

TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER (TAPM)

**ANALISIS SIKAP DAN PERILAKU PASIEN TERHADAP
PELAYANAN KESEHATAN DI RUANG PERAWATAN VIP
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN IMANUDDIN
PANGKALAN BUN**



**TAPM Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
Gelar Magister Sains**

Disusun Oleh :

IKETUT DJABAL WAHJUNIRAHMAN

NIM: 018788214

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS TERBUKA
JAKARTA
2015**

ABSTRACT**ATTITUDE AND BEHAVIOR ANALYSIS OF PATIENT TOWARDS
HEALTH CARE SERVICES IN VIP TREATMENT ROOM OF
GENERAL HOSPITAL SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN**

I Ketut Djabal Wahjunirahman
djktut@gmail.com

Graduate Studies Program
Indonesia Open University

This study focused on the patient's attitude towards health care services in the VIP Treatment Room of General Hospital Sultan Imanuddin Pangkalan Bun with sampling methods using nonprobability sampling. Analysis is conducted on the patient's attitude and behavior of the service attributes that have been assigned using the extended Fishbein models. Then, identify the relationship between the patient's attitude toward the attributes of services based on patient characteristics by using chi square test and Kendall tau correlation test, and identify the attributes that a priority repair service using importance performance analysis. The results showed that overall, consumers have a positive attitude or behavior towards the VIP Treatment Room. This is due to internal factors besides it (attitude) they are positive, also the opinion that the reference group was also positive about the VIP Treatment Room. Secondly it is a big influence in shaping the behavior of the patient, then overall they have the desire to be treated in the VIP Treatment Room. Importance Performance Analysis results demonstrate responsiveness dimension is the dimension most services considered important by patients than the dimensions of the quality of other services in the interests of the patient. While in terms of the dimensions of service performance assurance has an average value of the highest compared with the other dimensions.

Keywords: Attitude-behavior of the patient, Hospital Sultan Imanuddin, inpatient services VIP.

ABSTRAK

ANALISIS SIKAP DAN PERILAKU PASIEN TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN DI RUANG PERAWATAN VIP RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN

I Ketut Djabal Wahjunirahman
djktut@gmail.com

Program Pascasarjana
Universitas Terbuka

Penelitian ini didasari oleh masalah nilai Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap pelayanan Ruang Perawatan VIP Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Imanuddin Pangkalan Bun yang masih rendah. Penelitian ini difokuskan pada analisis sikap pasien terhadap pelayanan kesehatan di Ruang Perawatan VIP. Pengambilan sampel dilakukan menggunakan *nonprobability sampling*. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah sikap dan perilaku pasien terhadap atribut-atribut jasa yang telah diberikan dengan menggunakan model *fishbein extended*. Data hasil identifikasi terhadap hubungan antara sikap pasien dengan atribut-atribut jasa pelayanan berdasarkan karakteristik pasiennya dilakukan menggunakan uji chi square dan uji korelasi tau kendall. Data hasil identifikasi terhadap atribut-atribut yang menjadi prioritas perbaikan pelayanan dilakukan menggunakan *importance performance analysis*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara keseluruhan, konsumen mempunyai sikap atau berperilaku positif terhadap Ruang Perawatan VIP. Hal ini disebabkan selain karena faktor internal (sikap) mereka bersikap positif, juga akibat pendapat kelompok referensi yang juga positif terhadap Ruang Perawatan VIP. Kedua hal tersebut besar pengaruhnya dalam membentuk perilaku pasien, sehingga secara keseluruhan mereka mempunyai keinginan untuk dirawat di Ruang Perawatan VIP. Hasil *Importance Performance Analysis* menunjukkan dimensi *responsiveness* adalah dimensi pelayanan yang paling dianggap penting oleh pasien dibandingkan dimensi-dimensi kualitas pelayanan lainnya dalam hal kepentingan pasien. Dalam hal kinerja pelayanan, dimensi *assurance* memiliki nilai rata-rata paling tinggi dibandingkan dengan dimensi-dimensi lainnya.

Kata Kunci: Pelayanan rawat inap VIP, RSUD Sultan Imanuddin, sikap-perilaku pasien.

**UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCASARJANA
MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK**

PERNYATAAN

TAPM yang berjudul “Analisis Sikap Dan Perilaku Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan Di Ruang Perawatan VIP Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Imanuddin Pangkalan Bun” adalah hasil karya saya sendiri, dan seluruh sumber yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar. Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Palangka Raya, 24 Agustus 2014

Yang Menyatakan,



**I KETUT DJABAL WAHJUNIRAHMAN
NIM. 018788214**

**LEMBAR PERSETUJUAN TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER
(TAPM)**

JUDUL TAPM : ANALISIS SIKAP DAN PERILAKU PASIEN
TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN
DI RUANG PERAWATAN VIP RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH SULTAN IMANUDDIN
PANGKALAN BUN

NAMA : I KETUT DJABAL WAHJUNIRAHMAN

NIM : 018788214

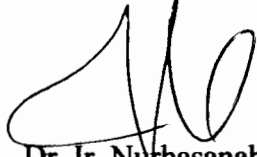
PROGRAM STUDI : MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK (MAP)/90

Menyetujui:

Pembimbing I,



Prof. Dr. Bonavantura Ngarawula, MS
NIDN. 0728065601

Pembimbing II,



Dr. Ir. Nurhasanah, M.Si
NIP. 19631111 198803 2 2002

Mengetahui:

Ketua Bidang Ilmu
Program Magister Administrasi Publik


Dr. Darmanto, M.Ed
NIP. 195910271986031003

Direktur Program Pascasarjana,


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

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

PENGESAHAN

Nama : I KETUT DJABAL WAHJUNIRAHMAN
NIM : 018788214
Program Studi : Magister Administrasi Publik (MAP)/90
Judul TAPM : Analisis Sikap Dan Perilaku Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan Di Ruang Perawatan VIP Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

