, responden memberikan penilaian yang baik (rata-rata skor 4,18). Dilihat dari rata-rata skor tersebut telah memberikan indikasi banyaknya responden yang memberikan penilaian baik dan sangat baik (akumulasi persentase sebanyak 86,24 persen).

Kerja yang optimal dari seluruh pihak yang ada di dalam pelayanan awal menjadi sangat penting, karena kecepatan dan ketepatan pelayanan di awal ini menjadi penentu pelayanan selanjutnya. Pelaksanaan kerja dengan standar operasional yang baku sangat diperlukan agar seluruh pihak bekerja dengan optimal, sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh organisasi. Adanya kecenderungan bahwa pelayanan pada tahap ini lamban, deskrimasi dan mengutamakan administrasi yang berhubungan dengan aspek finansial sangat perlu dihindari.

Masyarakat dalam memilih menggunakan jasa pelayanan RSUP NTB pada dasarnya telah mendapatkan kesesuaian antara apa yang diharapkan dengan apa yang dijanjikan oleh pihak manajemen. Pada aspek ini, responden memberikan penilaian bahwa pelayanan yang dijanjikan dipenuhi dengan baik (rata-rata skor 3,94) oleh seluruh pihak yang berhubungan dengan kerja pelayanan rawat inap kelas III RSUP NTB.

Keandalan pelayanan juga dihubungkan dengan kemampuan dan kemauan dalam upaya untuk memecahkan permasalahan yang dihadapi oleh pasien dan

keluarga pasien. Dua aspek ini dipisahkan, untuk permasalahan pasien diperoleh penilaian dengan rata-rata skor 3,93, sedangkan untuk keluarga pasien mendapatkan penilaian dengan rata-rata skor 3,81. Temuan ini memberikan informasi bahwa pasien dan keluarga pasien dapat diberikan solusi atas permasalahan yang dihadapi, baik yang berhubungan dengan medis dan non medis.

Pemberian solusi atas permasalahan yang dihadapi oleh pasien dan keluarga pasien sangat penting, karena peran dari rumah sakit sebagai organisasi publik yang memberikan pelayanan kesehatan adalah memecahkan masalah masyarakat. Permasalahan yang dimaksud dapat muncul dalam proses pelayanan, tetapi dapat juga muncul dari kondisi sosial, ekonomi dan pendidikan pasien dan keluarga, sehingga peran seluruh karyawan medis dan non medis RSUP NTB untuk memberikan pelayanan yang mengarah pada pemecahan masalah tersebut.

Pelayanan kesehatan, khususnya kerja yang dijalankan oleh tenaga medis dan perawat dapat bersifat insidental dan periodik (jam tertentu pemeriksaan). Dalam memberikan pelayanan tersebut harus tepat waktu, baik saat dibutuhkan oleh pasien ataupun yang sifatnya kerja periodik. Hal penting yang perlu dianut dalam kerja tenaga medis dan non medis adalah kesiapan dalam pelaksanaan pekerjaan selama jam kerja. Kerja ini perlu menjadi kebiasaan yang telah tertanam pada seluruh karyawan, sehingga menjadi budaya kerja karyawan. Aspek ini mendapatkan penilaian dengan kriteria yang baik (rata-rata skor 3,62), tetapi masih didominasi oleh penilaian

responden dengan kriteria sedang atau cukup. Perbaikan kesiapan dalam pelayanan ini perlu diperbaiki, sehingga dominan penilaian yang diberikan pasien berada pada kriteria sangat baik.

Dalam rangka memberikan kemudahan pelayanan pada pasien, maka pihak tenaga medis perlu memberikan penjelasan mengenai hak pelayanannya. Konteks ini dilakukan agar dalam pelaksanaan pekerjaan para tenaga medis telah bersedia dan siap selalu, baik yang sifatnya insidental dan rutinitas. Informasi dan aktualisasi ini dijalankan dengan pengertian pasien atas haknya dan sisi lain, sebagai kewajiban karyawan RSUP NTB dalam pemenuhannya.

Penilaian aspek di atas diberikan dengan kriteria umum tergolong baik (rata-rata skor 3,89). Hal ini telah membuktikan bahwa karyawan secara umum memberikan informasi pada pasien dan mengaktualisasikannya dengan baik. Pelayanan yang andal dalam aspek pelayanan medis menjadi yang utama, karena wujud dari keberadaan pasien di pelayanan rawat inap adalah guna mendapatkan pelayanan yang bersifat medis.

### **3. Penilaian Responden atas Dimensi *Responsiveness* pada Pelayanan Rawat Inap RSUP Provinsi NTB**

Dimensi *responsiveness* atau ketanggapan memberikan makna kerja karyawan, baik medis dan non medis yang ada di RSUP NTB yang selalu memberikan respon dengan cepat dan tepat atas permintaan pasien, serta aspek lain yang berhubungan dengan tugas yang diemban setiap karyawan. Penilaian umum yang diberikan responden secara umum tergolong baik (rata-

rata skor 4,14). Kriteria ketanggapan ini mempunyai makna responden dengan cepat dan tepat dalam memberikan pelayanan pada pasien. Informasi selengkapnya pada tabel berikut.

Tabel 4.8. Kriteria Penilaian Dimensi *Responsiveness* Pelayanan Rawat Inap Kelas III RSUP NTB Tahun 2011.

No	Dimensi <i>Responsiveness</i>	Rata-Rata Skor	Persentase Skoring (%)				
			1	2	3	4	5
1.	Perawat cepat memberi tanggapan terhadap keluhan pasien dan keluarganya	4,11	0,00	2,75	18,35	44,04	34,86
2.	Dokter cepat memberi tanggapan terhadap keluhan pasien dan keluarganya	4,12	0,00	4,59	16,51	41,28	37,61
3.	Perawat cepat melaksanakan tugas sesuai instruksi dokter	4,21	0,00	1,83	12,84	47,71	37,61
4.	Rumah sakit memberikan perhatian sepenuhnya terhadap pasien yang tidak mampu	4,21	0,00	1,83	19,27	34,86	44,04
5.	Kecepatan dokter dalam menentukan jenis penyakit pasien	4,25	0,00	0,92	11,93	48,62	38,53
6.	Pengakuan rumah sakit yang tegas dan jujur apabila terjadi kesalahan	3,95	1,83	2,75	22,94	43,12	29,36
	Rata-rata	4,14	0,31	2,45	16,97	43,27	37,00

Sumber : Lampiran 6 dan 12

Dimensi ketanggapan (*responsiveness*) secara umum mendapatkan penilaian implementasi yang baik. Untuk lebih jelasnya perlu juga diketahui persentase penilaian responden pada lima kriteria yang dijadikan alternatif, di mana ditemukan 2,45 persen responden memberikan penilaian tidak baik. Informasi yang diberikan responden tersebut memberikan indikasi yang jelas, bahwa ada pengalamannya tidak dilayani dengan tanggap oleh karyawan (medis atau on medis). Diharapkan juga pada periode selanjutnya setelah dilakukan perbaikan agar responden yang memberikan kriteria sedang

semakin berkurang atau beralih pada tanggapan penilaian dengan kriteria baik dan sangat baik.

Terdapat empat aspek yang dikaji sebagai pengukuran variabel *responsiveness*, berikut penjelasan penilaian responden secara terperinci. Keluhan atau komplain memberikan indikasi yang jelas, bahwa ada pelayanan yang sifatnya tidak memuaskan. Manajemen RSUP NTB perlu memberikan informasi bahwa setiap komplain hendaknya disampaikan pada internal organisasi, bukan dengan membawa keluar komplain atau keluhannya atas pelayanan yang diterima selama mendapatkan pelayanan.

Komplain pasien pada internal organisasi yang memberikan pelayanan menunjukkan adanya komitmen dari pasien untuk melihat agar manajemen RSUP NTB melakukan perubahan untuk kebaikan organisasi. Komitmen positif untuk kemajuan RSUP NTB dapat terlihat pada pasien yang demikian, sehingga setiap komplain harus ditanggapi dengan maksimal melalui upaya penanganan yang optimal.

Responden memberikan penilaian yang tergolong baik atas tanggapan terhadap komplain (rata-rata skor 4,11). Penilaian ini memberikan indikasi bukan sebatas tanggapan verbal, tetapi juga mutlak diimplementasikan dalam kerja, berupa perbaikan kualitas pelayanan atas aspek yang menjadi keluhan atau komplain responden. Konteks ini terutama pada kerja karyawan administrasi dan karyawan lain yang sifatnya non medis.

Kerja tenaga medis (dokter dan perawat) juga tergolong mempunyai daya tanggap yang tergolong tinggi (rata-rata skor 4,12), bahkan perawat

mendapatkan penilaian yang sangat baik dalam menindaklanjuti tugas yang diinstruksikan oleh dokter (rata-rata skor penilaian 4,21). Atas penilaian yang diberikan responden memberikan indikasi bahwa implementasi yang dijalankan oleh tenaga medis telah bersifat memuaskan, sehingga memberikan dukungan atas kecepatan pasien tuntas dari proses penyembuhan penyakitnya.

Pasien kelas III di RSUP NTB dapat dinyatakan secara umum berada pada kondisi ekonomi yang kurang mampu. Pada kondisi tersebut bukan berarti pelayanan yang diberikan bersifat kurang atau hanya sebatas standar saja, tetapi mutlak seluruh komponen yang ada dalam RSUP NTB untuk memberikan pelayanan yang berkualitas sangat tinggi. Hak warga untuk diberikan pelayanan, karena pada dasarnya masyarakat telah melakukan pembayaran secara langsung atau tidak langsung melalui berbagai wujud terjadinya aliran kas masuk pada negara atau pemerintah.

Berhubungan dengan hal di atas, salah satu aspek indikator dimensi *responsiveness* adalah perhatian yang sepenuhnya dari manajemen RSUP NTB terhadap pasien tidak mampu. Responden secara umum memberikan penilaian yang sangat baik (rata-rata skor 4,21). Temuan ini memberikan indikasi yang sangat jelas, bahwa manajemen RSUP NTB melalui kebijakan pemerintah telah memberikan perhatian yang maksimal atas keluarga atau pasien tidak mampu untuk mendapatkan haknya berupa pelayanan kesehatan.

Wujud kerja di atas dilakukan juga melalui upaya kerja yang cepat dan tepat dari para dokter untuk melakukan identifikasi atas jenis penyakit pasien. Aspek ini mendapatkan penilaian dengan kriteria sangat baik (rata-rata skor

4,25), artinya pengalaman kerja yang diperoleh selama ini bahwa pasien kelas III rawat inap mendapatkan pelayanan medis yang sangat baik, terkait dengan kerja dokter dalam mengidentifikasi jenis penyakitnya. Kerja yang tidak deskriminatif telah ditunjukkan oleh pihak manajemen RSUP NTB.

Belajar dari pengalaman di rumah sakit lain mengenai komplain yang dilakukan oleh pasien, di mana akhirnya sampai di luar internal manajemen organisasi, maka perlu juga dirumuskan aspek yang terkait dengan pengakuan pihak manajemen RSUP NTB jika ada indikasi kesalahan dalam memberikan pelayanan medis ataupun non medis pada pasien. Aspek ini telah dinilai dengan kriteria baik (rata-rata skor 3,95), dalam arti bahwa manajemen RSUP NTB secara jujur dan tegas akan mengakui kesalahan, jika ternyata terbukti bahwa ada kesalahan dalam memberikan pelayanan pada pasien, terutama terkait dengan kerja kesalahan dalam memberikan perlakuan pelayanan medis.

Aspek terakhir sangat penting untuk dijaga, agar permasalahan manajemen RSUP NTB dengan pasien tidak sampai menjadi permasalahan hukum atau diketahui oleh publik. Penyelesaian dengan upaya perbaikan pelayanan dan komitmen yang tinggi dalam memberikan pelayanan berkualitas perlu ditunjukkan pada pasien. Diharapkan dengan kerja yang demikian, pasien atau masyarakat secara umum juga mempunyai komitmen agar RSUP NTB dapat tumbuh menjadi organisasi publik pemberi pelayanan kesehatan yang handal dan menjadi pilihan utama masyarakat NTB dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.

#### 4. Penilaian Responden atas Dimensi *Assurance* pada Pelayanan Rawat Inap RSUP Provinsi NTB

Dimensi *assurance* mempunyai makna bahwa pelayanan yang diberikan pihak manajemen RSUP NTB yang terapkan pada kerja seluruh karyawan mempunyai jaminan dan kepastian. Berikut penilaian responden atas dimensi *assurance* RSUP NTB.

Tabel 4.9. Kriteria Penilaian Dimensi *Assurance* Pelayanan Rawat Inap Kelas III RSUP NTB Tahun 2011.

No	Dimensi <i>Assurance</i>	Rata-Rata Skor	Persentase Skoring (%)				
			1	2	3	4	5
1.	Dokter melaksanakan pelayanan sesuai yang dijanjikan kepada pasien	4,16	0,00	0,00	19,27	45,87	34,86
2.	Perawat melaksanakan pelayanan sesuai yang dijanjikan kepada pasien	4,09	0,92	0,00	17,43	52,29	29,36
3.	Kemampuan dokter dalam menjawab pertanyaan pasien	4,23	0,92	0,00	12,84	47,71	38,53
4.	Ketepatan dokter melaksanakan jadwal kunjungan ke pasien	4,03	0,92	2,75	17,43	50,46	28,44
5.	Kepercayaan pasien terhadap tindakan medis yang diberikan rumah sakit	4,13	0,92	0,92	16,51	47,71	33,94
6.	Perlakuan adil dokter dan perawat dalam memberikan pelayanan pada setiap pasien	4,21	0,92	0,00	15,60	44,04	39,45
7.	Keamanan terhadap barang-barang milik pasien dan keluarganya	3,83	2,75	6,42	23,85	39,45	27,52
	Rata-rata	4,10	1,05	1,44	17,56	46,79	33,16

Sumber : Lampiran 7 dan 12.

Responden secara umum memberikan penilaian yang baik atas dimensi jaminan dan kepastian pelayanan kesehatan yang diberikan melalui kerja seluruh pihak yang ada di RSUP NTB. Rata-rata skor untuk tujuh aspek yang dijadikan sebagai indikator atau pengukuran dimensi tersebut sebesar 4,10. Fakta ini memberikan informasi bahwa ada jaminan pelayanan, sehingga

pasien dapat mempunyai keyakinan akan mendapatkan pelayanan yang berkualitas dari RSUP NTB.

Penilaian umum tersebut akan lebih jelas berdasarkan uraian pada setiap indikatornya. Dokter dalam pelaksanaan pekerjaan, baik pada kerja pemeriksaan, pengobatan atau kerja medis lainnya mendapatkan penilaian yang baik (rata-rata skor 4,16). Pada rata-rata skor tersebut berada pada interval tepi atas kriteria sangat baik, sehingga dapat ditemukan sebanyak 34,86 persen responden memberikan penilaian sangat baik. Penilaian tersebut diberikan atas dasar kesesuaian antara janji yang diberikan pihak manajemen RSUP NTB dengan kerja yang dilakukan secara aktual oleh tenaga medis dokter.

Tenaga medis lainnya adalah perawat, dapat dinyatakan frekwensi bersentuhannya dengan pasien lebih tinggi dibandingkan dengan dokter. Tenaga perawat di RSUP NTB telah memberikan pelayanan sesuai dengan janji yang diberikan oleh pihak manajemen, tergambar dalam visi dan misi organisasi. Penilaian yang diberikan responden dengan rata-rata skor 4,09, berada pada kriteria baik, tetapi intensitasnya lebih rendah dibandingkan dengan penilaian atas pelayanan yang diberikan dokter.

Para perawat seyogyanya belajar dari kerja yang dijalankan oleh para dokter, bahkan harus menjalankan tugasnya dengan intensitas yang lebih tinggi. Seluruh arahan kerja yang diberikan dokter dan kerja yang ada dalam tupoksinya harus diupayakan untuk optimal dalam aktualisasi kerjanya.

Dokter bukan saja memberikan pelayanan berupa perawatan medis, tetapi perlu juga memberikan dukungan dengan cara memberikan jawaban atas pertanyaan yang diberikan oleh pasien (pasien atau keluarga). Aspek ini dijalankan dengan sangat baik (rata-rata skor 4,23) oleh para dokter, dalam makna komunikasi yang berjalan antara pasien dan dokter berjalan sesuai dengan harapan pasien.

Dalam terapan pelaksanaan pekerjaan, diharapkan para dokter tidak hanya menjalankan pekerjaan sebagai tenaga medis, tetapi perlu menjalin keharmonisan hubungan dengan pasien. Aspek penting lainnya adalah pihak manajemen perlu melakukan pengaturan kerja yang dijalankan oleh dokter, sehingga dalam aplikasi kerja para dokter dapat melakukan kunjungan pada dokter tepat waktu, termasuk juga pada hari libur. Hal ini perlu diupayakan agar para pasien tidak terkesan hanya datang tidur di RSUP NTB, tetapi sepanjang waktu keberadaannya harus mendapatkan pelayanan medis.

Kerja medis, hubungan yang harmonis dan tepat waktu dalam kerja dokter merupakan aspek jaminan pelayanan kesehatan yang diberikan RSUP NTB pada para pasien di pelayanan rawat inap kelas III. Hal penting yang diharapkan muncul sebagai jaminan adalah munculnya kepercayaan pasien atas tindakan medis yang diberikan oleh dokter RSUP NTB. Temuan atas aspek ini tergolong pada taraf yang baik (rata-rata skor 4,13).

Kepercayaan atas tindakan medis tersebut sangat penting, karena merupakan jaminan kerja tenaga medis. Selama ini, kerja tersebut telah mendapatkan penilaian yang baik. Aspek penting lainnya adalah perlakuan

adil dari dokter, baik di internal rawat inap kelas III atau dengan rawat inap kelas lainnya. Responden secara umum memberikan penilaian yang tergolong sangat baik atau sangat adil (rata-rata skor 4,21) oleh dokter dalam memberikan perawatan.

Aspek terakhir sebagai dimensi jaminan adalah keamanan asset yang dimiliki pasien. Pihak manajemen RSUP NTB melalui kerja tenaga keamanannya (satpam) harus memberikan jaminan bahwa keamanan harta pasien terjamin. Hal ini dapat dilakukan dengan melakukan kontrol yang optimal atas adanya pihak-pihak yang tidak berkepentingan masuk di areal RSUP NTB.

Responden memberikan penilaian bahwa keamanan asset yang dimiliki selama ini terjamin dengan baik (rata-rata skor 3,83). Fakta perbaikan sangat perlu diperbaiki, karena masih terdapat sebanyak 2,75 persen responden memberikan penilaian keamanan di RSUP NTB sangat tidak terjamin dan 6,42 persen lainnya memberikan penilaian keamanan tidak terjamin. Akumulasi dua kriteria ini menunjukkan kerja yang diberikan tenaga pengamanan masih sangat minim. Sesuai dengan uraian sebelumnya, bahwa diharapkan tidak terjadi penilaian pada kriteria ini, karena dikhawatirkan akan memberikan komplain melalui media publik.

Berdasarkan uraian setiap indikator dimensi *assurance* atas pelayanan yang diberikan RSUP NTB, diperoleh rata-rata skor sebesar 4,10. Rata-rata skor tersebut memberikan makna bahwa penilaian responden secara umum tergolong baik. Penilaian umum tersebut dengan tetap memberikan perhatian

atas aspek-aspek yang masih mendapatkan penilaian dengan kriteria tidak baik atau sangat tidak baik, terutama pada aspek pelayanan keamanan asset yang dimiliki pasien dan keluarga selama mendapatkan pelayanan rawat inap kelas III di RSUP NTB.

#### 5. Penilaian Responden atas Dimensi *Empathy* pada Pelayanan Rawat Inap RSUP Provinsi NTB

Dimensi *emphaty* mempunyai makna bahwa pihak manajemen RSUP NTB melalui kerja seluruh karyawan, baik medis ataupun non medis dalam memahami dan berkeinginan sekuat tenaga untuk melakukan perubahan sejalan dengan harapan dan keinginan pasien. Dalam penelitian ini diindikasikan dengan tujuh aspek, berikut ditampilkan penilaian responden atas indikator tersebut.

Tabel 4.10. Kriteria Penilaian Dimensi *Empathy* Pelayanan Rawat Inap Kelas III RSUP NTB Tahun 2011.

No	Dimensi <i>Assurance</i>	Rata-Rata Skor	Persentase Skoring (%)				
			1	2	3	4	5
1.	Setiap dokter memberikan waktu yang cukup kepada pasien untuk berkonsultasi.	4,03	2,75	0,92	21,10	41,28	33,94
2.	Setiap perawat memberikan waktu yang cukup kepada pasien untuk berkonsultasi	4,20	0,92	1,83	11,01	48,62	37,61
3.	Setiap dokter mampu memberikan pelayanan sesuai harapan pasien.	4,10	0,00	1,83	16,51	51,38	30,28
4.	Setiap perawat mampu memberikan pelayanan sesuai harapan pasien.	4,07	0,00	2,75	17,43	49,54	30,28
5.	Petugas rumah sakit memahami secara teliti setiap kebutuhan pribadi pasien.	3,72	1,83	2,75	35,78	40,37	19,27
6.	Petugas rumah sakit memberi perhatian secara penuh kepada setiap pasien.	3,97	0,92	2,75	22,94	44,95	28,44

7.	Kedekatan hubungan antara petugas rumah sakit dengan pasien	4,01	0,92	1,83	23,85	42,20	31,19
	Rata-rata	4,02	1,05	2,10	21,23	45,48	30,14

Sumber : Lampiran 8 dan 12.

Penilaian umum yang diberikan responden atas dimensi *emphaty* berada pada kriteria baik (rata-rata skor 4,02). Penilaian ini mempunyai makna bahwa pasien mempunyai kepercayaan bahwa seluruh kerja yang ada di RSUP NTB mengalami perubahan dalam rangka upaya secara sadar dalam meningkatkan kualitas pelayanan pada masyarakat. Dimensi ini menjadi sangat penting untuk diwujudkan dengan sangat baik, karena akan berimplikasi pada perubahan kualitas kerja dan perubahan pengambilan keputusan manajemen untuk memenuhi harapan pasien dengan lebih baik.

Penilaian di atas berdasarkan rata-rata skor penilaian atas tujuh aspek dimensi *emphaty*. Aspek pertama berupa upaya dari perawat, dokter dan petugas lain dapat menyiapkan diri menyerap informasi, keluhan atau keluhan kesah dari pasien, dengan cara menyediakan waktu yang cukup untuk mendengar atau berkomunikasi dengan pasien. Aspek ini mendapatkan penilaian dengan kriteria baik (rata-rata skor 4,03), dalam makna bahwa pasien tidak perlu meminta informasi, tetapi para perawat, dokter dan petugas lainnya aktif memberikan informasi, dan membina komunikasi dengan pasien. Hal ini sangat penting sebagai wujud bahwa para perawat, dokter dan petugas lainnya mempunyai perhatian pada pasien, peduli secara humanis, maka secara otomatis ada kebesaran hati pasien bahwa penanganan yang diberikan para *care-giver* tersebut akan bersifat maksimal.

Implikasi dari adanya upaya untuk mendengar pasien dalam konsultasi sangat luas, bahwa pasien mempunyai kesadaran dianggap sebagai bagian dari rumah sakit untuk dilayani dengan maksimal. Aspek tersebut juga dibutuhkan pada perawat, terlebih perawat lebih banyak dalam memberikan pelayanan pada pasien. Sifat egois, tidak bersahabat dan sejenisnya harus dihindari dalam pelaksanaan kerja perawat. Adapun fakta yang ditemukan pada perawat di RSUP NTB, telah melakukan hubungan dengan sangat baik dengan pasien.

Konsultasi sangat dibutuhkan oleh pasien sebagai dukungan mental selama proses perawatan di RSUP NTB. Hal tersebut juga dilakukan dengan kerja para dokter untuk menggali dan mempelajari secara terus menerus atas keinginan atau harapan para pasien atas bagaimana pelayanan medis diberikan. Dalam hal ini kerja dokter di RSUP NTB pada perawata rawat inap kelas III telah tergolong baik (rata-rata penilaian responden sebesar 4,07).

Kerja dokter sebagai bagian tim dari manajemen RSUP NTB sangat perlu dicontoh oleh kerja fungsi lain. Hal ini dilihat dari rata-rata skor penilaian yang diberikan untuk personal lain (selain dokter dan perawat) sebesar 3,72, walaupun masih berada pada kriteria baik, tetapi intensitasnya lebih rendah dari penilaian atas kerja yang ditunjukkan oleh dokter dalam memahami pasien. Hal ini dipertegasakan atas aspek upaya yang dijalankan dalam memberikan perhatian pada pasien juga mendapatkan penilaian dengan rata-rata skor 3,97.

Perhatian maksimal dari kerja yang dijalankan oleh seluruh petugas, baik berhubungan secara langsung atau tidak langsung dalam memberikan

pelayanan pada pasien tergolong baik (rata-rata skor 4,01). Penilaian tersebut dimaknakan dengan aspek kedekatan hubungan antara petugas RSUP NTB dengan pasien rawat inap kelas III. Kedekatan hubungan yang dibina dengan kerja sadar oleh seluruh petugas dijadikan sebagai dasar penciptaan budaya kerja, bahkan dalam taraf yang lebih tinggi menjadi budaya organisasi. Dapat diupayakan untuk menjadi nilai anutan semua pihak yang ada di RSUP NTB dalam bekerja, sehingga perubahan yang dijalankan pada dasarnya untuk meningkatkan kualitas pelayanan pada pasien dan semua pihak yang membutuhkan pelayanan atau outputnya.

#### **6. Deskripsi Penilaian Kepuasan Pasien Rawat Inap III RSUP NTB**

Penilaian kepuasan pasien rawat inap kelas III RSUP NTB dilakukan dengan penilaian secara langsung pada pasien, di mana pasien langsung memberikan pernyataan pada kriteria kepuasan dari kriteria sangat puas sampai tidak puas. Konsep penilaian ini mempunyai makna bahwa perlakuan atas variabel kepuasan sebagai *observed variable*.

Dalam rangka menyamakan persepsi dengan responden, maka sebelum diberikan kesempatan menjawab, maka ada penjelasan yang dimaksud dengan kepuasan. Kepuasan bukan sebagai suatu yang mengambang, tetapi sebagai kesesuaian antara harapan dan kinerja aktual pihak RSUP NTB. Harapan tersebut tentu disesuaikan dengan kontribusi yang diberikan pada RSUP NTB, artinya sadar bahwa pilihannya adalah rawat inap kelas III, bukan kelas VIP. Artinya harapan sejalan atau ekuivalen dengan makna pelayanan rawat inap kelas III.

Berdasarkan konsep pemaknaan di atas, diperoleh penilaian dari responden bahwa rata-rata skor sebesar 4,07 atau taraf kepuasan yang tergolong tinggi. Kondisi umum yang terjadi adalah terjadi kesesuaian antara harapan pasien dengan kinerja yang ditunjukkan oleh manajemen RSUP NTB. Dalam rangka lebih jelasnya penilaian kepuasan pasien perlu diberikan persentasenya pada setiap kriteria.

Tabel 4.11. Kriteria Kepuasan Pasien Rawat Inap Kelas III RSUP NTB Tahun 2011.

No.	Kriteria	Jumlah (Orang)	Persentase (%)
1	Sangat tidak puas	1	0,92
2	Tidak puas	3	2,75
3	Cukup puas	18	16,51
4	Puas	52	47,71
5	Sangat puas	35	32,11
Total		109	100,00

Sumber : Lampiran 9 dan 12.

Kriteria sangat puas atas kepuasan pasien rawat inap kelas III RSUP NTB terjadi pada 32,11 persen responden dan kriteria puas terjadi pada 47,71 persen. Dua kriteria ini memberikan pemaknaan bahwa 47,71 persen responden mempunyai kesesuaian antara harapan dan kinerja aktual, sedangkan pada 32,11 persen responden menyatakan bahwa kinerja RSUP NTB lebih tinggi dari harapannya.

Dua kriteria di atas, jika diakumulasi sebesar 79,82 persen berada pada kriteria kepuasan yang diharapkan untuk diciptakan oleh pihak manajemen RSUP NTB. Adapun sisanya sebanyak 20,18 persen berada pada sebaran tiga kriteria, yaitu cukup puas sampai sangat tidak puas. Tiga kriteria tersebut perlu menjadi dasar untuk melakukan evaluasi atas kinerja pemberian

pelayanan oleh seluruh pihak yang ada di RSUP NTB, khususnya dalam kerja pelayanan rawat inap kelas III.

Perhatian dalam penciptaan kepuasan pasien dilakukan melalui pengelolaan lima dimensi pelayanan, yaitu dimensi *tangible*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance* dan *emphaty*. Dasar dalam pengelolaan menggunakan pendekatan statistik dengan menemukan dimensi pelayanan yang berpengaruh signifikan secara parsial.

## **E. Analisis Data-Model Regresi**

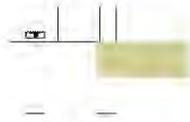
### **1. Uji Asumsi Klasik**

Dalam rangka memberikan jaminan bahwa model yang akan dihasilkan tidak menyesatkan dalam pembuktian hipotesis dan pengambilan keputusan, maka perlu dilakukan uji asumsi klasik. Model yang dihasilkan harus memenuhi syarat normalitas atas residual, tidak terjadi multikolinearity, tidak terjadi autokorelasi dan tidak terjadi heteroskedastisity. Berikut kondisi dari empat asumsi tersebut atas persamaan kepuasan pasien rawat inap kelas III RSUP NTB.

#### **1.1. Uji Normalitas**

Uji normalitas dilakukan untuk memberikan jaminan bahwa residual yang dihasilkan berdistribusi normal. Asumsi ini sangat penting karena berimplikasi pada dapat atau tidaknya penggunaan analisis statistik parameterik, salah satunya analisis regresi. Pengujian yang digunakan adalah histogram residual (kerja dalam program SPSS 12 ), dihasilkan sebagai berikut.

Gambar 4.1. Histogram Residual Model Kepuasan Pasien Rawat Inap Kelas III RSUP NTB.



Seluruh histogram atau diagram batang residual yang dihasilkan dalam model berada dalam distribusi normal. Hasil tersebut menunjukkan bahwa model yang dihasilkan memenuhi asumsi normalitas, sehingga penggunaan analisis regresi dalam penelitian ini tergolong tepat.

### 1.2. Uji Multikolinearity

Uji multikolinearitas digunakan untuk memberikan jaminan bahwa variabel bebas dalam model mempunyai hubungan yang lemah satu sama lain atau terpenuhinya kriteria variabel bebas harus bebas satu sama lain. Asumsi ini sangat penting, karena akan menentukan efisiensi atas parameter yang dihasilkan, tercermin pada nilai standar error pada setiap parameter kecil.

Model yang terhindar dari gejala multikolinearitas akan menghasilkan nilai parameter yang sebenarnya, sehingga tidak menyesatkan sebagai

dasar pengambilan keputusan. Pengujian multikolinearitas dalam penelitian ini dengan menggunakan uji VIF, diperoleh hasil pengujian sebagai berikut.

Tabel 4.11. Nilai VIF pada Model Kepuasan Pasien Rawat Inap Kelas III RSUP NTB.

Model		Collinearity Statistics	
		Tolerance	VIF
1	(Constant)		
	Tg	,622	1,607
	Rl	,473	2,112
	Rs	,357	2,798
	As	,296	3,379
	Ep	,459	2,180

Nilai VIF yang disyaratkan adalah lebih kecil dari 10 (VIF), sedangkan hasil perhitungan nilai VIF untuk setiap variabel bebas (dimensi pelayanan) lebih kecil dari 10, sehingga dapat diberikan kriteria hasil pengujian bahwa tidak terjadi hubungan yang kuat antar variabel bebas atau antar dimensi pelayanan rawat inap kelas III RSUP NTB. Hasil pengujian ini memberikan pembuktian bahwa parameter yang dihasilkan dalam model merupakan nilai yang sebenarnya atau mempunyai efisiensi yang tinggi sebagai dasar estimator ataupun pengambilan keputusan.

### 1.3. Uji Autkorelasi

Pengujian dengan menggunakan uji Durbin Watson (Dw test), dilakukan dengan membandingkan nilai Dw hitung dengan Dw tabel (nilai  $d_l$ ,  $d_u$ ;  $4-d_l$  dan  $4-d_u$ ). Kriteria  $H_0$  diterima (tidak terjadi hubungan antara

residual responden yang berdekatan;  $e_i \neq e_j$ ). Nilai Dw hitung diperoleh sebagai berikut.

Tabel 4.12. Nilai Dw hitung

**Model Summary(b)**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Durbin-Watson
1	,658(a)	,433	,405	2,190

a Predictors: (Constant), Ep, Tg, RI, Rs, As

b Dependent Variable: Y

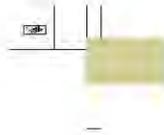
Nilai Dw hitung yang diperoleh sebesar 2,190, sedangkan nilai  $d_l = 1,571$ ;  $d_u = 1,780$ ;  $(4-d_l) = 2,429$  dan  $(4-d_u) = 2,220$ . Nilai Dw hitung berada pada interval nilai  $d_u$  dan  $(4-d_u)$ , sebagai interval kriteria  $H_0$  diterima. Kriteria  $H_0$  diterima pada pengujian ini mempunyai makna tidak terjadi hubungan antara variabel residual responden yang berdekatan. Hasil pengujian ini memperkuat kriteria efisiensi model atau persamaan yang dihasilkan.

#### 1.4. Uji Heteroskedastisity

Pengujian ini mengharapkan agar populasi diperoleh dari bersifat homogen guna memberikan jaminan konsistensi atas model yang dihasilkan. Pengujian dengan menggunakan plot atau keterpencaran nilai residual dengan Y prediksi. Model dinyatakan terkena gejala heteroskedastisity, jika plot residual (e) dengan Y prediksi membentuk parabola yang memberikan gambaran adanya hubungan antara dua variabel tersebut.

Plot yang mempunyai keterpencaran tidak beraturan dan berada pada kuadran di atas dan di bawah titik nol (titik origin), maka dapat disimpulkan bahwa model diperoleh dari populasi yang homogen. Plot residual dan Y prediksi yang dihasilkan sebagai berikut.

Gambar 4.2. Plot Residual ( $e$ ) dan Y Prediksi pada Model Kepuasan Pasien Rawat Inap Kelas III RSUP NTB



Plot yang dihasilkan berada pada kuadran di atas dan di bawah titik nol, sehingga simpulan yang diberikan adalah model tidak terkena gejala heteroskedasisty. Model yang dihasilkan mempunyai jaminan konsistensi, dengan implemmentasi tidak cepat mengalami perubahan dengan adanya perubahan jumlah data observasi.