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

Hari/Tanggal : Minggu, 24 Agustus 2014
Waktu : Pukul 14.20 - 16.20 WIB

Dan telah dinyatakan LULUS

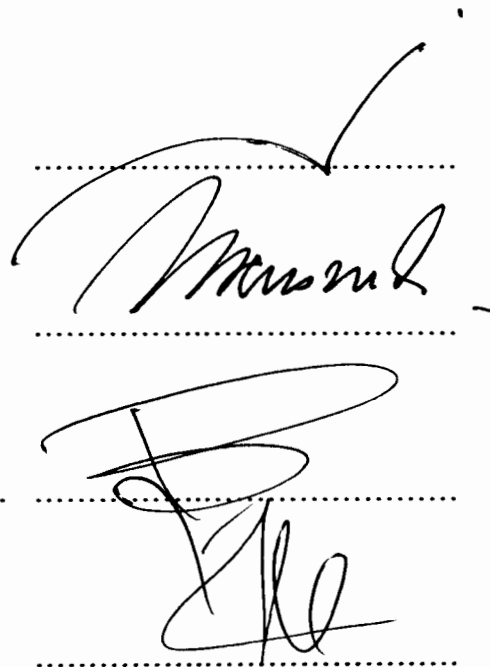
Panitia Penguji TAPM

Ketua Komisi Penguji :
Prof. Dr. Holten Sion, M.Pd

Penguji Ahli :
Prof. Dr. Aries Djaenuri, MPA

Pembimbing I :
Prof. Dr. Bonaventura Ngarawula, MS.

Pembimbing II :
Dr. Ir. Nurhasanah, M.Si



The image shows four handwritten signatures in black ink, each placed above a horizontal dotted line. The signatures correspond to the names listed in the adjacent text blocks: Prof. Dr. Holten Sion, Prof. Dr. Aries Djaenuri, Prof. Dr. Bonaventura Ngarawula, and Dr. Ir. Nurhasanah.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan penulisan Tugas Akhir Program Magister (TAPM) ini sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Sains pada Program Magister Ilmu Administrasi bidang minat Administrasi Publik Universitas Terbuka. Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, mulai dari perkuliahan sampai pada penyusunan TAPM ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan TAPM ini. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

- (1) Ibu Prof. Ir. Tian Belawati, M.Ed. Ph.D selaku Rektor Universitas Terbuka;
- (2) Ibu Suciati, M.Sc. Ph.D selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Terbuka;
- (3) Prof. Dr. Holten Sion, M.Pd., selaku Kepala UPBJJ-UT Palangkaraya, atas layanan yang diberikan selama penulis mengikuti perkuliahan hingga ujian sidang;
- (4) Prof. Dr. Aries Djaenuri, MPA selaku Penguji Ahli, atas masukan dan pengkayaan materi yang telah diberikan kepada penulis;
- (5) Prof. Dr. Bonaventura Ngarawula, MS selaku Pembimbing I, dan Dr. Ir. Nurhasanah, M.Si selaku Pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan TAPM ini;
- (6) Ketua Bidang ISIP selaku penanggung jawab Program Magister Ilmu Administrasi bidang minat Administrasi Publik;

- (7) dr. Suyuti Syamsul, MPPM selaku Direktur RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk melanjutkan jenjang pendidikan S2, sekaligus memberikan ijin melaksanakan penelitian di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun;
- (8) Ibu saya Hj. Siti Syamsiah dan keluarga saya, terutama istri tercinta Hj. Rusmiyati, SE dan putra-putraku tersayang Ahmad Indra Danyswara, Ahmad Renaldi Dwi Arya, dan Alvino Benicia;
- (9) Sahabat saya Rakhmad Sucahyo, SKM, M.Kes. dan rekan-rekan mahasiswa yang telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan penulisan TAPM ini.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa senantiasa melimpahkan rahmat dan berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga TAPM ini membawa manfaat bagi perkembangan ilmu.

Palangka Raya, 24 Desember 2014

Penulis,

DAFTAR ISI

	Halaman
ABSTRACT	i
ABSTRAK	ii
LEMBAR PERNYATAAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Perumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	7
D. Kegunaan Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Kajian Teori	9
B. Penelitian Terdahulu	58
C. Kerangka Berpikir	63
D. Pokok Bahasan	64
BAB III METODE PENELITIAN	66
A. Desain Penelitian	66
B. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	67
C. Prosedur Pengumpulan Data	74
D. Populasi dan Sampel Penelitian	74
E. Instrumen Penelitian	75

F. Metode Analisis Data	80
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	92
A. Deskripsi Objek Penelitian	92
B. Hasil	99
C. Pembahasan	119
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	126
A. Kesimpulan	126
B. Saran	127
DAFTAR PUSTAKA	129

Universitas Terbuka

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu	59
Tabel 3.1 Tabel Variabel Penelitian dan Operasionalisasi Variabel	68
Tabel 3.2 Daftar Peubah-peubah yang akan Diuji Validitas	77
Tabel 3.3 Nilai Korelasi Uji Validitas Pernyataan Kuesioner	78
Tabel 4.1 Ketenagaan RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun Per 31 Desember 2013	98
Tabel 4.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	99
Tabel 4.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia	100
Tabel 4.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan	100
Tabel 4.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan	101
Tabel 4.6 Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pernikahan	101
Tabel 4.7 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendapatan	102
Tabel 4.8 Hasil Penghitungan Sikap Pasien Terhadap Atribut-Atribut Ruang Perawatan VIP	106
Tabel 4.9 Kesenjangan Atribut-Atribut di Ruang Perawatan VIP	108
Tabel 4.10 Hasil Pengolahan <i>Subjective Norm</i> (SN)	109
Tabel 4.11 Nilai Uji <i>Chi Square</i> yang Nyata pada Taraf $\alpha=5\%$	111
Tabel 4.12 Nilai Korelasi <i>Tau-Kendall</i> yang Nyata pada Taraf $\alpha=5\%$	112
Tabel 4.13 Tingkat Kepentingan Atribut Kualitas Jasa Ruang Perawatan VIP	113
Tabel 4.14 Penilaian Terhadap Kinerja Atribut Kualitas Jasa Ruang Perawatan VIP	115

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Rumah Sakit sebagai suatu Sistem	49
Gambar 2.2 Kerangka Konsep Pemikiran	64
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	66
Gambar 3.2 Hubungan Sikap terhadap Perilaku dengan Perilaku	86
Gambar 3.3 Diagram Kartesius (Supranto, 2001)	90
Gambar 4.1 Hasil Diagram Kartesius	116