## 2. Model Kepuasan Pasien Rawat Inap Kelas III RSUP NTB

Asumsi klasik pada model kepuasan pasien rawat inap kelas III RSUP NTB telah dilakukan, memberikan hasil bahwa model tidak terkena gejala yang

ditetapkan. Ada jaminan bahwa model yang dihasilkan bersifat BLUE (*best linear unbiased estimation*). Model yang demikian tidak akan menyesatkan sebagai alat pengambilan keputusan. Model yang dihasilkan dapat diambil dari *printout regression* berikut.

Tabel 4.13. Koefisien pada Model Kepuasan Pasien Rawat Inap Kelas III RSUP NTB

**Coefficients(a)**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-,598	,565		-1,059	,292
	Tg	,325	,160	,191	2,028	,045
	Rl	,270	,176	,166	1,535	,128
	Rs	,102	,167	,076	,615	,540
	As	,105	,192	,074	,545	,587
	Ep	,372	,140	,290	2,648	,009

a. Dependent Variable: Y

Berdasarkan informasi di atas, model atau persamaan yang dihasilkan adalah :

$$Y = -0,598 + 0,325Tg + 0,270Rl + 0,102Rs + 0,105As + 0,372Ep$$

Keterangan :

- Y = Kepuasan pasien
- Tg = X<sub>1</sub> = Dimensi *tangible*
- Rl = X<sub>2</sub> = Dimensi *reliability*
- Rs = X<sub>3</sub> = Dimensi *responsiveness*
- As = X<sub>4</sub> = Dimensi *assurance*
- Ep = X<sub>5</sub> = Dimensi *emphaty*

Model di atas dibentuk dari input data pada Lampiran 13, guna menyetarakan input data digunakan nilai rata-rata pada setiap variabel (total skor pada setiap dimensi dibagi dengan jumlah indikator).

Model atau persamaan yang dihasilkan dilihat dari tanda koefisien regresinya memberikan pembuktian bahwa pengelolaan yang semakin baik pada setiap dimensi pelayanan akan menghasilkan kepuasan pasien rawat inap kelas III RSUP NTB yang lebih tinggi.

Model ini memenuhi uji teori dan fakta, karena tidak mungkin semakin baik dimensi pelayanan akan berdampak pada penurunan kepuasan pasien.

### 3. Uji Signifikansi

Uji signifikansi dilakukan untuk memperoleh informasi dimensi pelayanan berpengaruh nyata atau tidak atas kepuasan pasien rawat inap kelas III di RSUP NTB. Makna berpengaruh nyata atau signifikan adalah adanya perubahan sedikit saja pada dimensi terkait akan dapat memberikan perubahan yang nyata atas kepuasan pasien. Dengan kata lain, turun naiknya eksistensi dimensi pelayanan terkait akan menyebabkan terjadinya perubahan tingkat kepuasan yang jelas dirasakan oleh masyarakat pada rawat inap kelas III di RSUP NTB. Uji signifikansi ini terdiri atas uji signifikansi parsial dan serentak.

#### 3.1. Uji Signifikansi Parsial

Uji signifikansi parsial dengan menggunakan uji t, dilakukan dengan memperhatikan nilai t hitung atau alpha signifikansi yang dihasilkan. Disyaratkan nilai t hitung lebih besar dari t tabel ( $t_h > t_{\text{tabel}}$ ) atau nilai alpha signifikansi lebih kecil dari alpha pengujian yang digunakan. Pada Tabel 4.13 diinformasikan nilai t hitung dan alpha signifikansi.

Kriteria pengujiannya sebagai berikut.

Tabel 4.14. Kriteria Uji Signifikansi Parsial

No.	Variabel	Alpha Signifikansi	Alpha pengujian	Kriteria
1.	Dimensi <i>tangible</i>	0,045	0,05	H <sub>a</sub> diterima
2.	Dimensi <i>reliability</i>	0,128	0,05	H <sub>0</sub> diterima
3.	Dimensi <i>responsiveness</i>	0,540	0,05	H <sub>0</sub> diterima
4.	Dimensi <i>assurance</i>	0,587	0,05	H <sub>0</sub> diterima
5.	Dimensi <i>emphaty</i>	0,009	0,05	H <sub>a</sub> diterima

Sumber : Lampiran 14.

Keterangan : Dapat juga diperhatikan nilai t hitung, bandingkan dengan t tabel (1,960).

Hasil uji signifikansi parsial diatas didapatkan bahwa nilai alpha signifikansi lebih kecil dari pada alpha pengujian yaitu untuk dimensi *tangible* ( $0,045 < 0,05$ ) sehingga H<sub>a</sub> diterima dan dimensi *emphaty* ( $0,009 < 0,05$ ) sehingga H<sub>a</sub> juga diterima. Kriteria pengujian di atas diperoleh kriteria H<sub>a</sub> diterima hanya pada dua variabel, yaitu dimensi *tangible* dan dimensi *emphaty*. Kriteria H<sub>a</sub> diterima menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan secara parsial dari dimensi *tangible* dan dimensi *emphaty* terhadap kepuasan pasien rawat inap kelas III RSUP NTB. Adapun dimensi lainnya (*reliability*, *responsiveness* dan *assurance*) mempunyai kriteria H<sub>0</sub> diterima, berarti tidak terdapat pengaruh yang signifikan secara parsial dari dimensi *reliability*, *responsiveness* dan *assurance* terhadap kepuasan pasien rawat inap kelas III RSUP NTB.

### 3.2. Uji Signifikansi Serentak

Uji signifikansi serentak dilakukan dengan uji F, aspek yang diperhatikan nilai F hitung dengan membandingkannya terhadap nilai F tabel atau dengan menggunakan alpha signifikansi dengan

membandingkannya dengan alpha pengujian (0,05). Nilai F hitung dan alpha signifikansi yang dihasilkan sebagai berikut.

Tabel 4.15. Anova Model Kepuasan Pasien Rawat Inap Kelas III di RSUP NTB

ANOVA(b)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	31,780	5	6,356	15,725	,000(a)
	Residual	41,633	103	,404		
	Total	73,413	108			

a Predictors: (Constant), Ep, Tg, Rl, Rs, As

b Dependent Variable: Y

Nilai F hitung yang dihasilkan sebesar 15,725, sedangkan nilai F tabel sebesar 4,41, nilai F hitung lebih besar dari F tabel, sehingga kriteria yang diterima adalah  $H_a$  diterima. Artinya terdapat pengaruh yang signifikan secara serentak dari variabel dimensi *tangible*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance* dan *emphaty* terhadap kepuasan pasien rawat inap kelas III RSUP NTB. Temuan ini mempunyai makna bahwa perubahan secara bersama-sama atas lima dimensi pelayanan rawat inap kelas III RSUP NTB akan dapat meningkatkan kepuasan pasiennya.

#### 4. Koefisien Determinasi Simultan ( $R^2$ )

Nilai  $R^2$  memberikan informasi variasi naik turunnya tingkat kepuasan pasien rawat inap kelas III RSUP NTB sebagai akibat perubahan pengelolaan lima dimensi pelayanan (*tangible*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance* dan *emphaty*). Nilai  $R^2$  dapat dilihat pada Tabel 4.12, di mana RSUP NTB square ( $R^2$ ) sebesar 0,433. Makna dari nilai adalah 43,30 persen perubahan atau naik turunnya tingkat kepuasan pasien rawat inap kelas III RSUP NTB disebabkan

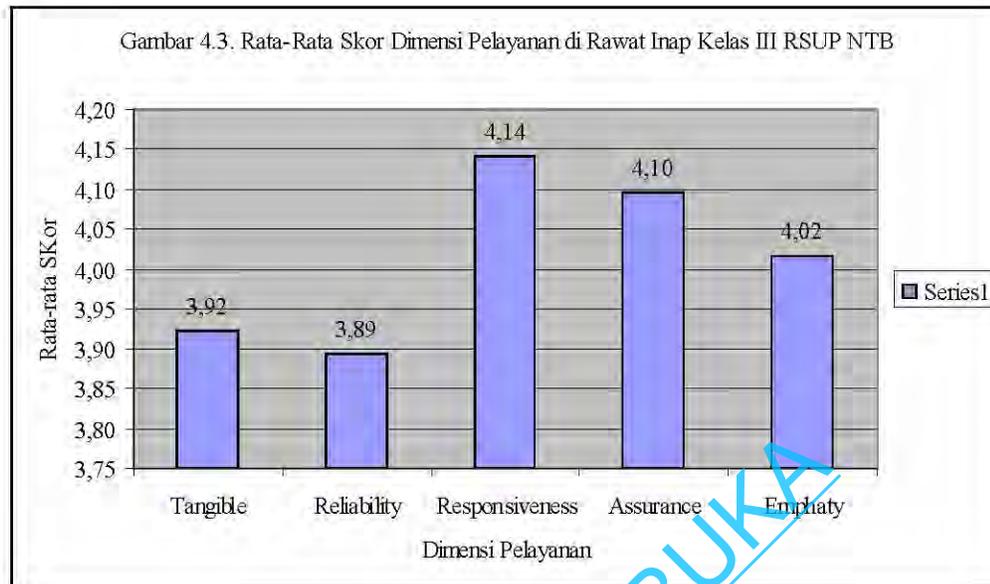
oleh perubahan pelayanan pada lima dimensi tersebut. Tingkat pengaruh yang diberikan tidak bersifat kuat, tetapi tergolong cukup kuat mengingat banyaknya faktor internal organisasi RSUP NTB, kondisi internal pasien dan kondisi regional NTB.

Faktor berpengaruh atas kepuasan pasien yang tidak dianalisis dalam penelitian ini berupa aspek biaya, kondisi ekonomi (pendapatan) pasien, kondisi sosial dan lainnya. Berhubungan dengan itu, perhatian atas lima dimensi pelayanan pada rawat inap kelas III di RSUP NTB mutlak untuk dilakukan, dengan arah perbaikan kualitas, karena seluruhnya memberikan pengaruh yang signifikan, terutama pengelolaan pada dua aspek yang berpengaruh signifikan, yaitu dimensi *tangible* dan *emphaty*.

## **F. Pembahasan**

### **1. Bahasan Hasil Uji Signifikansi Serentak (Simultan).**

Kajian ini hanya memberikan penegasan atas temuan dan hasil kajian yang lebih fokus atas permasalahan yang telah dirumuskan. Pelayanan pada pasien rawat inap kelas III di RSUP NTB seluruhnya tergolong berkualitas. Hal ini berdasarkan rata-rata dari skor rata-rata pada setiap dimensi pelayanan, sesuai dengan histogram berikut.



Seluruh dimensi pelayanan rawat inap kelas III di RSUP NTB mendapatkan penilaian dengan kriteria baik dari responden. Hal ini memberikan pembuktian bahwa kualitas pelayanan tergolong baik, sehingga kerja seluruh karyawan di RSUP NTB tergolong baik. Pencapaian pada kriteria baik ini bukan sebagai akhir atau hasil maksimal, tetapi perlu dilakukan perbaikan yang terus menerus sesuai dengan kebutuhan dan harapan pasien.

Sejalan dengan kesadaran atas hak, peningkatan kualitas ekonomi dan pendidikan, maka harapan dari pasien pada rawat inap kelas III di RSUP NTB dapat juga meningkat. Konteks ini sejalan dengan visi RSUP NTB untuk memberikan pelayanan yang prima, berarti selalu maksimal pada setiap waktu sejalan dengan perubahan kondisi internal dan eksternal organisasi, terutama kebutuhan pasien atas pelayanan kesehatan. Pelayanan ini bukan hanya berhubungan dengan teknis medis, tetapi juga non medis, bahkan sifatnya

sangat mendasar, seperti keamanan, kenyamanan dan ketenangan di dalam areal atau wilayah RSUP NTB.

Hasil penilaian atas kepuasan pasien pada periode 2011 atas pelayanan di rawat inap kelas III di RSUP NTB tergolong memuaskan (rata-rata skor 4,07). Kondisi umum yang ada adalah apa yang diharapkan oleh pasien terpenuhi dengan memadai atau bersesuaian dengan kinerja organisasi yang terwujud dalam kerja seluruh karyawan yang ada, baik sifatnya bersentuhan langsung dengan pasien ataupun tidak langsung.

## 2. Bahasan Hasil Uji Signifikansi Parsial

Secara spesifik dengan menggunakan pendekatan statistik, yaitu analisis regresi ditemukan ternyata hanya dimensi *tangible* dan dimensi *emphaty* yang berpengaruh signifikan secara parsial atas kepuasan pasien rawat inap kelas III di RSUP NTB. Temuan ini memberikan indikasi bahwa kondisi berwujud yang nyaman dan aman serta perlakuan yang baik dalam makna kesadaran dan ketulusan dari organisasi dengan kerja dokter, perawat dan karyawan lainnya untuk selalu mengikuti atau melakukan perubahan sejalan dengan kebutuhan pasien yang memberikan perubahan bermakna atas kepuasan pasien.

Pasien rawat inap kelas III di RSUP NTB diketahui secara umum berasal dari keluarga tidak mampu dan dalam terapan sistem pembiayaan juga menggunakan sistem subsidi (kelas III tersubsidi dari kelas lain). Pada kondisi yang demikian, perlakuan dengan empati dari seluruh personal yang ada di RSUP NTB telah mampu menggerakkan kepuasannya dengan nyata. Dimensi

pelayanan lainnya adalah adanya kondisi yang nyaman dan menyenangkan selama ada di ruang rawat inap kelas III RSUP NTB.

Berhubungan dengan temuan di atas, maka dimensi *emphaty* dan perbaikan dimensi berwujud yang menjadi utama untuk diperhatikan oleh pihak RSUP NTB pada pelayanan rawat inap kelas III. Kerja yang utama pada bagian RSUP NTB adalah bagian kebersihan, bagian keamanan dapat dinyatakan menjadi yang utama. Tentu juga dukungan peralatan kerja yang lengkap dan sesuai dengan perkembangan menjadi aspek yang penting untuk diperhatikan.

Dalam jangka pendek perbaikan dengan segera dilakukan dengan cara optimalisasi kerja *cleaning service* dan bagian keamanan. Aspek yang menjadi utama, karena rendah investasi, sementara kelengkapan peralatan kerja dan lainnya membutuhkan investasi yang sangat tergantung pada alokasi dana dari pemerintah daerah.

Sesuai dengan informasi dari Kepala Bidang Keperawatan, seluruh kerja yang ada di RSUP NTB mempunyai SOP tersendiri, walaupun kerja bagian *cleaning service* juga mendapatkan pelatihan dari organisasi. Hal ini menunjukkan kesadaran penuh dari organisasi untuk memberikan pelayanan yang berkualitas. Konteks ini sangat jelas, sesuai dengan visi yang dibangun RSUP NTB, yaitu memberikan pelayanan yang prima. Seluruh pihak harus bekerja dengan sepenuh hati dengan menggali potensi diri dan mengarahkannya agar selalu sesuai dengan keinginan dan kebutuhan pasien.

Dalam penelitian ini, lima dimensi pelayanan yang dikelola oleh pihak manajemen RSUP NTB memberikan variasi sebesar 43,30 persen terhadap

kepuasan pasien. Artinya terdapat pengaruh dari faktor lain sebesar 56,70 persen, selanjutnya peran pihak manajemen untuk melakukan penggalan faktor tersebut. Temuan ini bukan berarti lima dimensi pelayanan tidak perlu dikelola, bahkan sebaliknya, karena variasi sebesar 43,30 persen dari permasalahan yang kompleks atas pembentuk kepuasan pasien menjadi dasar yang kuat untuk mewujudkan kepuasannya. Terlebih dalam penelitian hanya ada dua dimensi yang menjadi perhatian utama, yaitu dimensi berwujud (*tangible*) dan *emphaty*.

Lebih khusus dimensi empati secara kuat mempengaruhi tingkat kepuasan pasien. Sikap perawat yang perhatian, peduli dan membangun komunikasi aktif terapeutik dengan pasien dan keluarga menjadi unsur empati yang mendapat apresiasi positif oleh pasien dan keluarga selama rawat inap di kelas III di RSUP NTB.

#### **G. Upaya Manajemen RSUP NTB dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan**

Upaya dalam makna usaha atau *effort* telah bersifat tindakan langsung (*action*) dari pihak manajemen yang tercermin dari kerja pada setiap fungsi dalam meningkatkan kualitas pelayanan rawat inap kelas III RSUP NTB. Walaupun demikian, wawancara tetap dilakukan dalam ranah unsur pimpinan dan pada level manajemen yang lebih rendah, sehingga lebih jelas upaya yang ditempuh dalam meningkatkan kualitas pelayanan tersebut.