Universitas Terbuka

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 : Biodata	133
Lampiran 2 : Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat per Unit Pelayanan RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun Tahun 2012	134
Lampiran 3 : Daftar Rekapitulasi Pengaduan Halo Direktur Tahun 2012.	135
Lampiran 4 : Kuesioner Analisis Sikap Dan Perilaku Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan Di Ruang Perawatan VIP Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Imanuddin Pangkalan Bun	136
Lampiran 5 : Rekapitulasi Isian/Pendapat Responden Berdasarkan Daftar Pertanyaan pada Kuesioner Analisis Sikap Dan Perilaku Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan Di Ruang Perawatan VIP Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Imanuddin Pangkalan Bun	139
Lampiran 6 : Analisis Sikap (Ab) Terhadap Perilaku Konsumen	142
Lampiran 7 : Analisis Norma Subyektif Konsumen	144
Lampiran 8 : Analisis Bobot Sikap dan Norma Subyektif	139
Lampiran 9 : Analisis Behavior Intention	140
Lampiran 10 : Analisis Statistik	149

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Sejalan dengan amanat Pasal 28 H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 telah ditegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, kemudian dalam Pasal 34 ayat (3) dinyatakan negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Rumah sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan masyarakat (*public services*) khususnya pelayanan kesehatan rujukan yang komprehensif, terpadu dan efisien serta dapat memberikan pelayanan kesehatan bermutu terjangkau secara adil dan merata, baik pelayanan yang bersifat dasar, spesialisik maupun subspecialistik. Sebagai institusi pelayanan kesehatan, rumah sakit menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan secara paripurna merupakan pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.¹

Pelayanan rawat inap merupakan pelayanan medis yang utama di rumah sakit dan merupakan tempat untuk interaksi antara pasien dan rumah sakit berlangsung dalam waktu yang lama. Pelayanan rawat inap melibatkan pasien, dokter dan perawat (Goodler, 1996 dalam Suryawati, 2006). Berbagai kegiatan yang terkait dengan pelayanan rawat inap di rumah sakit, yaitu penerimaan pasien, pelayanan medik (dokter), pelayanan perawatan oleh perawat, pelayanan penunjang medik, pelayanan obat, pelayanan makan serta administrasi keuangan.

¹ Undang-Undang No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Undang-Undang Nomor: 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyatakan bahwa rumah sakit harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Dalam perkembangan masyarakat yang semakin kritis, maka mutu pelayanan akan menjadi sorotan tajam terutama untuk pelayanan kesehatan saat ini yang tidak hanya pelayanan medis semata. Dalam bentuk pelayanan yang berkembang, mutu pelayanan semakin rumit dan memerlukan upaya yang sungguh-sungguh dari berbagai pihak sehingga kerjasama dan saling pengertian mempunyai peranan penting.

Meningkatkan pelayanan rumah sakit regional sesuai dengan standar pelayanan minimal bahkan berorientasi pada pelayanan prima menjadi tugas pengambil kebijakan. Menganalisa masalah di atas serta melihat kondisi di lapangan maka sangatlah penting adanya niat baik dari pemegang kebijakan publik untuk melakukan evaluasi dan mencari solusi sehingga didapat kebijakan yang mengatasi masalah-masalah yang terjadi.

Konsumen yang loyal tidak membutuhkan banyak waktu memutuskan jasa apa yang akan mereka gunakan. Menurut Assael (1995) bahwa loyalitas produk atau jasa juga merupakan penyederhanaan kegiatan dalam proses dari mulai pengenalan kebutuhan, mencari informasi, evolusi alternatif sampai pembelian. Jika keinginan mereka ada pada konsumen maka ketika ada kebutuhan terhadap suatu jasa, mereka akan langsung menggunakan jasa tersebut tanpa berpikir dua kali untuk menggunakan jasa mereka.

Pelayanan kesehatan yang baik, bermutu, profesional, dan diterima pasien merupakan tujuan utama pelayanan rumah sakit. Namun hal ini tidak mudah

dilakukan dewasa ini. Meskipun rumah sakit telah dilengkapi dengan tenaga medis, perawat, dan sarana penunjang lengkap, masih sering terdengar ketidakpuasan pasien akan pelayanan kesehatan yang mereka terima.

Keluhan adalah salah satu indikator atau gejala dan tanda adanya ketidakpuasan layanan rumah sakit kepada pasien, apakah itu pelayanan dokter, perawat atau pelayanan administrasi. Ketidakpuasan terhadap pelayanan disebabkan oleh beberapa faktor antara lain *faktor internal*, yaitu (1) Aspek dokter meliputi kompetensi, ketersediaan dan kualitas layanan, serta empati; (2) Aspek perawat meliputi kecepatan respons dan kerja sama perawat dalam membantu menyelesaikan masalah pasien; (3) Kecepatan pelayanan penunjang seperti laboratorium dan administrasi termasuk keuangan; (4) Aspek lain seperti sarana, peralatan dan kebersihan gedung. Sedangkan *faktor eksternal* rumah sakit yang terkait adalah faktor yang mempengaruhi aksesibilitas (penggunaan pelayanan) dan meliputi geografis: jarak pasien dengan tempat pelayanan, transportasi, tarif, dan jam buka. Lebih lanjut, dari aspek pasien sendiri adalah harapan pasien dalam memenuhi kebutuhan, keinginan dan permintaan akan pelayanan rumah sakit.²

Harapan pasien akan pelayanan rumah sakit ditentukan pula oleh pengalaman dan tipe kepribadian pasien dalam menanggapi tindakan dokter dan perawat. Ketidakpuasan pelayanan ada yang langsung dinyatakan dengan emosi (marah atau lapor pimpinan) dan sebagian besar secara tidak langsung, yaitu dengan melakukan tindakan tidak datang lagi, pindah rumah sakit dan bahkan menjelek-jelekkkan pelayanan rumah sakit.

Pasien yang puas dengan pelayanan akan (1) menggunakan pelayanan kita bila suatu hari membutuhkan kembali, (2) menganjurkan orang lain menggunakan kita, dan (3) membela kita bila ada orang lain menjelekkkan pelayanan kita. Kesemuanya akhirnya menjadikan rumah sakit berlabab, bisa hidup terus dan

² Supriyanto,S dan Emawaty.Pemasaran Industri Jasa Kesehatan. Yogyakarta : Andi. 2010.

berkembang. Keuntungan yang dikembalikan pada kesejahteraan karyawan dan manajemen akan menimbulkan etos kerja serta pelayanan yang berkualitas. Sebaliknya, pasien yang tidak puas akan meninggalkan kita dan tidak membela kita, lalu akhirnya rumah sakit akan rugi dan tidak beroperasi lagi.

Biaya untuk memperoleh pelanggan baru 6-7 kali lebih mahal daripada mempertahankan pelanggan (*Harvard Business Review*). Artinya, dengan menaikkan jumlah 6% akan menaikkan profitabilitas antara 36-42%. Oleh karena itu, fokus perhatian mempertahankan pelanggan akan menjanjikan keuntungan. Bila dikaitkan dengan hukum Pareto, maka menangani keluhan meskipun jumlahnya kecil 5% akan memberikan kenaikan profitabilitas paling baik daripada bila kita menyelesaikan masalah-masalah yang lain.

Tuntutan masyarakat yang semakin meningkat sebagai salah satu dampak transisi demografi membawa konsekuensi pula pada tuntutan perubahan pola pikir para *provider* di bidang kesehatan. Saat ini masyarakat sudah semakin mampu baik dalam aspek ekonomi maupun dalam menentukan pilihan. Oleh karena itu, *provider* pemberi pelayanan kesehatan harus menyadari bahwa hanya mereka yang fokus pada pelangganlah yang mampu bertahan hidup dalam era penuh persaingan dan dalam keterbatasan sumber daya.

Mengelola rumah sakit merupakan tugas yang rumit dan penuh tantangan. Sementara itu, dewasa ini perumahsakitannya berkembang menjadi industri jasa rumah sakit, sebagai industri jasa mempunyai fungsi sosial dan fungsi ekonomi (Djojodibroto, 1997).

Biaya pengelolaan rumah sakit pemerintah tidak sepenuhnya dapat diandalkan hanya dengan mengharapkan anggaran pemerintah (seperti APBN dan APBD)

yang relatif terbatas. Pada sisi lain terjadi peningkatan permintaan pelayanan rumah sakit oleh penduduk. Kondisi ini mendorong rumah sakit mencari solusi lain, diantaranya adalah mendirikan paviliun swasta, yaitu ruangan rawat inap yang dilengkapi dengan sarana sangat memadai, dan pasien dipungut bayaran seperti halnya di rumah sakit swasta (Iskandar, 1998).

Keberadaan ruang perawatan VIP di rumah sakit pemerintah, dapat membuat tenaga kesehatan termotivasi untuk memberikan kinerja terbaik, sebab tenaga kesehatan dapat meningkatkan pendapatannya. Pada sisi lain, sebagian masyarakat percaya mutu merupakan sesuatu yang bersifat luks, mewah, dan mahal (Trisnantoro, 2005; Mukti, 2007).

Salah satu kegiatan dalam upaya meningkatkan pelayanan publik adalah menyusun Indeks Kepuasan Masyarakat sebagai tolok ukur terhadap optimalisasi kinerja pelayanan publik oleh aparatur pemerintah kepada masyarakat. Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) yang berpedoman pada Keputusan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor: KEP/25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat ini selanjutnya akan dibandingkan dengan kinerja aktualnya sehingga dari sini akan diperoleh indeks kepuasan masyarakat yang mencerminkan kualitas pelayanan publik yang diterima oleh masyarakat.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sultan Imanuddin Pangkalan Bun pada tahun 2012 telah melaksanakan survei kepuasan pelanggan. Dari hasil survei pada Lampiran 1 dapat disimpulkan bahwa nilai Indeks Kepuasan Masyarakat di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun Tahun 2012 sebesar 72,77% dan pelanggan yang menyatakan puas sebesar 98%. Hal ini menunjukkan bahwa

kinerja Unit Pelayanan di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun termasuk dalam kategori baik dan masyarakat merasa puas dengan pelayanan yang dilakukan oleh RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun. Nilai capaian Indeks Kepuasan Masyarakat tertinggi terdapat pada unsur 'keamanan pelayanan' (75,21%) dan nilai Indeks Kepuasan Masyarakat yang terendah pada unsur 'kecepatan pelayanan' (70,63%). Unit pelayanan yang memperoleh nilai IKM tertinggi adalah 'Klinik Gigi & Mulut, Kesehatan Jiwa' (76,19%) dan yang mempunyai nilai IKM terendah adalah 'Ruang Perawatan VIP (72,24%)'.

Meskipun nilai capaian Indeks Kepuasan Masyarakat termasuk kategori baik namun apabila dilihat dari tingkat kepuasan pelanggan maka masih ditemukan masyarakat yang masih merasa belum puas dengan pelayanan rumah sakit (2%). Sementara itu dari hasil rekapitulasi pengaduan pelayanan Halo Direktur pada tahun 2012 menunjukkan bahwa dari 149 pengaduan yang masuk terdapat 8 kali atau sekitar 4% yang mengadukan terkait pelayanan di ruang perawatan VIP.

Sebagaimana usaha jasa lainnya, RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun harus selalu memperhatikan perilaku konsumennya agar dapat memuaskan pelayanannya. Menurut Engel, Blackwell, dan Miniard (1994), perilaku konsumen terutama terbentuk dari sikap dan perilaku konsumen. Jika sikap dan perilaku konsumen teridentifikasi, maka pihak manajemen dapat meningkatkan posisi merek dengan menggunakan informasi ini (Cravens, 1997).

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas maka penulis membuat judul penelitian "Analisis Sikap Dan Perilaku Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan Di Ruang Perawatan VIP Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Imanuddin Pangkalan Bun".