Wawancara dilakukan dengan Kepala Bidang Keperawatan RSUP NTB (SRT.; 50 tahun, pendidikan S2) memberikan informasi mengenai pelayanan pada rawat inap kelas III, sebagai berikut :

“Pelayanan rawat inap di kelas III melayani peserta Jamkesmas, Jamkesda, Bansos (Kab/Kota) dan Jampersal. Tarif mereka sesuai tarif pusat sehingga lebih tinggi dari pada tarif RSUP NTB sendiri..... Kalau melihat ini saja maka pelayanan harus bagus..... Untuk menciptakan pelayanan yang berkualitas kami rutin mengevaluasi Mutu Layanan Publik namanya di RSUP NTB, kemudian kuesioner layanan publik dengan sasaran keluarga atau pasien di lakukan setiap 3 bulan.... Melalui SMS center ke Nomor HP Direktur dan Wadir Pelayanan tembusan ke nomor SMS Pengaduan Gubernur NTB..... Melalui Buku Kesan Pesan dan Kotak Saran....Di kelas III tidak banyak komplain. Bila ada komplain pasien atau keluarganya biasanya ada orang ke tiga seperti LSM, Pengacara yang menyamar ke RS mencari klien..... Masalah yang diangkat seperti; masalah jadwal operasi, obat-obatan yang tidak lengkap karena di Jamkesmas ada (standar obatnya), dan alat habis pakai (Pen, dll).... Untuk keluhan langsung, segera diselesaikan secara berjenjang; mulai dari Karu, Koordinator rawat inap, Kepala Instalasi rawat inap berkoordinasi dengan Kepala Bidang Keperawatan. Apabila masalah tidak selesai diserahkan ke Wadir Pelayanan. Diselesaikan antar Wadir. Untuk pengaduan tentang SDM pengaturannya sudah memasuki MPKP. Ketua shift yang bertanggung jawab. Apa bila ada masalah lapor ke Karu. Untuk membina perawat tidak lagi bersikap judes, cerewet kami bekerja sama dengan pihak luar (Salon Fuji, melatih tata cara berbusana, cara duduk, berkomunikasi, dll ) yang terus menerus, sebagai penyegaran. Karena kadang masih ada perawat yang sakit gigi, terutama bagaimana komunikasi. Ada saja pasien Jamkesmas menuntut lebih tinggi. Perawat diharapkan dapat menerapkan komunikasi terapeutik, interpersonal dan komunikasi yang terbuka. Berhubungan dengan kebersihan, kami kelola sendiri dan dibantu cleaning service, sehingga RS sebagai pihak ketiga. Upaya terencana lain yaitu rapat ruangan setiap bulan secara bergilir, pre dan post conferens (Karu, Perawat jaga, coas, mahasiswa praktek, bidang pelayanan keperawatan dan untuk sore hari dilakukan oleh Supervisor )”. Wawancara dilakukan pada hari Rabu, tanggal 12 Juni 2012. Jam 12.17 Wita.

Informasi yang diberikan Kepala Bidang Keperawatan RSUP NTB bersifat teknis, spesifik dan tajam mengenai upaya didalam meningkatkan kualitas pelayanan di rawat inap kelas III. Sadar atas implikasi dalam kerja tim kesehatan dan keperawatan, maka penjaminan kualitas pelayanan menjadi *issuse* pokok untuk selalu menjadi konsentrasi kolektif kegiatan pelaksana layanan keperawatan rawat inap kelas III. Komplain yang dilakukan oleh pasien atau keluarganya terhadap layanan yang diberikan ditanggapi secara langsung, berjenjang dan tuntas oleh pihak manajemen terkait, apakah sudah atau belumnya masalah tersebut

diatasi sesuai aturan atau ketentuan yang ada. Kualitas personal dan interpersonal perawat terus dibina agar mampu memberikan pelayanan yang prima. Untuk mendapatkan informasi secara operasional lainnya, berikut dilakukan wawancara dengan level manajemen yang bersifat lebih operasional. Koordinator Rawat Inap RSUP NTB (IKP, 43; pendidikan master manajemen), berikut hasil wawancara :

“Konsep layanan kami tidak membeda-bedakan layanan antara kelas III dengan kelas yang lain, memonitor mutu pelayanan, memberikan penyegaran pada para perawat baik formal maupun informal, diskusi disetiap kesempatan yang ada.... Umumnya semua pasien JPS/kelas III menyatakan cukup puas dengan pelayanan keperawatan yang diterima di RSUD Provinsi NTB. Untuk itu kami melakukan koordinasi ke bagian-bagian keperawatan terkait sehingga memperlancar layanan keperawatan..... Layanan keperawatan tidak akan berkualitas tanpa dukungan unit-unit terkait, seperti unit laboratorium, penunjang medik, linen dan lain-lain..... Peningkatan SDM dilakukan melalui pembinaan tenaga yang bermasalah, peningkatan pengetahuan dan keterampilan melalui seminar-seminar, pelatihan, studi kasus, pre dan post conference dan lain-lain.... Kepuasan pelayanan yang dirasakan masyarakat, baik masyarakat dilingkungan maupun diluar RS yang pernah mendapat pelayanan keperawatan umumnya merasa puas.... Hingga saat ini belum ada komplain secara tertulis terhadap layanan keperawatan kami.... Kadang tidak puasnya yaitu terhadap pembatasan penunggu pasien atau larangan-larangan yang diterapkan pihak RSUD..... Padahal tujuan agar layanan keperawatan yang diberikan bisa optimal..... Kami juga beritahukan bagaimana sistem pelayanan keperawatan, SOP, alur pelayanan, kebijakan - kebijakan baru, dan sebagainya..... Terhadap aspek berwujud, empati kami mengingatkan untuk menjaga, memelihara serta mengecek setiap pergantian perawat jaga. Membuat daftar inventaris dicek setiap saat..... Melaporkan keadaan dan melakukan perbaikan/pemeliharaan.... Merencanakan kebutuhan setiap tahun..... Perawat sebagai lini terdepan dalam pelayanan keperawatan di kelas III selalu diingatkan disetiap pertemuan baik pertemuan rutin, bulanan disetiap ruangan maupun di luar untuk selalu meningkatkan pelayanan dengan ikut merasakan apa yang menjadi keluhan pasien dan menyentuh hati nurani pasien bahwa yang dirawat tersebut adalah bagian dari dirinya sendiri.... “.

Wawancara dilakukan pada hari Jum'at dan Sabtu, tanggal 15 dan 16 Juni 2012. Jam 12.30 Wita.

Temuan ini memberikan informasi yang jelas mengenai perhatian yang diberikan organisasi melalui kerja Koordinator Rawat Inap RSUP NTB. Upaya koordinasi dan menjalin komunikasi terus-menerus disetiap ada kesempatan

mendorong perawat dan unit terkait agar tanggap merasakan keluhan pasien dan berupaya menyentuh hati nurani pasien dan keluarga dengan mengembangkan sikap empati yang proporsional. Tercermin pula kerja Koordinator Rawat Inap menekankan perlunya memperhatikan kelengkapan dan upaya maintenance alat-alat perawatan dengan baik, yang menjadi inventaris setiap ruang rawat inap kelas III. Hal ini berkaitan erat baik didalam menyiapkan sarana dan fasilitas perawatan siap pakai maupun upaya menjamin para perawat dan tim kesehatan lain dapat bekerja sesuai sistem pelayanan, alur pelayanan, dan SOP yang ada.

Dalam penelitian ini, dimensi pelayanan yang dikaji banyak bersentuhan dengan kerja keperawatan, untuk itu dilakukan wawancara dengan kepala seksi pelayanan penunjang medik dan seorang perawat senior (Bdr.; 43 tahun, pendidikan master manajemen.), berikut informasi yang diberikan berhubungan dengan upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan dari tenaga keperawatan :

“Menurut Mangkunegara terdapat dua teknik memotivasi kerja pegawai.... pertama; teknik pemenuhan kebutuhan pegawai, artinya pemenuhan kebutuhan pegawai merupakan fundamen yang mendasari perilaku kerja.... kedua; teknik komunikasi persuasif, merupakan salah satu teknik memotivasi kerja pegawai yang dilakukan dengan cara mempengaruhi pegawai secara *ekstralogis*.... Teknik ini kemudian dirumuskan dengan istilah “AIDDAS” yaitu *Attention* (perhatian), *Interest* (minat), *Desire* (hasrat), *Decision* (keputusan), *Action* (aksi atau tindakan), dan *Satisfaction* (kepuasan).... Penggunaannya, pertama kali pemimpin harus memberikan perhatian kepada pegawai tentang pentingnya tujuan dari suatu pekerjaan agar timbul minat pegawai terhadap pelaksanaan kerja, jika telah timbul minatnya maka hasratnya akan menjadi kuat untuk mengambil keputusan dan melakukan tindakan kerja dalam mencapai tujuan yang diharapkan oleh pemimpin..... Dengan demikian, pegawai akan bekerja dengan motivasi tinggi dan merasa puas terhadap hasil kerjanya.... Pemimpin membiasakan untuk terus memberikan pemahaman dan mendorong para pegawainya.... Perawat di kelas III masih muda-muda dan mudah diajak tukar pikiran, cari solusi sama-sama dan *brain storming*..... Umumnya pasien di kelas III *relative* lebih mudah menerima kenyataan dan pasrah terhadap yang terjadi atas dirinya, sehingga harapannya sebanding dengan apa yang dirasakan ketika menerima pelayanan di kelas III,

sehingga tingkat kepuasan lebih dirasakan..... Tingkat kepercayaan pasien terhadap keterampilan perawat di kelas III RSUP NTB tentu lebih baik, bila dibandingkan dengan perawat di PKM (Puskesmas) atau RSUD Kabupaten, mengingat pasien-pasien yang dirawat di kelas III tersebut sebagian besar adalah pasien kiriman atau rujukan dari PKM/RS Kabupaten/Kota se-NTB yaitu kasus tertentu karena tidak mampu diatasi oleh PKM/RS Kabupaten/Kota..... Maka rasional kalau pasien kelas III di RSUP NTB tingkat kepuasan mereka rata-rata baik..... Pada level top manajemen usaha meningkatkan kualitas layanan yaitu dengan menetapkan dan menerapkan SPM (system penjaminan mutu) dan SAK (standar asuhan keperawatan), monitoring dan evaluasi pelaksanaannya, dilakukan rotasi berkala sesuai kebutuhan unit rawat inap..... Kami memberikan apresiasi yang tinggi kepada masyarakat yang memberikan penilaian baik karena umumnya masyarakat pengguna jasa layanan RSUD pemerintah selalu melihat sisi negatifnya saja..... Item-item yang telah berada pada tingkat memuaskan harus dipertahankan, dan yang berada pada posisi belum puas ditingkatkan dengan melihat harapan, peluang, tantangan yang ada di kelas III... Kepuasan pelayanan merupakan hak pasien dan disisi lain itu kewajiban perawat..... Untuk meningkatkan motivasi kerja perawat diberikan Reward baik materiil maupun non materiil misalnya pujian ketika perawat melakukan keberhasilan kecil sekalipun..... Disamping itu jajaran manajemen secara proaktif mengunjungi perawat pelaksana tidak saja mencari kesalahan akan tetapi lebih penting memberi solusi terhadap setiap persoalan yang dihadapi oleh perawat melalui mekanisme supervisi maupun rounde keperawatan..... penempatan dan rotasi tenaga, didistribusi menurut karakteristik individu secara berimbang dengan harapan prestasi yang telah dicapai tersebut merupakan prestasi kolektif yang dapat dipertahankan dengan kerja tim..... tentunya secara berkesinambungan dari generasi kegenerasi secara estafet..... yang tidak kalah pentingnya adalah... mensosialisasi hasil penelitian ini sebagai support terhadap apa yang telah dicapai oleh perawat di kelas III..... (Wawancara Rabu, 6 Juni 2012, 13.00 Wita).

*Reward*, pendidikan, pemenuhan kebutuhan pegawai dan komunikasi persuasif, penempatan/distribusi tenaga pola berimbang, dan rotasi pegawai merupakan serangkaian upaya yang sedang digalakkan. Upaya pendekatan top manajemen, melalui diskusi, pertemuan kerja mandiri atau melalui bantuan manajemen RSUD NTB guna meningkatkan potensi diri dan kinerja para perawat. Ada suatu keyakinan bahwa kualitas pelayanan memiliki relevansi dengan sentuhan emosional, komunikasi interpersonal dan hal-hal persuasive yang terus menerus.

Dalam kerja yang operasional dilakukan wawancara dengan Supervisor dan seorang perawat senior (Shrj., 44 Tahun, pendidikan Master Manajemen), berikut hasil wawancaranya :

Perawat dan tim kesehatan di rawat inap kelas III bekerja sesuai tupoksi....., dengan membudayakan komunikasi efektif didalam memberikan informasi yang jelas kepada *customer* tentang layanan yang diberikan sesuai tujuan institusi dalam hal ini kualitas pelayanan keperawatan yang prima..... Apapun yang saya dan semua staf khususnya di rawat inap kelas III lakukan dalam tugas layanan, saya dan semua unsur SDM perawat, medis dan non medis mengacu pada mewujudkan atau mencapai tujuan institusi yang tercermin dalam visi dan misi RSUP NTB 2013..... dan bekerja sesuai dengan aturan yang ada/tidak melanggar hukum, memperbaiki hal-hal yang tidak sesuai dengan aturan agar tetap dalam koridor hukum yang ada..... Kepuasan pasien masyarakat rawat inap kelas III dapat tercapai karena perawat dan unit-unit fungsional lain mampu memberikan layanan sesuai kebutuhan dan harapan pasien dan atau keluarganya, mendapatkan informasi yang jelas tentang pelayanan yang dibutuhkan oleh pasien, dan lain-lain.

Ragam kerja yang dijalankan oleh pimpinan yang ada di RSUP NTB dalam memberikan peningkatan kualitas pelayanan. Apa yang dijalankan oleh kepala ruang kemuning memberikan indikasi bahwa aspek yang dijalankan adalah terapan perilaku hubungan dalam kepemimpinan agar bawahan dalam bekerja melakukan perubahan konsep. Konsep terapan ini penting, karena lebih pada perubahan proses dalam bekerja dari bawahan.

Wawancara dilanjutkan dengan kepala ruang dahlia (44 tahun, sarjana), berikut hasil wawancaranya mengenai upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan di ruang kerjanya :

Yang pokok dalam layanan publik itu koordinasi dan komunikasi yang baik dengan para pihak; keluarga, unit farmasi, unit sarana prasarana, bidang keperawatan, sejawat perawat, dokter, gizi, laboratorium, gugus kendali mutu, koordinator rawat inap, dan lain-lain..... saya selalu ingatkan teman-teman perawat di ruang Dahlia, agar banyak ngomong ke pasien, keluarganya, terutama ke orang tuanya karena pasien anak-anak dengan bahasa mereka, memberikan contoh langsung misalnya cara menyusui yang benar bagaimana dan itu dilakukan

sesering mungkin sampai ibu pasien paham betul.... prestasi layanan perawatan di ruang Dahlia menurut survey bidang keperawatan pada periode Januari – Maret 2012 hasilnya 77% pasien puas 33% tidak puas.... Keluhan-keluhan yang termasuk dalam 33% itu antara lain; keluarga pasien masih menilai beberapa perawat ruang Dahlia cerewet, judes, bicara ke keluarga sangat terbatas, dan keluhan-keluhan tersebut yang dominan..... Salah satu tupoksi saya yaitu mengevaluasi dan mengingatkan teman-teman staf saya di ruangan berkali-kali....., disatu sisi saya bisa memahami kelelahan fisik dan psikis teman sejawat.... Keadaan dan tuntutan tugas di ruang anak beda dengan ruang lain, misalnya ; pasien anak diinfus, ke orang tua perawat kami berpesan, tolong dijaga baik-baik, ajak anak bermain di dalam ruangan saja atau tetap di tempat tidur, tetapi tidak lama kami ingatkan ; anak sudah dibawa jalan-jalan ke luar ruang perawatan sambil bawa infuse.... Akibatnya infuse macet, bocor, lepas macam-macam. Akhirnya bolak balik perawat kami mengganti dan memasang infuse lagi.... Situasi semacam ini yang banyak memaksa perawat saya berkomunikasi kurang terkontrol dengan keluarga atau para pebezok..... Menurut saya hasil survey puas 77% itu Insya Allah memang benar adanya.... tetapi tidak 100%...., mereka pasien Jamkesmas sangat berterima kasih.... karena sangat membantu. Justru kami lebih enak melayani pasien Jamkesmas, kerja kami lebih cepat karena barang, alat, bahan, obat-obat yang diperlukan sudah tersedia di Apotek Jamkesmas..... Tinggal kami kasih selebar kertas kemudian mereka sudah bisa amprah alat, bahan, obat sudah ada.... pasien atau keluarganya merasa sangat terbantu..... Akan tetapi beda halnya dengan pasien umum, resep sudah diberikan tetapi masih banyak harus menunggu uang belum ada.... Pada kondisi seperti ini kami tidak bisa bekerja cepat.... Kami terus berupaya melengkapi alat-alat contoh saya kemarin minta ditambahkan Oxymeter, sandaran oksigen lengkap..... Untuk menjamin patient safety, oxymeter, masker oksigen dan lain-lain yang diperlukan dalam layanan keperawatan di ruang Dahlia..... Selanjutnya saya upayakan secara perlahan agar sikap empati para perawat ruang Dahlia terus terasah terutama dengan meningkatkan keterampilan berkomunikasi serta kemampuan menjaga emosional selama melaksanakan tugas-tugas pelayanan keperawatan..... (Wawancara Tanggal 7 Juni 2012, jam 10.30 Wita).

Informasi di atas menunjukkan bahwa kerja utama yang dilakukan adalah koordinasi dan komunikasi yang baik dan efektif, sehingga terbentuk budaya kerja yang menjamin kepastian pelayanan yang bermutu. Disamping itu diperlukan kecerdasan emosi didukung dengan ketersediaan sarana dan fasilitas yang diperlukan para pasien. Sikap empati dan ketepatan berkomunikasi dengan keluarga atau orang tua pasien memberikan jaminan pelayanan yang positif dan

mendorong sikap kooperatif orang tua pasien disamping menanamkan nilai-nilai hospitalisasi bagi anak yang dirawat dan menjamin aspek keamanan pasien (patients safety) selama memperoleh perhatian dan pelayanan keperawatan di Ruang Dahlia.