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dikemukakan di atas, maka rumusan beberapa permasalahan yang hendak diketahui dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimana sikap dan perilaku pasien terhadap atribut-atribut jasa yang diberikan di Ruang Perawatan VIP berdasarkan karakteristik pasien?
2. Atribut-atribut apa saja yang berperan secara dominan dalam mempengaruhi sikap dan perilaku pasien terhadap pelayanan kesehatan di Ruang Perawatan VIP?
3. Atribut-atribut apa saja yang perlu menjadi prioritas perbaikan di Ruang Perawatan VIP?

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk:

1. Menganalisis sikap dan perilaku pasien terhadap atribut-atribut jasa pelayanan kesehatan di Ruang Perawatan VIP berdasarkan karakteristik pasien.
2. Menganalisis atribut-atribut jasa yang berperan secara dominan dalam mempengaruhi sikap dan perilaku pasien terhadap pelayanan kesehatan di Ruang Perawatan VIP.
3. Menganalisis prioritas perbaikan atribut jasa pelayanan kesehatan di Ruang Perawatan VIP.

D. Kegunaan Penelitian

Hasil penelitian ini dapat diharapkan memberikan manfaat sebagai berikut:

1. Manfaat teoritis

Secara teoritis penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat dan menambah khazanah keilmuan analisis kebijakan publik dan pelayanan publik khususnya untuk memperoleh pemahaman yang mendalam mengenai isu-isu kebijakan dan masalah-masalah pelayanan kesehatan di rumah sakit untuk mencari solusi-solusi masalah dengan lebih baik melalui analisis sikap dan perilaku pasien terhadap pelayanan kesehatan rawat inap di rumah sakit.

2. Manfaat praktis

a. Bagi masyarakat/pengguna layanan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan dorongan moral dan membangkitkan kesadaran akan hak dan kewajiban, serta memberikan pengetahuan kepada masyarakat/pengguna layanan bagaimana proses pelayanan yang seharusnya diperoleh dan mengajak untuk berpikir kritis terhadap ketimpangan yang ada di lingkungan sekitar.

b. Bagi RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

Hasil penelitian ini diharapkan mampu memberikan rekomendasi kepada *public policy maker* untuk melakukan evaluasi dan mencari solusi sehingga didapat kebijakan yang mampu mengatasi masalah-masalah pelayanan publik yang terjadi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teori

1. Kebijakan publik

Irfan Islamy telah mengumpulkan beberapa pengertian kebijakan publik, seperti pendapat Thomas R. Dye, George C. Edwards III dan Ira Sharkansy, James Anderson dan David Easton. Apabila diperhatikan dengan seksama terdapat beberapa sudut pandang dari para ilmuwan administrasi publik yang dapat diklasifikasikan sebagai berikut.

a. Kebijakan publik dipandang sebagai tindakan pemerintah.

Thomas R. Dye, mengemukakan kebijakan publik sebagai “apapun pilihan pemerintah untuk melakukan dan tidak melakukan”. Dalam upaya mencapai tujuan negara, pemerintah perlu mengambil pilihan langkah tindakan yang dapat berupa melakukan ataupun tidak melakukan sesuatu. Tidak melakukan sesuatu apapun merupakan suatu kebijakan publik karena merupakan upaya pencapaian tujuan dan pilihan tersebut memiliki dampak yang sama besarnya dengan pilihan langkah untuk melakukan sesuatu terhadap masyarakat.

Senada dengan pandangan Dye adalah George C. Edwards III dan Ira Sharkansky dalam Suwitri (2008:9) juga menyatakan bahwa kebijakan publik merupakan:

“Apa yang dinyatakan dan dilakukan atau tidak dilakukan oleh pemerintah yang dapat ditetapkan dalam peraturan-peraturan perundang-undangan atau dalam *policy statement* yang berbentuk pidato-pidato dan wacana yang diungkap pejabat politik dan pejabat pemerintah yang

segera ditindaklanjuti dengan program-program dan tindakan pemerintah”.

Kedua definisi baik dari Dye dan Edwards III dan Sharkansky sama-sama menyetujui bahwa kebijakan publik termasuk juga dalam hal “keputusan untuk tidak melakukan tindakan apapun”. Suwitri (2008:11) memberi contoh bahwa keputusan pemerintah untuk menunda pelaksanaan Undang-Undang Anti Pornografi dan Pornoaksi sehingga dalam hal ini pemerintah tidak melakukan tindakan apapun untuk menjalankan Undang-Undang tersebut juga termasuk kebijakan publik.

Menurut James A. Anderson dalam Subarsono (2005:2), kebijakan publik merupakan “kebijakan yang ditetapkan oleh badan-badan dan aparat pemerintah”.

- b. Kebijakan publik dipandang sebagai pengalokasian nilai-nilai masyarakat yang dilakukan pemerintah.

Definisi dari kebijakan publik yang paling awal dikemukakan oleh Harold Laswell dan Abraham Kaplan dalam Howlett dan Ramesh (1995:2) yang mendefinisikan kebijakan publik (*public policy*) sebagai “suatu program yang diproyeksikan dengan tujuan-tujuan, nilai-nilai, dan praktik-praktik tertentu (*a projected of goals, values, and practices*)”.

Senada dengan Laswell dan Kaplan, David Easton dalam Subarsono (2005:2) mendefinisikan kebijakan publik sebagai “pengalokasian nilai-nilai secara paksa (*sah*) kepada seluruh anggota masyarakat”, karena setiap kebijakan mengandung seperangkat nilai di dalamnya.

- c. Kebijakan publik dipandang sebagai rancangan program-program yang dikembangkan pemerintah untuk mencapai tujuan.

Sudut pandang ini sesuai dengan definisi kebijakan publik menurut James A. Anderson, dan definisi kebijakan publik menurut George C. Edwards III dan Sharkansky yaitu: “kebijakan publik adalah suatu tindakan pemerintah yang berupa program-program pemerintah untuk pencapaian sasaran atau tujuan”.

Dari tiga poin di atas maka kita bisa menarik benang merah dari definisi kebijakan publik dalam Lampiran 1 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor : PER/04/M.PAN/4/2007 tentang Pedoman Umum Formulasi, Implementasi, Evaluasi Kinerja, dan Revisi Kebijakan Publik di Lingkungan Lembaga Pemerintah Pusat dan Daerah. Dalam Peraturan Menteri ini, kebijakan publik adalah “keputusan yang dibuat oleh pemerintah atau lembaga pemerintahan untuk mengatasi permasalahan tertentu, untuk melakukan kegiatan tertentu atau untuk mencapai tujuan tertentu yang berkenaan dengan kepentingan dan manfaat orang banyak”. Dalam Peraturan Menteri tersebut, kebijakan publik mempunyai 2 (dua) bentuk yaitu peraturan yang terkodifikasi secara formal dan legal, dan pernyataan pejabat publik di depan publik.

Menurut Subarsono (2005:3) kebijakan publik dapat berupa Undang-Undang, Peraturan Pemerintah, Peraturan Pemerintah Provinsi, Peraturan Pemerintah Kota/Kabupaten, dan Keputusan Walikota/Bupati. Berdasarkan Peraturan Menteri ini, pernyataan pejabat publik juga merupakan bagian kebijakan publik. Hal ini dapat dipahami karena pejabat publik adalah salah satu aktor kebijakan yang turut berperan dalam implementasi kebijakan itu sendiri.

Menurut Dunn proses kebijakan publik terdiri dari lima tahapan yaitu sebagai berikut :

- 1) Penyusunan agenda (*agenda setting*), yakni suatu proses agar suatu masalah bisa mendapat perhatian dari pemerintah.
- 2) Formulasi kebijakan (*policy formulation*), yakni suatu proses perumusan pilihan-pilihan atau alternatif pemecahan masalah oleh pemerintah.
- 3) Penentuan kebijakan (*policy adoption*), yakni suatu proses dimana pemerintah menetapkan alternatif kebijakan apakah sesuai dengan kriteria yang harus dipenuhi, menentukan siapa pelaksana kebijakan tersebut, dan bagaimana proses atau strategi pelaksanaan kebijakan tersebut.
- 4) Implementasi kebijakan (*policy implementation*), yaitu suatu proses untuk melaksanakan kebijakan supaya mencapai hasil, pada tahap ini perlu adanya dukungan sumberdaya dan penyusunan organisasi pelaksana kebijakan.
- 5) Evaluasi kebijakan (*policy evaluation*), yakni suatu proses untuk memonitor dan menilai hasil atau kinerja kebijakan (Subarsono, 2005).

2. Kebijakan bidang kesehatan

Kebijakan publik bersifat *multidisipliner* termasuk dalam bidang kesehatan sehingga kebijakan kesehatan merupakan bagian dari kebijakan publik. Dari penjelasan tersebut maka diuraikanlah tentang pengertian kebijakan kesehatan yaitu konsep dan garis besar rencana suatu pemerintahan untuk mengatur atau mengawasi pelaksanaan pembangunan kesehatan dalam rangka mencapai derajat kesehatan yang optimal pada seluruh rakyatnya (AKK USU, 2010).

Kebijakan kesehatan merupakan pedoman yang menjadi acuan bagi semua pelaku pembangunan kesehatan, baik pemerintah, swasta, dan masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan dengan memperhatikan kerangka desentralisasi dan otonomi daerah (Depkes RI, 2009).

Kebijakan kesehatan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit antara lain sebagai berikut:

- a. Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit menyebutkan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.
- b. Pada Sistem Kesehatan Nasional (SKN) Tahun 2009 disebutkan bahwa pelayanan kesehatan bagi masyarakat harus berkualitas, terjamin keamanannya bagi penerima dan pemberi upaya, dapat diterima masyarakat, efektif dan sesuai, serta mampu menghadapi tantangan global dan regional.
- c. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan R.I. Tahun 2010-2014 menyebutkan bahwa sasaran hasil Program Pembinaan Upaya Kesehatan adalah meningkatkan upaya kesehatan dasar, rujukan, tradisional, alternatif dan komplementer, kesehatan kerja, olah raga dan matra, serta standarisasi, akreditasi, dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan.
- d. Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan di Rumah Sakit yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan R.I. pada tahun 2008 menerangkan bahwa rumah sakit harus mempunyai program peningkatan mutu internal dan eksternal, untuk mengevaluasi seluruh kegiatan yang berkaitan dengan pelayanan bagi pasien dan rumah sakit kelas C diwajibkan sudah terakreditasi 5 pelayanan.

- e. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2014 Tentang Pedoman Survei Kepuasan Masyarakat Terhadap Penyelenggaraan Pelayanan Publik.
- f. Keputusan Menteri Kesehatan R.I. Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit menyebutkan bahwa mutu, cakupan dan efisiensi pelayanan kesehatan di rumah sakit perlu terus ditingkatkan sejalan dengan tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang lebih baik.

3. Evaluasi kebijakan publik

Sebuah kebijakan publik tidak bisa dilepas begitu saja, tanpa dilakukan evaluasi. Evaluasi kebijakan dilakukan untuk menilai sejauhmana keefektifan kebijakan publik untuk dipertanggung jawabkan kepada publiknya dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Evaluasi dibutuhkan untuk melihat kesenjangan antara harapan dan kenyataan.

Menurut Winarno (2008:225) bila kebijakan dipandang sebagai suatu pula kegiatan yang berurutan, maka evaluasi kebijakan merupakan tahap akhir dalam proses kebijakan. Namun demikian, ada beberapa ahli yang mengatakan sebaliknya bahwa evaluasi bukan merupakan tahap akhir dari proses kebijakan publik. Pada dasarnya, kebijakan publik dijalankan dengan maksud tertentu, untuk meraih tujuan-tujuan tertentu yang berangkat dari masalah-masalah yang telah dirumuskan sebelumnya. Evaluasi dilakukan karena tidak semua program kebijakan publik meraih hasil yang diinginkan. Seringkali terjadi, kebijakan publik gagal meraih maksud atau tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Dengan demikian, evaluasi kebijakan ditujukan untuk melihat sebab-sebab

kegagalan suatu kebijakan atau untuk mengetahui apakah kebijakan publik yang telah dijalankan meraih dampak yang diinginkan. Dalam bahasa yang lebih singkat evaluasi adalah kegiatan yang bertujuan untuk menilai “manfaat” suatu kebijakan.