Informasi ini juga disampaikan oleh salah seorang perawat senior di ruang rawat inap kelas III di ruang Dahlia (36 tahun, Sarjana Keperawatan) yang pekerjaannya utamanya sebagai pelaksana asuhan keperawatan dan seluruh kerja yang terkait dengan pelayanan pasien maksimal.

Lebih lanjut ditanyakan dalam hubungan pelayanan agar ruang selalu dalam keadaan bersih dan nyaman, yang bersangkutan menyatakan ada unit kerja khusus bagian kebersihan, seluruh pihak telah menjalankan pekerjaan sesuai dengan jam kerja dan prosedur kerja masing-masing. Informasi mengenai upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan juga dilakukan dengan Supervisor dan eks kepala ruang rawat inap Seruni (44 tahun, Sarjana Magister Manajemen), berikut hasil wawancaranya :

“...kami mengelola agar perawat bekerja dengan optimal, jika ada permasalahan perawat berkonsultasi pada kami, dalam rangka memberikan jaminan kualitas pelayanan oleh tenaga perawat maksimal. Adapun kerja kami adalah proses kerja seluruh komponen yang ada dalam organisasi, mulai dari satpam sampai dokter dan bidang-bidang lain yang berhubungan manajemen...kerja manajemen dan seluruh aktivitas ya.... itulah gambarnya tercermin dalam kualitas pelayanan pada pasien.... Dokter bekerja dengan baik sebagai implikasi rekrutmen, pengembangan dan pemeliharaan yang baik dari organisasi....keamanan dilakukan oleh satpam mau dan suka bekerja, karena mendapatkan reward yang sesuai dari organisasi...Pikiran saya adalah seluruhnya bertumpu pada organisasi....semakin baik kebijakan yang dirumuskan, maka semakin baik karyawan dalam bekerja....kualitas pelayanan akan semakin baik....Kalau kami hanya berfungsi mengelola aspek yang terkait dengan administrasi, pengaturan jam kerja dan shift dari perawat, sehingga pasien dapat terlayani

dengan baik selama 24 jam....Saya sendiri....dalam kerja tidak hanya berhubungan dengan karyawan, tetapi juga terkadang melakukan pengelolaan di ruangan....apabila perlu saya menegur keluarga pasien yang kira-kira mengganggu dalam proses perawatan....jadi bukan hanya kami...tetapi juga pasien dan keluarganya harus mengikuti peraturan yang kami buat, karena tujuannya adalah untuk kemudahan pelayanan....” (wawancara tanggal 9 Juni 2012).

Inti dari hasil wawancara di atas menegaskan bahwa kualitas kerja seluruh karyawan pada dasarnya sebagai cerminan dari kebijakan yang diterapkan oleh organisasi. Konsep *reward* yang baik akan berimplikasi pada kerja yang baik juga. Dalam rangka terciptanya kualitas pelayanan, juga diperlukan dukungan dari keluarga pasien untuk memenuhi peraturan yang ada, karena tujuannya adalah untuk mempermudah dalam memberikan pelayanan.

Perawat senior ruang rawat inap kelas III lantai III (diploma tiga) memberikan informasi sebagai berikut :

“Seluruh karyawan mulai dari tukang masak, cleaning service, satpam, perawat, dokter merupakan ujung tombak pelayanan, karena bersentuhan dengan pasien. ....Satpam yang kasar, tidak menghormati pasien jelas berdampak pada keluhan pasien dan keluarga...sehingga setiap tugas yang diemban harus mempunyai pedoman kerja yang jelas....jika ada komplain cepat ditangani, pihak direktur perlu juga memperhatikan kondisi aktual, sehingga tidak hanya mendengar informasi dan laporan tercatat semata.....  
Puaskan kami...maka pasien puas, selama ini pihak manajemen RSUP NTB telah melakukannya dengan baik...(wawancara tanggal 8 Desember 2011).

Informasi penting yang diperoleh sebagai masukan bagi pihak manajemen yaitu bagaimana memuaskan pasien pada prinsipnya terlebih dahulu memberikan kepuasan pada seluruh karyawan. *Reward finansial* dan *non finansial*, tempat kerja yang memadai juga menjadi kebutuhan karyawan, pada kondisi yang demikian, maka seluruh karyawan akan bekerja dengan senang atau puas atas pekerjaannya, maka secara otomatis akan memberikan kepuasan pada pasien.

## H. Summary Hasil Wawancara Terstruktur.

Hasil serangkaian wawancara mendalam dengan para informan diatas dapat digambarkan dalam dua hal pokok; *pertama* bahwa seluruh kerja didalam layanan perawatan pada masyarakat rawat inap kelas III dilaksanakan sesuai dengan fungsi pelayanan kelas III yang mendapat penilaian baik dalam arti pasien kelas III dan keluarganya merasa puas dengan pelayanan yang telah diterimanya selama menjalani rawat inap di kelas III. Kelima dimensi pelayanan *reliabilitas, responsiveness, assurance, tangible* dan *emphaty* telah melekat pada aspek keterampilan teknis, interpersonal dan intelektual didalam diri para petugas rawat inap kelas III RSUP NTB, dan mampu diaplikasi secara baik didalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien rawat inap kelas III RSUP NTB. *Kedua* bahwa diperoleh gambaran adanya beberapa faktor-faktor lain yang berkontribusi kuat terhadap prestasi kerja petugas di ruang rawat inap kelas III yaitu, antara lain; disiplin koordinasi antar unit berjalan baik didalam mewujudkan alur kerja dan pelaksanaan fungsi-fungsi dalam organisasi publik ini, keterampilan berkomunikasi vertikal dan horizontal petugas mendapat perhatian penuh dari setiap unsur manajemen, hal ini memperlancar arus informasi didalam menyelenggarakan pelayanan perawatan yang baik, terakhir yaitu perhatian pihak-pihak terkait terhadap perlunya sentuhan *emosional* dan *humanistik* dari top manajemen hingga level bawah secara *top-down*, pola kemitraan dan pengawasan serta penanganan berjenjang terhadap setiap permasalahan di dalam memberikan layanan kesehatan/keperawatan prima pada masyarakat rawat inap kelas III di RSUP NTB yang telah berjalan baik selama ini.

## I. Summary Korelasi Temuan Kajian dengan Aspek Teoritis Dan Hasil Penelitian Terdahulu dan Jurnal.

Terhadap lima dimensi pelayanan; *tangible*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance* dan *emphaty*, seluruhnya telah diterapkan dalam kinerja nyata oleh petugas rawat inap kelas III di RSUP NTB dalam kriteria “baik” oleh responden.

Dilihat dari sudut pandang teori kondisi itu bersesuaian dengan teori Zeithaml dan Berry dalam Kotler (2002 : 499-450) dalam Saleh, (2010:104) bahwa mutu jasa (kualitas layanan) ditentukan oleh lima faktor disebut SERVQUAL yaitu ; 1. Keandalan (*Reliability*), yakni kemampuan untuk melaksanakan jasa yang dijanjikan secara terpercaya dan akurat. 2. Daya tanggap (*Responsivness*), yaitu kesediaan untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa dengan cepat. 3. Kepastian (*Assurance*), yaitu pengetahuan dan kesopanan karyawan serta kemampuan mereka untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan. 4. Empati (*Emphaty*), yaitu kesediaan untuk peduli , memberikan perhatian pribadi kepada pelanggan. 5. Berwujud (*Tangible*), yaitu penampilan fasilitas fisik, peralatan, petugas, dan materi komunikasi.

Sejalan dengan pendapat Parasuraman dan Berry (1990:18) dalam Sugiyono (2011:544) bahwa kualitas pelayanan (*Service Quality*) yaitu; “*good service quality as meeting or exceeding what customers expect from the service*”. Kualitas pelayanan yang baik adalah apabila dapat memenuhi atau melebihi apa yang diharapkan dari konsumen atas pelayanan tersebut.

Hasil kajian terhadap kepuasan pasien rawat inap kelas III di RSUP NTB tergolong tinggi atau puas. Hal ini bermakna bahwa terdapat kesesuaian antara harapan pasien dengan kinerja aktual seluruh karyawan didalam memenuhi kebutuhan pasien rawat inap kelas III RSUP NTB.

Pandangan teori tentang hal ini, menurut Kotler yang dikutip Tjiptono (1996 : 146) dalam Saleh, (2010:115-116) bahwa kepuasan pelanggan adalah tingkat

perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja (atau hasil) yang dirasakan dengan harapannya.

Sedangkan penelitian Rachmadi (2008) dalam tesisnya berkesimpulan bahwa kualitas pelayanan rumah sakit berhubungan positif dan berpengaruh positif terhadap kepuasan pasien umum maupun pasien asuransi kesehatan rawat inap kelas III di RSUD Kabupaten Karimun.

Dari model yang dihasilkan dan uji signifikansi, ditemukan bahwa dimensi pelayanan *tangible* dan *emphaty* yang berpengaruh secara menonjol terhadap kepuasan pasien rawat inap kelas III di RSUP NTB. Sementara tingkat pengaruh yang diberikan oleh lima dimensi pelayanan secara simultan terhadap kepuasan pasien rawat inap kelas III RSUP NTB sebesar 43,30 persen.

Berkenaan dengan hasil penelitian Azkha & Elnovriza (2007) dalam Jurnal Kesehatan Masyarakat bahwa berdasarkan analisis Diagram *Kartesiuss* ditemukan bahwa dalam Kuadran A ditemukan atribut-atribut yang mempengaruhi kepuasan pasien di Puskesmas Kota Padang, namun didalam pelaksanaannya belum sesuai dengan keinginan pasien sehingga dalam pelaksanaannya perlu prioritas, atribut-atribut yang dimaksud yaitu; Kehandalan (*Responsiveness*), Jaminan (*Assurance*), Empati (*Emphaty*). Sedangkan pada Kuadran B, terdapat faktor-faktor atribut yang mempengaruhi kepuasan pelanggan di Puskesmas Kota Padang dengan sangat baik, sehingga sangat memuaskan. Atribut-atribut yang berada pada kuadran ini adalah atribut jaminan keamanan pelayanan, kepercayaan terhadap pelayanan, atribut petugas menanggapi keluhan pasien dan atribut kebersihan ruangan. Artinya hampir sama dengan hasil penelitian ini yaitu bahwa

unsur-unsur *tangible* dan *emphaty* memberikan pengaruh kepuasan pada pelanggan.

Selanjutnya kesimpulan hasil wawancara menjelaskan dua hal, *pertama*; Upaya-upaya meningkatkan kepuasan melalui pemantapan fungsi koordinasi dan komunikasi *top-down* dan *buttom-up* disemua level manajemen. Fungsi koordinasi ditekankan pada setingkat kepala ruangan, supervisor dan seksi-seksi pendukung sarana dan fasilitas pelayanan dan fungsi komunikasi sendiri lebih di *stressing* pada keterampilan berkomunikasi terapeutik perawat pelaksana (*provider*) pada saat memberikan asuhan keperawatan langsung kepada pasien dan keluarganya. Disamping itu *provider* dengan didukung *system reward and punishment* yang baik, pola pengawasan dan penanganan masalah secara berjenjang memberikan dampak yang cukup baik terhadap kinerja nyata perawat dan petugas lainnya. Hal ini bermakna positif bagi setiap *provider* dan unsur manajemen untuk dapat menyelesaikan beban tugas guna meningkatkan kualitas pelayanan berbasis budaya kerja, disiplin kerja dan etos kerja yang tinggi, sehingga RSUP NTB sebagai lembaga layanan publik dapat memberikan pelayanan yang memuaskan kepada masyarakat pengguna jasa. Hal ini sesuai dengan pendapat Nurmandi, (2010:29) yang menyatakan bahwa :

“.....Sekarang ini pemerintah pusat maupun pemerintah daerah dengan keluasan fungsi yang dimilikinya serta kebijakan publik yang diambil mempunyai dampak terhadap pengguna layanan publik dan masyarakat memposisikan pembangunan yang berorientasi ke pengguna layanan dan melakukan pengembangan kualitas pelayanan publik.....”

*Kedua*; Faktor lain yang turut mendongkrak kinerja layanan sehingga taraf kepuasan pasien yang dirawat di ruang inap kelas III di RSUP NTB tinggi antara lain dipengaruhi oleh kecakapan atau keterampilan *provider* di ruang kelas III khususnya pola komunikasi (verbal dan non verbal) setelah dilatih secara khusus teknik melayani; sikap ramah dan perhatian secara pribadi petugas pada pasien sudah cukup baik. Peningkatan kemampuan petugas ini ditunjang oleh pelatihan kepribadian yang sudah dilakukan beberapa kali bagi perawat di RSUP NTB.

Pandangan teori dalam hal ini menurut Saleh (<http://www.cribd.com/doc>), berpendapat bahwa;

“...Berkomunikasi bermaksud mempengaruhi orang lain, cara paling tepat yaitu gunakan cara yang paling disukai dan diminati oleh orang lain tersebut. Caranya dengan masuk ke dunia mereka dan inilah sikap empati itu; merupakan wujud kepedulian pada orang lain.

Saleh juga memahami bahwa; “...kegiatan pelayanan merupakan suatu aktifitas untuk lebih peduli (*care*) pada setiap orang yang membutuhkan bantuan kita (petugas layanan).

Empati dan peduli yang diberikan oleh petugas layanan pada orang lain (*customer*) sebagai sikap mulia yang akan menempatkan posisi seseorang (pemberi layanan) dalam tempat yang terhormat di mata orang lain (pelanggan). Dan inilah yang akan menimbulkan kepuasan pelanggan.

## BAB V

### SIMPULAN DAN SARAN

#### A. Simpulan

Simpulan dalam penelitian ini adalah :

1. Penilaian yang diberikan responden atau pasien rawat inap kelas III di RSUP NTB terhadap lima dimensi pelayanan; *tangible*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance* dan *emphaty*, seluruhnya dalam kriteria “baik”. Dalam arti bahwa ke lima dimensi pelayanan tersebut diterapkan dengan kinerja yang baik oleh seluruh karyawan RSUP NTB.
2. Penilaian atas kepuasan pasien rawat inap kelas III di RSUP NTB yang tergolong tinggi atau puas. Hal ini bermakna bahwa terjadi kesesuaian antara harapan pasien dengan kinerja aktual seluruh karyawan yang berhubungan dengan seluruh kebutuhan pasien rawat inap kelas III RSUP NTB.
3. Berdasarkan model yang dihasilkan dan uji signifikansi, ditemukan bahwa dimensi pelayanan yang berpengaruh terhadap kepuasan pasien rawat inap kelas III di RSUP NTB adalah dimensi *tangible* dan *emphaty*. Sedangkan tingkat pengaruh yang diberikan oleh lima dimensi pelayanan sesuai kajian terhadap kepuasan pasien rawat inap kelas III di RSUP NTB sebesar 43,30 persen. Artinya lima dimensi tersebut secara simultan sebesar 43,30 persen dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap kepuasan pasien

rawat inap kelas III di RSUP NTB. Sementara itu sebesar 56,70 persen kepuasan pasien rawat inap kelas III di RSUP NTB ditentukan oleh faktor-faktor lain.

4. Pelayanan yang prima telah menjadi visi RSUP NTB, dalam aktualisasinya dilakukan dengan memastikan fungsi koordinasi dan komunikasi *top-down* dan *bottom-up* semua level manajemen utamanya di level pelaksana langsung asuhan keperawatan ke para pasien (masyarakat) rawat inap kelas III di RSUP NTB, didukung reward, pola pengawasan dan penanganan masalah secara berjenjang memberikan dampak yang cukup baik terhadap kinerja nyata perawat dan petugas lainnya karena setiap petugas (provider) mempunyai beban tugas masing-masing, dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan atas dasar budaya kerja, disiplin kerja dan etos kerja serta komitmen meningkatkan kualitas pelayanan.

## **B. Saran**

Empat permasalahan di atas pada dasarnya berhubungan dengan dimensi pelayanan dan kepuasan, untuk itu dirumuskan saran secara menyeluruh kepada pihak – pihak sebagai berikut :

1. Bagi Direktur RSUP NTB dengan adanya visi memberikan pelayanan yang prima, maka seluruh aktivitas kerja yang dijalankan oleh organisasi dengan kerja karyawan medis dan non medis diarahkan untuk memenuhi harapan pasien. Kerja rekrutmen sampai pemeliharaan karyawan ditujukan untuk memenuhi kebutuhan organisasi atas karyawan, peningkatan potensi

karyawan dan lainnya dalam rangka meningkatkan kemampuan dalam memberikan pelayanan pada pasien.

Perubahan dan aspek lain yang dijalankan harus mengacu pada penciptaan kepuasan pasien yang meningkat sesuai dengan berjalannya waktu. Kepuasan pasien dijadikan sebagai rujukan indikator kinerja organisasi.