Secara umum evaluasi kebijakan dapat dikatakan sebagai kegiatan yang menyangkut estimasi atau penilaian kebijakan yang mencakup substansi, implementasi dan dampak. Dalam hal ini, evaluasi kebijakan dipandang sebagai suatu kegiatan fungsional. Artinya, evaluasi kebijakan tidak hanya dilakukan pada tahap akhir saja, melainkan dilakukan dalam seluruh proses kebijakan. Dengan demikian, evaluasi kebijakan bisa meliputi tahap perumusan masalah-masalah kebijakan, program-program yang diusulkan untuk menyelesaikan masalah kebijakan, implementasi, maupun tahap dampak kebijakan.

Dane (Wibawa, 1994) menyebutkan ada dua tipe evaluasi yaitu:

- a. *Sumative evaluation*, adalah penilaian dampak dari suatu program, disebut juga dengan evaluasi dampak (*out come evaluation*)
- b. *Formative evaluation*, adalah penilaian terhadap proses dari program, disebut pula evaluasi proses.

Putra (2003:100-101) mengemukakan tiga macam evaluasi kebijakan publik, yaitu: (1) evaluasi administratif, yaitu evaluasi yang dilakukan di dalam lingkup pemerintahan atau di dalam instansi-instansi. Sorotan dari evaluasi ini adalah hal-hal yang berkaitan dengan prosedur kebijakan publik dan aspek finansial; (2) evaluasi yudisial; yaitu evaluasi yang berkaitan dengan objek-objek hukum. Apakah terdapat pelanggaran hukum atau tidak dari kebijakan publik

yang sedang dievaluasi tersebut; (3) evaluasi politik, yaitu evaluasi yang menyangkut pertimbangan-pertimbangan politik dari suatu kebijakan.

Anderson dalam Winarno (2008:227) membagi evaluasi kebijakan ke dalam tiga tipe. Masing-masing tipe evaluasi yang diperkenalkan ini didasarkan pada pemahaman para evaluator terhadap evaluasi. Tipe pertama, evaluasi kebijakan dipahami sebagai kegiatan fungsional. Tipe kedua, merupakan tipe evaluasi yang memfokuskan diri pada bekerjanya kebijakan atau program tertentu. Tipe ketiga adalah tipe evaluasi sistematis.

Pendapat Anderson tersebut dapat dijelaskan yaitu Tipe evaluasi pertama, bila evaluasi kebijakan dipahami sebagai kegiatan fungsional, maka evaluasi kebijakan dipandang sebagai kegiatan yang sama pentingnya dengan kebijakan itu sendiri. Para pembentuk kebijakan dan administrator selalu membuat pertimbangan-pertimbangan mengenai manfaat atau dampak dari kebijakan-kebijakan, program-program dan proyek-proyek. Pertimbangan-pertimbangan ini banyak memberi kesan bahwa pertimbangan-pertimbangan tersebut didasarkan pada bukti yang terpisah-pisah dan dipengaruhi oleh ideologi, kepentingan para pendukungnya dan kriteria-kriteria lainnya. Dengan demikian, suatu program kesejahteraan misalnya, oleh suatu kelompok tertentu mungkin akan dipandang sebagai program yang sangat sosialis, terlepas dari pertimbangan apa dampaknya yang sebenarnya. Oleh karena itu, program seperti ini tidak diharapkan untuk dilaksanakan tanpa melihat dampak yang sebenarnya dari program tersebut. Atau contoh yang lain misalnya, penjualan saham perusahaan-perusahaan pemerintah (BUMN) akan dipandang sebagai proses kapitalisasi dan dianggap akan mengancam kepentingan rakyat. Demikian juga misalnya menyangkut kompensasi yang diberikan kepada

pengangguran mungkin dianggap “buruk” karena evaluator “mengetahui banyak orang” yang tidak layak menerima keuntungan-keuntungan seperti itu. Pandangan-pandangan seperti ini muncul karena setiap orang dalam melihat persoalan-persoalan tadi menggunakan cara pandang yang berbeda. Sebagaimana telah kita singgung pada bab terdahulu dimana nilai-nilai dan kepentingan-kepentingan individu akan memengaruhi keseluruhan proses kebijakan. Oleh karena itu, evaluasi seperti ini akan mendorong terjadinya konflik karena evaluator-evaluator yang berbeda akan menggunakan kriteria-kriteria yang berbeda, sehingga kesimpulan yang didapatkannya pun berbeda mengenai manfaat dari kebijakan yang sama.

Tipe kedua merupakan tipe evaluasi yang memfokuskan diri pada bekerjanya kebijakan atau program-program tertentu. Tipe evaluasi seperti ini berangkat dari pertanyaan-pertanyaan dasar yang menyangkut: Apakah program dilaksanakan dengan semestinya? Berapa biayanya? Siapa yang menerima manfaat (pembayaran atau pelayanan), dan berapa jumlahnya? Apakah terdapat duplikasi atau kejenuhan dengan program-program lain? Apakah ukuran-ukuran dasar dan prosedur-prosedur secara sah diikuti? Dengan menggunakan pertanyaan-pertanyaan seperti ini dalam melakukan evaluasi dan memfokuskan diri pada bekerjanya kebijakan atau program-program, maka evaluasi dengan tipe seperti ini akan lebih membicarakan sesuatu mengenai kejujuran atau efisiensi dalam melaksanakan program. Namun demikian, evaluasi dengan menggunakan tipe seperti ini mempunyai kelemahan, yakni kecenderungannya untuk menghasilkan informasi yang sedikit mengenai dampak suatu program terhadap masyarakat.