2. Perawat dan Tim Kesehatan selaku pemberi layanan kesehatan dan asuhan keperawatan dapat mempertahankan dan meningkatkan kualitas layanan khususnya aspek *Tangible* dan *Emphaty* dan secara bertahap menyentuh pula dimensi pelayanan *Reliability*, *Responsivness*, dan *Assurance*. Kualitas layanan memerlukan kehandalan para petugas mengimplementasi kelima dimensi pelayanan ini.
3. Pasien dan keluarga pasien juga perlu memberikan dukungan atas penciptaan pelayanan yang berkualitas dengan memenuhi peraturan administrasi yang ditetapkan, mulai proses awal mendapatkan pelayanan dan proses selesai dalam mendapatkan pelayanan. Seluruhnya untuk menciptakan kualitas pelayanan yang lebih baik bagi pasien itu sendiri dan pasien selanjutnya.
4. Penerapan administrasi pelayanan publik yang baik dan benar berpengaruh kuat terhadap tercapainya kualitas pelayanan, menghasilkan tingkat kepuasan masyarakat rawat inap kelas III di RSUP NTB. Ilmu administrasi publik akan semakin nyata peran dan fungsinya bilamana dapat dikembangkan baik melalui rekrutmen pegawai dengan latar

belakang pendidikan administrasi publik maupun upaya riset dibidang pelayanan langsung kepada masyarakat di RSUP NTB.

5. Penelitian ini masih memerlukan penelitian lebih lanjut, terutama bila hendak memahami pengaruh kualitas pelayanan dengan lima dimensinya terhadap kepuasan dengan metode pengukuran kepuasan (*derived dissatisfaction, problem analysis dan, importance-performance analysis*) di RSUP NTB.

UNIVERSITAS TERBUKA

## DAFTAR PUSTAKA

- Azkha, N. & Elnovriza, D. (2007). Analisa Tingkat Kepuasan Klien Terhadap Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Dalam Wilayah Kota Padang Tahun 2006. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Vol.I No.2. 54-44-2-PB.pdf.
- AntaraMataram.com. (2010), RSUD Provinsi NTB Jadi Bdan Layanan Umum <http://www.ntbprov.go.id/baca.php?berita=241>Dipetik Rabu, 19 Oktober 2011 Wita.
- Bajari, Abner, H. (2008). Analisis Kualitas Pelayanan Bagi Peserta Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (ASKESKIN) Di Puskesmas Candilama Semarang. *Tesis Sekolah Program Pascasarjana Universitas Diponegoro, Semarang.*
- Badan Kerja sama Penyelenggara Jaminan Kesehatan Masyarakat ( BKSPJK ) Provinsi Nusa Tenggara Barat (2009). *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesejahteraan Masyarakat Provinsi Nusa Tenggara Barat.*
- Dwiyanto, A. (Ed) (2008). *Mewujudkan Good Governance Melalui Pelayanan Publik*. Japan International Cooperation Agency. Yogyakarta Gajah Mada University Press.
- Dwiyanto, Agus dkk. (2003). *Reformasi Tata Pemerintahan dan Otonomi Daerah*. Yogyakarta : Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan Universitas Gadjah Mada
- Djumena, E. (2010). Kompas.Com. (Senin, 8 Maret 2010, 21.20 WIB) (<http://nasional.kompas.com/read/2010/03/08/21205485/PERC.Indonesia.Negara.Paling.Korup>). Dipetik tanggal 22 September 2012
- Ibrahim, A. (2008). *Teori dan Konsep Pelayanan Publik Serta Implementasinya*. Bandung: CV. Mandar Maju
- Ismail, HM., Yosua, I., Anwar, K., M., Dhuha, S. (2010). *Menuju Pelayanan Prima, Konsep dan Strategi Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik*, Malang: Averroes Press
- Jurnal.Blogspot. (2009), Metodologi Penelitian, Uji Asumsi Klasik Regresi Berganda. Dari Jurnal.Blogspot. Diambil Senin, 21 November 2011. Jam 08.04 Wita  
<http://jurnal-sdm.blogspot.com/2009/04/uji-asumsi-klasik-regresi-berganda.html>

- Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 25 Tahun 2004. *Tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah*. Jakarta. Men-PAN.
- Kurniawan J.L., Najih, M. (Ed) (2008). *Paradigma Kebijakan Pelayanan Publik; Rekonstruksi Pelayanan Publik Menuju Pelayanan Yang Adil, Berkualitas, demokratis dan Berbasis Hak Rakyat*. Cetakan Pertama, Malang, Penerbit In-TRANS Publishing.
- Kanaidi (2009) dalam <http://ken-servqual.blogspot.com.html>.
- Local Governance Support Program (LGSP)-USAID. (2008). *Citizen Report Card, Panduan Monitoring Pelayanan Publik Berbasis Masyarakat*. Seri Partisipasi Masyarakat, Panduan Fasilitator, Diambil 15 September 2011 dari situs World Wide Web [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADOQ393.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADOQ393.pdf)
- Mote. Frederik. (2008). Analisis Kepuasan Masyarakat (IKM) Terhadap Pelayanan Publik Di Puskesmas Ngesrep Semarang. *Tesis Sekolah Pasca Sarjana Universitas Diponegoro*. Semarang
- \_\_\_\_\_ Medical Record (MR), (2011), RSUP NTB, Mataram.
- ml.Scribd. (2009) Pengertian Pelayanan Publik. Diambil 14-Mei-2011, pkl. 12.20 Wita). Dari situs World Wide Web (<http://www.scribd.com/doc/11319551/Pengertian-Pelayanan-Publik>).
- Notoatmodjo, S. (2002), Metodologi Penelitian Kesehatan, Edisi Revisi, Cetakan Kedua, Jakarta; Penerbit PT. Rineka Cipta.
- Nurmandi, A. (2010). *Manajemen Pelayanan Publik. Lampiran UU No 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik*. Yogyakarta. Sinergi Publishing
- Prianto, A. (2006). *Menakar Kualitas Pelayanan Publik*. Malang: In-TRANS
- Rachmadi (2008). Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap Kelas III Di RSUD Kabupaten Karimun, *Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Terbuka, Jakarta*.
- Riduwan, (2010). *Skala Pengukuran Variabel-Variabel Penelitian*, Bandung, Penerbit Alfabeta.
- Saleh, Muwafik, A.(2009), Strategi Komunikasi Pelayanan Publik. Diambil dari world wide web. Kamis, 20 September 2012, jam. 16.00 Wita. (<http://www.scribd.com/doc/35390112/Strategi-Komunikasi-Pelayanan-Publik>).

- Saleh, Muwafik, A. (2010). *Public Service Communication, Praktik Komunikasi dalam Pelayanan Publik, Disertai Kisah-kisah Pelayanan*. Malang. UMM Press.
- Sugiyono. Dr. Prof. (2011). *Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung. Penerbit Alfabeta.
- Sinambela, P.L. (2008). *Reformasi Pelayanan Publik; Teori, Kebijakan, dan Implementasi*. Cetakan ketiga. Jakarta. Penerbit Bumi Aksara.
- Sayuti, R. (2008). *NTB Experiences–Sharing of Development Programme and Budget between Ptovincial and District Governments Utilizing the MDGs* ).
- TI-I. Rilis Media. (2010). Rilis Media.pdf. Tranparency International Indonesia (TI). Jakarta 10 Maret 2010, dipetik 22 September 2012, jam. 13.12 Wita.
- Tim Jamkesmas Provinsi NTB (2009). *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2009*, Mataram: Badan Kerja Sama Penyelenggara Jaminan Kesehatan Masyarakat (BKSPJK) Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2009
- Tim Jamkesmas NTB. (2010). *Laporan Penerimaan Dan Penggunaan Dana Hibah Pemerintah Provinsi NTB Dan Pemerintah Kabupaten/Kota Se Provinsi NTB*. Pada Kegiatan Jaminan Kesehatan Masyarakat Nusa Tenggara Barat (Jamkesmas NTB) Bulan Januari s.d. Desember 2010.
- Tim Penyusun Universitas Terbuka. (2010). *Pedoman Penulisan Tugas Akhir Program Magister (TAPM)*. Cetakan Kedua. Jakarta: Universitas Terbuka
- Tim Penyusunan Renstra. (2009). *Rencana Strategis (Renstra)*, Tahun 2009 – 2013. RSU Provinsi NTB, Mataram.
- Tjiptono, F. (2005). *Prinsip-Prinsip Total Quality Service (TQS)*. Yogyakarta. ANDI Yogyakarta.
- Tim SfGG–GTZ. & Kementerian PAN RI. (2004). *Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik Melalui Partisipasi Masyarakat Dalam Rangka Mewujudkan Kepemerintahan Yang Baik*. Buku I Manual Praktis. Jakarta:
- Tim Penyusunan Renstra. (2009). *Rencana Strategis (Renstra)*, Tahun 2009 – 2013. RSU Provinsi NTB, Mataram.
- Undang-Undang Dasar 1945, (2002). *Undang-Undang Negara Republik Indonesia Tahun 1945*. Majelis Permusyawaratan Rakyat. Jakarta
- Undang-Undang Republik Indonesia No 36 Tahun 2009 (2010). *tentang Kesehatan*, Jakarta.

Undang-Undang Republik Indonesia No 25 Tahun 2009 (2010). *tentang Pelayanan Publik*, Jakarta, Penerbit SL Media.

Wijoyo. S. (Ed) (2006) *Pelayanan Publik dari Demokrasi ke Partisipasi*. Cetakan Pertama, Surabaya: Airlangga University Press

Yeremias. (2008). *Enam Dimensi Strategis Admnistrasi Publik Kosenp, Teori dan Isu*. Edisi 2. Yogyakarta: Peneribt Gava Media.

\_\_\_\_\_: (<http://bataviase.co.id/node/240380>)....

\_\_\_\_\_: <http://int.ask.com/web?q=konsep+tentang+pelayanan+jasa&qsr=1&o=3802770&l>.

\_\_\_\_\_: (2010). Hasil Audit BPK Dan Integritas Sektor Publik Di K/L Yang Men Dapat Remunerasi. Diambil 30 September 2011. <http://setagu.net/opini/hasil-audit-bpk-dan-integritas-sektor-publik-di-kl-yang-mendapat-remunerasi>.

UNIVERSITAS TERBUKA

Lampiran 1 :

TABEL 3.1 : KISI – KISI INSTRUMEN KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN DAN KEPUASAN MASYARAKAT DI RSUP MATARAM

Variabel	Dimensi	No. Butir Pada Instrumen
Kualitas Pelayanan	<i>Tangible</i>	1 s.d. 15
	<i>Reliability</i>	16 s.d. 21
	<i>Responseveness</i>	22 s.d. 27
	<i>Assurance</i>	28 s.d. 34
	<i>Empathy</i>	35 s.d. 41
Sugiono ( 2011 : 550 ) = 41 Item dari 60 Item.		
Kepuasan Masyarakat	Menggunakan Teknik <i>Directly Reporting Satisfaction</i> .	Pertanyaan Tunggal Langsung.

A. Mengukur Kualitas Pelayanan.

Ke Lima Dimensi Kualitas Pelayanan yaitu ; *Tangible*, *Reliability*, *Responseveness*, *Assurance* dan *Empathy* yang indikator - indikatornya di ukur dengan menggunakan Skala *Likert* menurut Riduwan (2010 : 13), sebagai berikut :

1. Alternatif Jawaban Pertama :

- a. Sangat Baik = 5
- b. Baik = 4
- c. Sedang = 3
- d. Buruk = 2
- e. Buruk Sekali = 1

## 2. Alternatif Jawaban Kedua :

- a. Sangat Setuju = 5
- b. Setuju = 4
- c. Netral = 3
- d. Tidak Setuju = 2
- e. Sangat Tidak Puas = 1

## B. Mengukur Kepuasan Masyarakat.

Teknik *Directly Reporting Satisfaction*, yaitu menggunakan pertanyaan tunggal sebagai berikut : “Menurut Saudara, bagaimanakah pelayanan kesehatan (keperawatan) yang Saudara terima atau rasakan selama rawat inap di kelas III RSUP NTB ?”

Pertanyaan tunggal ini digunakan untuk mengukur kepuasan masyarakat rawat inap kelas III di RSUP NTB.

Skala Likert dibawah ini sebagaimana dikemukakan oleh Riduwan, (2010 :13), sebagai berikut :

- a. Sangat Puas = 5
- b. Puas = 4
- c. Cukup Puas = 3
- d. Kurang Puas = 2
- e. Tidak Puas = 1

Lampiran 2 :

## ISIAN RESPONDEN

### KUESIONER

#### PENGARUH KUALITAS PELAYANAN TERHADAP KEPUASAN MASYARAKAT PADA RAWAT INAP KELAS III DI RSUP NTB

A. Identitas Responden :

1. Nomor Responden : .....
2. Umur : .....
3. Pendidikan Terakhir : .....
4. Jenis Kelamin : .....
5. Lama Perawatan : .....

B. Petunjuk Pengisian Kuesioner :

Mohon bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu/Saudara/Saudari untuk menjawab seluruh pertanyaan atau pernyataan pada kuesioner ini.

1. Berilah tanda (X) pada kolom yang Bapak/Ibu/Saudara/Saudari pilih sesuai keadaan yang sebenarnya.
2. Mohon jawaban yang sejujur-jujurnya ( APA ADANYA ).
3. Ada 5 (lima) pilihan jawaban yang dipilih, yaitu :
  - 5 = Sangat Baik/Sangat Setuju/Sangat Puas
  - 4 = Baik/Setuju/Puas
  - 3 = Sedang/Netral/Biasa
  - 2 = Buruk/Tidak Setuju/Tidak Puas
  - 1 = Buruk Sekali/Sangat Tidak Setuju/Sangat Tidak Puas

Lampiran 3 :

Tabel 3.2 : KUESIONER KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN  
 RAWAT INAP KELAS III RSUP NTB  
 Dimensi : Penampilan Fisik/Berwujud (*Tangible*).

No	Aspek Pelayanan RSUP NTB Yang Dinilai	Interval Nilai				
		Sangat Baik	Baik	Sedang	Buruk	Buruk Sekali
		5	4	3	2	1
A.	DIMENSI : <i>TANGIBLE</i> .					
1.	Prosedur rawat inap.					
2.	Lingkungan fisik rumah sakit (halaman, taman, koridor, dll).					
3.	Kebersihan rumah sakit.					
4.	Modernisasi Peralatan rumah sakit.					
5.	Ketersediaan alat komunikasi dan informasi rumah sakit.					
6.	Pelayanan informasi yang jelas, mudah dimengerti dan memberikan solusi.					
7.	Kelengkapan dan kejelasan rambu-rambu penunjuk arah ke ruang pemeriksaan dan pelayanan.					
8.	Kelengkapan pengumuman, edaran, brosur, poster, dan instruksi yang ditempel.					
9.	Kejelasan informasi tentang hak dan kewajiban pasien di ruang rawat inap.					
10.	Penampilan pakaian seragam karyawan yang bertugas.					
11.	Dokter yang lengkap dan terampil.					
12.	Perawat yang lengkap dan terampil.					
13.	Kelengkapan, kebersihan dan kesiapan alat-alat medis.					
14.	Kebersihan, dan kenyamanan ruang pasien.					
15.	Kebersihan kamar mandi.					

Lampiran 4 :

**TABEL 3.3 : KUESIONER KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN  
RAWAT INAP KELAS III RSUP NTB  
Dimensi : Keandalan (*Reliability*).**

No	Aspek Pelayanan RSUP NTB Yang Dinilai	Interval Nilai				
		Sangat Baik	Baik	Sedang	Buruk	Buruk Sekali
		5	4	3	2	1
B.	<b>DIMENSI : <i>RELIABILITY</i>.</b>					
1.	Pelayanan pertama sewaktu masuk rumah sakit.					
2.	Ketepatan menepati apa yang dijanjikan rumah sakit.					
3.	Membantu permasalahan yang dihadapi pasien.					
4.	Membantu permasalahan yang dihadapi keluarga pasien.					
5.	Rumah sakit memberikan pelayanan tepat waktu.					
6.	Petugas memberi tahu kepada pasien kapan suatu layanan akan diberikan.					

Lampiran 5 :

TABEL 3.4 : KUESIONER **KUALITAS** PELAYANAN KESEHATAN  
 RAWAT INAP KELAS III RSUP NTB  
**Dimensi : Daya Tanggap (*Responsiveness*).**

No	Aspek Pelayanan RSUP NTB Yang Dinilai	Interval Nilai				
		Sangat Setuju	Setuju	Netral	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
		5	4	3	2	1
C.	<b>DIMENSI : <i>RESPONSIVENESS</i></b>					
1.	Perawat cepat memberi tanggapan terhadap keluhan pasien dan keluarganya.					
2.	Dokter cepat memberi tanggapan terhadap keluhan pasien dan keluarganya.					
3.	Perawat cepat melaksanakan tugas sesuai instruksi dokter.					
4.	Rumah sakit memberikan perhatian sepenuhnya terhadap pasien yang tidak mampu.					
5.	Kecepatan dokter dalam menentukan jenis penyakit pasien.					
6.	Pengakuan rumah sakit yang tegas dan jujur apabila terjadi kesalahan.					

Lampiran 6 :

**TABEL 3.5 : KUESIONER KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN  
RAWAT INAP KELAS III RSUP NTB  
Dimensi : Jaminan Kepastian (*Assurance*).**

No	Aspek Pelayanan RSUP NTB Yang Dinilai	Interval Nilai				
		Sangat Baik	Baik	Sedang	Buruk	Buruk Sekali
		5	4	3	2	1
D.	<i>DIMENSI : ASSURANCE</i>					
1.	Dokter melaksanakan pelayanan sesuai yang dijanjikan kepada pasien.					
2.	Perawat melaksanakan pelayanan sesuai yang dijanjikan kepada pasien.					
3.	Kemampuan dokter dalam menjawab pertanyaan pasien.					
4.	Ketepatan dokter melaksanakan jadwal kunjungan ke pasien.					
5.	Kepercayaan pasien terhadap tindakan medis yang diberikan rumah sakit.					
6.	Perlakuan adil dokter dan perawat dalam memberikan pelayanan pada setiap pasien.					
7.	Keamanan terhadap barang-barang milik pasien dan keluarganya.					

Lampiran 7 :

TABEL 3.6 : KUESIONER **KUALITAS** PELAYANAN KESEHATAN  
 RAWAT INAP KELAS III RSUP NTB  
**Dimensi : Empati ( *Emphaty* ).**

No	Aspek Pelayanan RSUP NTB Yang Dinilai	Interval Nilai				
		Sangat Baik	Baik	Sedang	Buruk	Buruk Sekali
		5	4	3	2	1
E.	DIMENSI : <i>EMPATHY</i>					
1.	Setiap dokter memberikan waktu yang cukup kepada pasien untuk berkonsultasi					
2.	Setiap perawat memberikan waktu yang cukup kepada pasien untuk berkonsultasi					
3.	Setiap dokter mampu memberikan pelayanan sesuai harapan pasien.					
4.	Setiap perawat mampu memberikan pelayanan sesuai harapan pasien.					
5.	Petugas rumah sakit memahami secara teliti setiap kebutuhan pribadi pasien.					
6.	Petugas rumah sakit memberi perhatian secara penuh kepada setiap pasien.					
7.	Kedekatan hubungan antara petugas rumah sakit dengan pasien					

Lampiran 8 :

TABEL 3.7 : KUESIONER **KEPUASAN** PELAYANAN KESEHATAN  
RAWAT INAP KELAS III RSUP NTB

No	Metode : <i>Directly Reporting Satisfaction</i> Pertanyaan tunggal langsung tentang kepuasan masyarakat rawat inap kelas III di RSUP NTB.	Interval Nilai				
		Sangat Puas	Puas	Biasa	Tidak Puas	Sangat Tidak Puas
		5	4	3	2	1
1.	“Menurut Saudara, bagaimanakah pelayanan kesehatan (keperawatan) yang Saudara terima atau rasakan selama rawat inap di kelas III RSUP NTB ?”					

UNIVERSITAS TERBUKA

Lampiran 9 :

## **PEDOMAN WAWANCARA**

### **PENGARUH KUALITAS PELAYANAN TERHADAP KEPUASAN MASYARAKAT PADA RAWAT INAP KELAS III DI RUMAH SAKIT UMUM PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT**

Dengan Hormat,

Sesuai dengan visi yang telah ditetapkan pihak manajemen yang berorientasi pada peningkatan profesionalisme pelayanan untuk menciptakan pelayanan kesehatan yang prima, maka seluruh kerja yang dijalankan di RSUP NTB dalam rangka mewujudkan visi tersebut.

Dalam penelitian ini dilakukan kajian atas signifikansi pengaruh dari kualitas pelayanan di RSUP NTB terhadap kepuasan pasien yang dirawat di ruang kelas III, selanjutnya sangat perlu diketahui kebijakan dan program kerja yang dijalankan untuk melakukan perbaikan atau peningkatan pelayanan pada rawat inap kelas III di RSUP NTB.

Besar harapan peneliti untuk mendapatkan informasi yang proporsional mengenai kebijakan yang diterapkan selama ini guna meningkatkan kualitas pelayanan rawat inap (medis dan non medis) di RSUP NTB, khususnya rawat inap kelas III.

Atas kerjasama semua bapak dan ibu (informan) disampaikan ucapan terima kasih yang mendalam.

Hormat Peneliti

Maksum

## PERTANYAAN – PERTANYAAN :

## A. Kepala Bidang Keperawatan, Kasi Pelayanan Penunjang Medik, dan Koordinator Rawat Inap RSUP NTB.

1. Bagaimana konsep yang Bapak/Ibu terapkan dalam rangka menciptakan pelayanan yang berkualitas di lingkungan kerja rawat inap kelas III RSUP NTB ?
2. Bagaimana pandangan Bapak/Ibu terhadap kepuasan pasien rawat inap khususnya di kelas III.....?
3. Bagaimana perhatian dan pengelolaan Bapak/Ibu terhadap kepuasan yang dirasakan masyarakat rawat inap kelas III di RSUP NTB .....?
4. Bagaimana Bapak/Ibu mengelola strategi dan kebijakan dalam pengelolaan unit rawat inap dan kerja para staf rawat inap kelas III untuk menciptakan pelayanan yang berkualitas... ?
5. Apa yang Bapak/Ibu dapat informasikan mengenai upaya unit rawat inap dalam memberikan kepuasan pada pasien rawat inap kelas III berhubungan dengan kemauan dan keinginan berubah para petugas layanan didalam menjamin kepuasan pasien rawat inap kelas III.....? (makna empati)
6. Berhubungan dengan keberhasilan aspek berwujud (*Tangible*), dan Empati apa yang Bapak/Ibu upayakan.....?

## B. Kepala Ruangan, Supervisor, Perawat Senior Pelaksana Asuhan Keperawatan.

1. Kontribusi apa yang Bapak berikan dari jabatan bapak berhubungan dengan penciptaan pelayanan berkualitas.....?
2. Bagaimana pandangan Bapak mengenai kepuasan pasien.....?
3. Apa yang Bapak lakukan berhubungan dengan kerja yang spesifik pada upaya menciptakan aspek berwujud yang lebih baik?
4. Bagaimana kerja Bapak dalam mewujudkan visi RSUP NTB mengenai pelayanan yang prima.....?

Wawancara di atas juga dilakukan (dengan empat pertanyaan di atas) pada jabatan lainnya.

LAMPIRAN – LAMPIRAN

TRANSKRIP  
WAWANCARA TERSTRUKTUR

Pengumpulan Data Kualitatif

Sumber Data : Informan I s.d Informan VI

UNIVERSITAS TERBUKA

Lampiran 10 :

**TRANSKRIP WAWANCARA**  
( Informan I )

**PENGARUH KUALITAS PELAYANAN  
TERHADAP KEPUASAN PADA MASYARAKAT RAWAT INAP KELAS III  
DI RSUP NTB**

A. Identitas Informan :

1. Kode Informan : I.
2. Nama : Sri Sartika, S.Pd., M.Kes.
3. Umur : 50 Th
4. Jabatan : Kepala Bidang Keperawatan RSUP NTB
5. Pendidikan Terakhir : S2 Magister Kesehatan
6. Jenis Kelamin : Perempuan

o.	Pertanyaan	Jawaban
1	2	3
1.	<i>Bagaimana konsep yang Ibu ketahui/terapkan dalam rangka menciptakan pelayanan yang berkualitas di lingkungan kerja rawat inap kelas III RSUP NTB ?</i>	Baik.... Kita disini melaksanakan pelayanan rawat inap kelas III yang pasiennya itu peserta Jamkesmas, Jamkesda, Bansos (Kab/Kota) dan Jampersal. Dan jangan salah lho..?? Tarif mereka sesuai tarif pusat dan itu lebih tinggi dari pada tarif RS kita sendiri..... Nah..... kalo melihat ini saja maka pelayanan harus bagus..... Kemudian untuk menciptakan pelayanan yang berkualitas kami rutin mengevaluasi mutu layanan publik namanya di RS kita disini.... Mulai dari kuesioner layanan publik sasaran keluarga atau pasien....., Ini kita lakukan setiap 3 bulan. Kita juga menggunakan pengaduan lewat SMS senter ke Direktur dan Wadir pelayanan

		<p>lalu tembusannya ke Gubernur NTB. Disamping itu juga lewat Buku Kesan dan pesan serta melalui kotak saran.... Jadi banyak saluran yang kita manfaatkan untuk pengaduan dll....</p>
2.	<p><i>Bagaimana pandangan Ibu terhadap kepuasan pasien rawat inap khususnya di kelas III.....?</i></p>	<p>Ya namanya melayani orang banyak, pasti ada saja keluhan-keluhan itu.... Apalagi kalo merasa lebih, ada saja yang diprotes.... tapi untuk dikelas III tidak banyak komplain kecuali kalau ada LSM, pengacara yang nyamar ke RS cari-cari klien sebagai pihak ke 3;. Mereka cari-cari informasi misalnya masalah jadwal operasi....., masalah obat-obatan yang tidak lengkap karena di jamkesmas ada standar obat, dan alat habis pakai seperti pan..itukan lumayan mahal.... 4 jutaan harganya.....dll.... Saya selalu tekankan ke staf diruangan, supaya perhatikan hak-hak pasien.... Apa yang harus mereka terima dari Jamkesmas, Bansos, Jampersal itu yaa.. diupayakan maksimal, sopan, ramah, ajak pasien atau keluarganya bicara baik-baik, dan perawat perlu mendengar keluhan, permintaan pasien apalagi soal-soal kebutuhan primernya..... perhatian-perhatian seperti itu yang mereka butuhkan sehingga mereka merasakan kepuasan di rawat inap.....</p>
3.	<p><i>Bagaimana Ibu memahami/mengelola strategi dan kebijakan dalam pengelolaan unit rawat inap dan kerja para staf rawat inap kelas III untuk menciptakan pelayanan yang berkualitas....?</i></p>	<p>Kalo standar asuhan keperawatan itu sama disemua kelas.... Yang beda itu di jumlah jenis fasilitas hiburan, kamar lebih privasi... kelas III kan ruangan los satu kamar ada beberapa pasien disana... sehingga kemampuan atau skill perawat berkomunikasi dan berinteraksi menjadi kuncinya.... Kepala ruangan dan staf bisa berkoordinasi dengan unit-unit terkait....perlu reward walaupun</p>

		sekedar dalam ucapan-ucapan.... Dan ajak bicara dari hati kehati perawat-perawat diruangan itu supaya tetap ingat dank omit terhadap tupoksi mereka.....
4.	<i>Bagaimana perhatian dan pengelolaan Ibu terhadap kepuasan yang dirasakan masyarakat rawat inap kelas III di RSUP NTB .....?</i>	Untuk keluhan langsung diselesaikan secara berjenjang..... karu, koordinator, kepala instalasi rawat inap..... Dengan koordinasi bidang keperawatan. Apabila ada masalah tidak selesai diserahkan ke Wadir pelayanan.... Nanti di atas ada penyelesaian antar wadir.... Untuk pengaduan tentang SDM pengaturan kita masih secara sudah memasuki MPKP ketua shift bertanggung jawab.... Apa bila ada masalah lapor ke Karu.... Untuk mencegah perawat judes, ketus, cuek macam-macam itu (diselengi senyum)... kita bekerja dengan pihak luar ( Salon Fuji, teman-teman perawat dilatih cara busana, cara duduk, komunikasi ) yang terus menerus, sebagai penyegaran.... Tapi sejak kebakaran RS kita ini, belum kita lakukan lagi.... Tunggu kita pindah digedung baru.....
5.	<i>Apa yang Ibu dapat informasi-kan mengenai upaya unit rawat inap dalam memberikan kepuasan pada pasien rawat inap kelas III berhubungan dengan kemauan dan keinginan berubah para petugas layanan didalam menjamin kepuasan pasien rawat inap kelas III.....? (makna empati)</i>	Perawat dan petugas yang lain harus budayakan berkomunikasi yang baik..... Komunikasi terapeutiklah begitu.... Ya memang perawat itu kadang masih ada yang sakit gigi....., fungsi verbal ini terutama bagaimana bisa bicara yang enak.... Tentu saja kami terus menyadarkan semua petugas agar <i>caring</i> itu dikedepankan..... Karena masih ada pasien Jamkesmas menuntut lebih tinggi, perawat diharapkan terus mengembangkan kemampuan komunikasi terapeutik hubungan interpersonal dan komunikasi yang terbuka.....

6.	<i>Berhubungan dengan keberhasilan aspek berwujud (Tangible), dan Empati apa yang Ibu upayakan.....?</i>	Kalo untuk yang berhubungan dengan kebersihan, kita kelola sendiri dan <i>cleaning service</i> , sehingga RS sebagai pihak ketiga, tetapi sering salah digunakan tenaga CS ini, disuruh belanja, antar anak sekolah... kemudian kami juga mengadakan pertemuan antar ruangan setiap bulan giliran ruangan, dan pre dan post conference ( Karu, Perawat jaga, Coas, mahasiswa praktek, bidang pelayan keperawatan ) dan untuk sore hari dilaksanakan oleh supervisor.....
IBu Kabid. Keperawatan RSUP NTB. <b>Rabu, 12 Juni 2019. Jam 12.17 Wita.</b>		

UNIVERSITAS TERBUKA

Lampiran 11 :

**TRANSKRIP WAWANCARA**  
( Informan II )

**PENGARUH KUALITAS PELAYANAN  
TERHADAP KEPUASAN PADA MASYARAKAT RAWAT INAP KELAS III  
DI RSUP NTB**

A. Identitas Informan :

1. Kode Informan : II
2. Nama : Ns. Sumiharja, S.Kep..MM.
3. Umur : 44 Th
4. Jabatan : Supervisor RSUP NTB
5. Pendidikan Terakhir : Program Magister Manajemen
6. Jenis Kelamin : Laki-laki

No.	Pertanyaan	Jawaban
1	2	3
1.	Kontribusi apa yang Bapak berikan dari jabatan bapak berhubungan dengan penciptaan pelayanan berkualitas.....?	Aparatur harus paham dan bekerja sesuai tupoksinya...., selalu berupaya memberikan informasi yang jelas kepada <i>customer</i> kita tentang segala layanan yang diberikan sesuai tujuan institusi..... dikomunikasikan dengan ramah dan terbuka....sikap berkomunikasi yang santun....
2.	Bagaimana pandangan Bapak mengenai kepuasan pasien.....?	Kepuasan itu ranah prerogative <i>customer</i> ... kalau mereka bilang puas berarti pelayanan yang mereka terima sudah sesuai harapan pasien..... kepuasan akan tercapai bila kita mampu memberikan layanan sesuai dengan keinginan pasien, mendapatkan informasi yang jelas tentang pelayanan yang dibutuhkan oleh pasien, dimanusiakan harkat martabatnya, diperlakukan dengan baik...dll.....
3.	Apa yang Bapak lakukan berhubungan dengan kerja	Manajemen RS sudah membuat peraturan sebagai pedoman kami bekerja.... Kami

	yang spesifik pada upaya menciptakan aspek berwujud yang lebih baik?	kembalikan kesana dan sesuai dengan aturan yang ada/tidak melanggar hukum....., memperbaiki hal-hal yang tidak sesuai dengan aturan agar tetap dalam koridor hukum yang ada.....
4.	Bagaimana kerja Bapak dalam mewujudkan visi RSUP NTB mengenai pelayanan yang prima.....?	Saya aparaturnya fungsional di RS ini.... Maka tentu apapun yang saya lakukan dalam tugas saya hendaknya dalam rangka mencapai tujuan institusi yang tercermin dalam visi dan misi RSUP NTB 2013 dengan bersungguh-sungguh melaksanakan kerja fungsional saya.....

UNIVERSITAS TERBUKA

Lampiran 12 :

**RANSKRIP WAWANCARA**  
( Informan III )

**PENGARUH KUALITAS PELAYANAN  
TERHADAP KEPUASAN PADA MASYARAKAT RAWAT INAP KELAS III  
DI RSUP NTB**

A. Identitas Informan :

1. Kode Informan : III
2. Nama : Ns. Badarudin, S.Kep..MM.
3. Umur : 43 Th
4. Jabatan : Kepala Seksi Pelayanan Penunjang Medik  
RSUP NTB
5. Pendidikan Terakhir : S2 Magister Manajemen.
6. Jenis Kelamin : Laki-laki

No.	Pertanyaan	Jawaban
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
1.	<i>Bagaimana konsep yang Bapak ketahui/terapkan dalam rangka menciptakan pelayanan yang berkualitas di lingkungan kerja rawat inap kelas III RSUP NTB ?</i>	<p>Baik pak... saya coba mulai dari sudut pandang teori dulu ya...; dibuku Mangkunegara saya masih ingat betul bahwa terdapat dua teknik memotivasi kerja pegawai..... pertama; teknik pemenuhan kebutuhan pegawai, artinya bahwa pemenuhan kebutuhan pegawai merupakan fundamen yang mendasari perilaku kerja..... kedua; teknik komunikasi persuasif, merupakan salah satu teknik memotivasi kerja pegawai yang dilakukan dengan cara mempengaruhi pegawai secara <i>ekstralogis</i>.....</p> <p>Teknik ini kemudian dirumuskan dengan istilah “AIDDAS” yaitu <i>Attention</i> (perhatian), <i>Interest</i> (minat), <i>Desire</i> (hasrat), <i>Decision</i> (keputusan), <i>Action</i> (aksi atau tindakan), dan <i>Satisfaction</i> (kepuasan). Lalu</p>

		<p>bagaimana penerapannya, naa ini yang penting pak.... penggunaannya, pertama kali pemimpin harus memberikan perhatian kepada pegawai tentang pentingnya tujuan dari suatu pekerjaan agar timbul minat pegawai terhadap pelaksanaan kerja, jika telah timbul minatnya maka hasratnya akan menjadi kuat untuk mengambil keputusan dan melakukan tindakan kerja dalam mencapai tujuan yang diharapkan oleh pemimpin. Dengan demikian, pegawai akan bekerja dengan motivasi tinggi dan merasa puas terhadap hasil kerjanya..... tapi terus terang kayaknya mudah dalam ucapan yach.... Karnanya harus terus dicoba terus sampai menjadi kebiasaan pemimpin untuk terus memberikan pemahaman dan mendorong para pegawainya..... apa lagi teman-teman dikelas III, mereka masih muda-muda dan syukurnya mudah diajak tukar pikiran, cari solusi sama-sama, yaach semacam brain storming-lah.... Ini yang saya pahami dan diterapkan di RSUP NTB khususnya di rawat inap kelas III.... Begitu pak..!!</p>
2.	<p><i>Bagaimana pandangan Bapak terhadap kepuasan pasien rawat inap khususnya di kelas III.....?</i></p>	<p>Ya..ya..ya..., (terdiam sejenak).. begini.., Umumnya pasien di kelas III relative lebih mudah menerima kenyataan dan pasrah terhadap yang terjadi atas dirinya, sehingga harapannya sebanding dengan apa yang dirasakan ketika menerima pelayanan di kelas III, sehingga tingkat kepuasan lebih dirasakan.....</p> <p>Berikutnya..... Tingkat kepercayaan pasien terhadap keterampilan perawat di kelas III RSUP NTB tentu lebih baik, bila dibandingkan dengan perawat di PKM (Puskesmas) atau RSUD kabupaten, mengingat pasien-pasien yang dirawat di</p>

		<p>kelas III tersebut sebagian besar adalah pasien kiriman atau rujukan dari kabupaten/kota se-NTB. Dimana rujukan dilakukan tertentu karena ketidak mampuan kabupaten/kota dalam penanganannya..... jadi yaa sangat rasional kalo pasien kelas III di RSUP NTB mereka rata-rata tingkat kepuasannya baik atau katakanlah tinggi, begitu.....</p>
3.	<p><i>Bagaimana Bapak memahami/ mengelola strategi dan kebijakan dalam pengelolaan unit rawat inap dan kerja para staf rawat inap kelas III untuk menciptakan pelayanan yang berkualitas....?</i></p>	<p>Soal ini sangat menjadi domain top manajemen, yang saya ketahui.... Mulai dari menetapkan dan menerapkan SPM (system penjaminan mutu) dan SAK (standar asuhan keperawatan), kemudian melakukan monitoring dan evaluasi atau monev terhadap pelaksanaannya..... lantas kami menerapkan kebijakan rotasi berkala sesuai kebutuhan unit rawat inap.....</p>
4.	<p><i>Bagaimana perhatian dan pengelolaan Bapak terhadap kepuasan yang dirasakan masyarakat rawat inap kelas III di RSUP NTB .....?</i></p>	<p>Pastinya..... kami memberikan apresiasi yang setinggi-tingginya kepada masyarakat yang memberikan penilaian, karena pada umumnya masyarakat pengguna jasa layanan RSUD pemerintah selalu melihat sisi negatifnya saja..... namun hasil ini analisis kuantitatifnya memberikan hasil yang lebih positif..... maka memperhatikan hasil ini perlu dilakukan identifikasi dan item-item yang telah berada pada tingkat sangat puas harus dipertahankan, dan yang berada pada posisi puas terlebih lagi belum dan sangat tidak puas untuk ditingkatkan dengan melihat harapan, peluang, tantangan yang ada di kelas III untuk di berdayakan..... guna berada pada kepuasan pasien yang memang selama ini menjadi hak pasien dan sekaligus kewajiban perawat..... yang sudah lama terabaikan.....</p>

5.	<p><i>Apa yang Bapak dapat informasi-kan mengenai upaya unit rawat inap dalam memberikan kepuasan pada pasien rawat inap kelas III berhubungan dengan kemauan dan keinginan berubah para petugas layanan didalam menjamin kepuasan pasien rawat inap kelas III.....? (makna empati)</i></p>	<p>Saya kira sudah umum yaa...., terhadap peningkatan motivasi kerja perawat dengan memberikan Reward tidak saja dalam bentuk materiil seperti selama ini tetapi juga perlu dalam bentuk non materiil misalnya pujian ketika perawat melakukan keberhasilan kecil sekalipun..... kami jajaran menejemen secara proaktif mengunjungi perawat pelaksana tidak saja mencari kesalahan akan tetapi lebih penting memberi solusi terhadap setiap persoalan yang dihadapi oleh perawat melalui mekanisme supervisi maupun rounde keperawatan..... ini yang sudah lama kami lakukan.....</p>
6.	<p><i>Berhubungan dengan keberhasilan aspek berwujud (Tangible), dan Empati apa yang Bapak upayakan.....?</i></p>	<p>Jadi begini pak.... Perlu dievaluasi item-item yang telah dicapai untuk dapat dipertahankan dan mengupayakan item –item yang belum tercapai untuk dapat ditingkatkan serta dengan melihat peluang dan tantangan ada..... perlu dipertimbangkan penempatan dan rotasi tenaga..... didistribusi menurut karakteristik individu secara berimbang dengan harapan bahwa prestasi yang telah dicapai tersebut merupakan prestasi kolektif yang dapat dipertahankan dengan kerja tim..... tentunya secara berkesinambungan dari generasi kegenerasi secara estafet..... Dan yang perlu juga adalah.... mensosialisasi hasil penelitian ini sebagai support terhadap apa yang telah dicapai oleh perawat di kelas III.....</p>
<p><i>Wawancara Rabu 6 Juni 2012..</i></p>		

Lampiran 13 :

**TRANSKRIP WAWANCARA**  
( Informan IV )

**PENGARUH KUALITAS PELAYANAN  
TERHADAP KEPUASAN PADA MASYARAKAT RAWAT INAP KELAS III  
DI RSUP NTB**

A. Identitas Informan :

1. Kode Informan : IV.
2. Nama : I Ketut Parendra, SKM.,MM.
3. Umur : 43 Th
4. Jabatan : Koordinator Rawat Inap RSUP NTB
5. Pendidikan Terakhir : S1 Ilmu Kesehatan Masyarakat.
6. Jenis Kelamin : Laki-laki

o.	Pertanyaan	Jawaban
1	2	3
1.	<i>Bagaimana konsep yang Bapak ketahui/terapkan dalam rangka menciptakan pelayanan yang berkualitas di lingkungan kerja rawat inap kelas III RSUP NTB ?</i>	Sejauh yang saya pahami dan lakukan selama ini..... bahwa konsep yang diterapkan dalam rangka menciptakan layanan yang berkualitas di lingkungan kerja RSUP NTB adalah.....dengan tidak membedakan pelayanan antara kelas III dengan kelas yang lainnya, melakukan monitoring mutu pelayanan, memberikan penyegaran kepada para perawat baik formal maupun informal, diskusi disetiap kesempatan yang ada.....
2.	<i>Bagaimana pandangan Bapak terhadap kepuasan pasien rawat inap khususnya di kelas III.....?</i>	Dari pengalaman dan hasil-hasil jejak pendapat,kuesioner..... Pandangan kepuasan pada umumnya semua pasien JPS/kelas 3 menyatakan cukup puas terhadap pelayanan keperawatan di RSU Prov. NTB..... menurut saya itu rasional sekali karena memang

		demikian yang kita upayakan disana....
3.	<i>Bagaimana Bapak memahami/mengelola strategi dan kebijakan dalam pengelolaan unit rawat inap dan kerja para staf rawat inap kelas III untuk menciptakan pelayanan yang berkualitas....?</i>	Yaa... yang pasti bahwa..... Memahami/mengelola strategi guna menciptakan pelayanan yang berkualitas adalah.... dengan melakukan koordinasi ke bagian bagian terkait dengan pelayanan keperawatan sehingga akan memperlancar layanan keperawatan...., hal ini karena layanan keperawatan tak akan berkualitas tanpa dukungan unit-unit terkait, seperti unit laboratorium, penunjang medik, linen dll... Di bidang peningkatan SDM di lakukan pembinaan tenaga yang bermasalah.... dan juga dilakukan peningkatan pengetahuan dan keterampilan melalui seminar-seminar, pelatihan....., studi kasus, pre dan post conference..... dll.....
4.	<i>Bagaimana perhatian dan pengelolaan Bapak terhadap kepuasan yang dirasakan masyarakat rawat inap kelas III di RSUP NTB.....?</i>	Begini Pak.... Perhatian dan pengelolaan terhadap kepuasan pelayanan yang dirasakan masyarakat, baik masyarakat dilingkungan RS maupun di luar RS yang pernah mendapat pelayanan keperawatan pada umumnya merasa puas dengan pelayanan yang diberikan..... Hingga saat ini belum ada komplain secara tertulis terhadap layanan keperawatan yang diberikan..... Terkadang ada masyarakat merasa tidak puas terhadap pembatasan penunggu pasien atau larangan-larangan yang diterapkan pihak RSU, hal ini bertujuan agar layanan keperawatan yang diberikan bisa optimal.....
5.	<i>Apa yang Bapak dapat informasi-kan mengenai upaya unit rawat inap dalam memberikan kepuasan pada pasien rawat inap kelas III</i>	Upaya unit rawat inap yang diinformasikan kepada para petugas antara lain.... pemberitahuan sistem pelayanan keperawatan tentang SOP, alur pelayanan, kebijakan - kebijakan baru....., dll.

	<p><i>berhubungan dengan kemauan dan keinginan berubah para petugas layanan didalam menjamin kepuasan pasien rawat inap kelas III.....? (makna empati)</i></p>	
6.	<p><i>Berhubungan dengan keberhasilan aspek berwujud (Tangible), dan Empati apa yang Bapak upayakan.....?</i></p>	<p>Menurut saya sesuai yang saya pahami dan saya amati dan langsung saya kerjakan.... kalo yang berkaitan dengan aspek berwujud, empati yang diupayakan yaitu selalu mengingatkan untuk menjaga, dan memelihara serta mengecek setiap pergantian perawat jaga. Membuat daftar inventaris di cek setiap saat..... Melaporkan keadaan dan melakukan perbaikan/pemeliharaan..... Merencanakan kebutuhan setiap tahun..... Para perawat sebagai front terdepan dalam pelayanan keperawatan di kelas III selalu diingatkan disetiap pertemuan baik pertemuan rutin, bulanan disetiap ruangan maupun di luar itu untuk selalu meningkatkan pelayanan dengan ikut merasakan apayang menjadi keluhan pasien dan menyentuh hati nurani pasien bahwa yang dirawat tersebut adalah bagian dari dirinya sendiri.....</p>
<p><i>Wawancara 9 Juni 2012...</i></p>		

Lampiran 14 :

TRANSKRIP WAWANCARA  
( Informan V )

PENGARUH KUALITAS PELAYANAN  
TERHADAP KEPUASAN PADA MASYARAKAT RAWAT INAP KELAS III  
DI RSUP NTB

**Wawancara dengan Ka Ruangan Dahlia Rabu, 12 Juni 2019. Jam 10.17 Wita.**

A. Identitas Responden :

1. Kode Informan : V
2. Nama : Ns. Wildan, S.Kep.
3. Umur : 40 Th
4. Jabatan : Kepala Ruang Dahlia (Perawatan Anak Kelas III) RSUP NTB.
5. Pendidikan Terakhir : Program Sarjana Keperawatan
6. Jenis Kelamin : Laki-laki

No.	Pertanyaan	Jawaban
1	2	3
1.	Kontribusi apa yang Bapak berikan dari jabatan bapak berhubungan dengan penciptaan pelayanan berkualitas.....?	Yaa Baik Pak.....Yang pokok dalam layanan publik itu koordinasi dan komunikasi yang baik dengan para pihak; keluarga, unit farmasi, unit sarana prasarana, bidang keperawatan, sejawat perawat, dokter, gizi, laboratorium, gugus kendali mutu, koordinator rawat inap, dan lain-lain..... saya selalu ingatkan teman-teman perawat di ruang Dahlia, agar banyak ngomong ke pasien, keluarganya, terutama ke orang tuanya karena pasien anak-anak dengan bahasa mereka, memberikan contoh langsung misalnya cara menyusui yang benar bagaimana dan itu dilakukan sesering mungkin sampai ibu pasien paham betul..... prestasi layanan perawatan di ruang Dahlia menurut survey bidang keperawatan pada periode Januari – Maret 2012 hasilnya 77%

		<p>pasien puas 33% tidak puas.... Keluhan-keluhan yang termasuk dalam 33% itu antara lain; keluarga pasien masih menilai beberapa perawat ruang Dahlia cerewet, judes, bicara ke keluarga sangat terbatas, dan keluhan-keluhan tersebut yang dominan..... Salah satu tupoksi saya yaitu mengevaluasi dan mengingatkan teman-teman staf saya di ruangan berkali-kali....., disatu sisi saya bisa memahami kelelahan fisik dan psikis teman sejawat.... Keadaan dan tuntutan tugas di ruang anak beda dengan ruang lain, misalnya..... pasien anak diinfus, ke orang tua perawat kami berpesan, tolong dijaga baik-baik, ajak anak bermain di dalam ruangan saja atau tetap di tempat tidur, tetapi tidak lama kami ingatkan ; anak sudah dibawa jalan-jalan ke luar ruang perawatan sambil bawa infuse.... Akibatnya infuse macet, bocor, lepas macam-macam. Akhirnya bolak balik perawat kami mengganti dan memasang infuse lagi.... Situasi semacam ini yang banyak memaksa perawat saya berkomunikasi kurang terkontrol dengan keluarga atau para pebezok..... seperti itu-lah Pak.....</p>
2.	<p>Bagaimana pandangan Bapak mengenai kepuasan pasien....?</p>	<p>Menurut saya, hasil survey yang puas 77% itu Insya Allah memang benar adanya.... tetapi tidak 100%...., mereka pasien Jamkesmas sangat berterima kasih.... karena sangat membantu. Dan Justru kita lebih enak melayani pasien Jamkesmas lebih cepat kerja karena barang, alat, bahan, obat-obat yang diperlukan sudah tersedia, tinggal kami kasih selembur kertas amprah alat, bahan, obat sudah ada....., pasien atau keluarganya merasa sangat terbantu, enak lah begitu... kerja lancar.... Kalau pasien umum kan ndak, kasik resep nanti tunggu dulu uang</p>

		belum ada.... Pada kondisi seperti ini kami tidak bisa bekerja cepat.... Jadi ndak bisa segera kami selesakan pekerjaan itu....
3.	Apa yang Bapak lakukan berhubungan dengan kerja yang spesifik pada upaya menciptakan aspek ber-wujud yang lebih baik?	Terakhir ini Pak ya..... Kami terus berupaya melengkapi alat-alat contoh saya kemarin minta atau ajukan amprahan Oxymeter, sandaran oksigen lengkap..... Untuk patient savety, oxymeter, masker oksigen dan lain-lain yang sangat diperlukan dalam pelayanan keperawatandi ruang Dahlia kita ini Pak.... Kita harus antisipasi hal-hal yang dapat merugikan pasien..... sehingga kesesuaian alat misanya masker janga menutupi mata, dsb diperlukan sekali.....
4.	Bagaimana kerja Bapak dalam mewujudkan visi RSUP NTB mengenai pelayanan yang prima.....?	Baik Pak... kemudian selanjutnya saya upayakan secara perlahan agar sikap empati para perawat ruang Dahlia terus terasah terutama dengan meningkatkan keterampilan berkomunikasi serta kemampuan menjaga emosional selama melaksanakan tugas-tugas pelayanan keperawatan...yaah nama saja manusia kita ini maaf maksud saya teman saya di Dahlia agak sulit atau belum bisa memisahkan perasaan emosi di satu pasien ya cukup disitu.... Nanti emosinya itu masih dibawa ke pasien pasien lain..... saya selalu ingatkan sejawat saya..... Budaya kerja, disiplin dalam melaksanakan tupoksi dan sekali lagi keterampilan berkomunikasi yang perlu sentuhan, perhatian dan bimbingan..... bekerja sambil belajar.... Begitu Pak...

Lampiran 15 :

**TRANSKRIP WAWANCARA**  
( Informan VI )

**PENGARUH KUALITAS PELAYANAN  
TERHADAP KEPUASAN PADA MASYARAKAT RAWAT INAP KELAS III  
DI RSUP NTB**

A. Identitas Responden :

1. Kode Informan : VI
2. Nama : Tidak dicantumkan nama.
3. Umur : Tidak dicantumkan umur.
4. Jabatan : Perawat Senior Lantai III RSUP NTB.
5. Pendidikan Terakhir : Sarjana Keperawatan
6. Jenis Kelamin : Tidak dicantumkan jenis kelamin.

No.	Pertanyaan	Jawaban
1	2	3
1.	Bagaimana sebaiknya meningkatkan kualitas pelayanan perawatan agar masyarakat yang dirawat di kelas III RSUP NTB merasa puas ?	<p>“Seluruh karyawan mulai dari tukang masak, cleaning service, satpam, perawat, dokter merupakan ujung tombak pelayanan, karena bersentuhan dengan pasien....Satpam yang kasar, tidak menghormati pasien jelas berdampak pada keluhan pasien dan keluarga...sehingga setiap tugas yang diemban harus mempunyai pedoman kerja yang jelas.....jika ada komplain cepat ditangani, pihak direktur perlu juga memperhatikan kondisi nyata, sehingga tidak hanya mendengar informasi dan laporan tercatat semata.....</p> <p>Puaskan kami...maka pasien puas, selama ini pihak manajemen RSUP NTB telah melakukannya dengan baik...(wawancara tanggal 8 Desember 2011).</p>