Tipe evaluasi kebijakan ketiga adalah tipe evaluasi kebijakan sistematis. Tipe ini secara komparatif masih dianggap baru, tetapi akhir-akhir ini telah mendapat perhatian yang meningkat dari para peminat kebijakan publik. Evaluasi sistematis melihat secara obyektif program-program kebijakan yang dijalankan untuk mengukur dampaknya bagi masyarakat dan melihat sejauh mana tujuan-tujuan yang telah dinyatakan tersebut tercapai. Lebih lanjut, evaluasi sistematis diarahkan untuk melihat dampak yang ada dari suatu kebijakan dengan berpijak pada sejauh mana kebijakan tersebut menjawab kebutuhan atau masalah masyarakat. Dengan demikian, evaluasi sistematis akan berusaha menjawab pertanyaan-pertanyaan seperti: Apakah kebijakan yang dijalankan mencapai tujuan sebagaimana yang telah ditetapkan sebelumnya? Berapa biaya yang dikeluarkan serta keuntungan apa yang dia dapat? Siapa yang menerima keuntungan dan program kebijakan yang telah dijalankan? Dengan mendasarkan pada tipe-tipe pertanyaan evaluatif seperti ini, maka konsekuensi yang diberikan oleh evaluasi sistematis adalah bahwa evaluasi ini akan memberi suatu pemikiran tentang dampak dari kebijakan dan merekomendasikan perubahan-perubahan kebijakan dengan mendasarkan kenyataan yang sebenarnya kepada para pembentuk kebijakan dan masyarakat umum. Penemuan-penemuan kebijakan dapat digunakan untuk mengubah kebijakan-kebijakan dan program-program sekarang dan membantu dalam merencanakan kebijakan-kebijakan dan program-program lain di masa depan.

Namun demikian, suatu evaluasi tidak selamanya digunakan untuk hal-hal yang baik. Bisa juga evaluasi dilakukan untuk tujuan-tujuan buruk. Dalam hal ini Carol Weiss mengatakan bahwa para pembuat keputusan program melakukan

evaluasi untuk menunda keputusan; untuk membenarkan dan mengesahkan keputusan-keputusan yang sudah dibuat; untuk membebaskan diri dari kontroversi tentang tujuan-tujuan masa depan dengan mengelakkan tanggungjawab; mempertahankan program dalam pandangan pemilihnya, pemberi dana, atau masyarakat; serta untuk memenuhi syarat-syarat pemerintah atau yayasan dengan ritual evaluasi. Selain itu, evaluasi dapat digunakan untuk meraih tujuan-tujuan politik tertentu, misalnya evaluasi yang dilakukan oleh partai oposisi dalam suatu pemerintahan biasanya seringkali digunakan untuk menjatuhkan partai yang berkuasa. Oleh karena itu, motivasi seorang evaluator dalam melakukan evaluasi dapat dibedakan ke dalam dua bentuk, yakni motivasi untuk melayani kepentingan publik dan motivasi untuk melayani kepentingan pribadi. Bila seorang evaluator mempunyai motivasi pelayanan publik, maka evaluasi digunakan untuk tujuan-tujuan yang baik, yakni dalam rangka membenahi kualitas kebijakan publik. Namun bila para evaluator lebih mengedepankan melayani kepentingan sendiri, maka evaluasi kebijakan yang dijalankan digunakan untuk hal-hal yang kurang baik.

Fungsi evaluasi kebijakan publik menurut Nugroho (2011:463) memiliki empat fungsi, yaitu eksplanasi, kepatuhan, audit, dan akunting. Melalui evaluasi dapat dipotret realitas pelaksanaan program dan generalisasi tentang pola-pola hubungan antar-berbagai dimensi realitas yang diamatinya. (1) Eksplanasi, evaluator dapat mengidentifikasi masalah, kondisi, dan aktor yang mendukung keberhasilan atau kegagalan kebijakan; (2) Kepatuhan, melalui evaluasi dapat diketahui apakah tindakan para pelaku, baik birokrasi maupun pelaku lainnya, sesuai dengan standar prosedur yang ditetapkan kebijakan; (3) Audit, Melalui

evaluasi dapat diketahui, apakah *output* benar-benar sampai kekelompok saran kebijakan, atau ada kebocoran, atau penyimpangan; (4) Akunting, melalui evaluasi dapat diketahui apa akibat ekonomi dari kebijakan tersebut.

Evaluasi kinerja kebijakan dilakukan untuk menilai hasil yang dicapai oleh suatu kebijakan setelah dilaksanakan. Hasil yang dicapai dapat diukur dalam ukuran jangka pendek atau *output*, jangka panjang atau *outcome*. Evaluasi kinerja kebijakan dengan melakukan penilaian komprehensif terhadap:

- a. Pencapaian target (*output*)
- b. Pencapaian tujuan kebijakan (*outcome*)
- c. Kesenjangan (*gap*) antar target dan tujuan dengan pencapaian
- d. Perbandingan (*benchmarking*) dengan kebijakan yang sama di tempat lain yang berhasil.
- e. Identifikasi faktor pendukung keberhasilan dan kegagalan sehingga menyebabkan kesenjangan, dan memberikan rekomendasi untuk menanggulangi kesenjangan.

Fungsi dari evaluasi kebijakan publik menurut Putra (2003:93) ada tiga hal pokok, yaitu: (1) memberi informasi yang valid tentang kinerja kebijakan; (2) untuk menilai kepasan tujuan atau target dengan masalah yang dihadapi; dan (3) untuk memberi sumbangan pada kebijakan lain terutama segi metodologinya. Ketiga fungsi tersebut menunjukkan pentingnya evaluasi kebijakan dilakukan agar proses kebijakan secara keseluruhan dapat berlangsung secara baik.

Menurut Lester dan Stewart dalam Winarno (2008:227), evaluasi kebijakan dapat dibedakan ke dalam dua tugas yang berbeda. *Tugas pertama* adalah untuk

menentukan konsekuensi-konsekuensi apa yang ditimbulkan oleh suatu kebijakan dengan cara menggambarkan dampaknya. Sedangkan *tugas kedua* adalah untuk menilai keberhasilan atau kegagalan dari suatu kebijakan berdasarkan standar atau kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya. Tugas pertama merujuk pada usaha untuk melihat apakah program kebijakan publik mencapai tujuan atau dampak yang diinginkan ataukah tidak. Bila tidak, faktor-faktor apa yang menjadi penyebabnya? Misalnya, apakah karena terjadi kesalahan dalam merumuskan masalah ataukah karena faktor-faktor yang lain? *Tugas kedua* dalam evaluasi kebijakan pada dasarnya berkait erat dengan tugas yang pertama. Setelah kita mengetahui konsekuensi-konsekuensi kebijakan melalui penggambaran dampak kebijakan publik, maka kita dapat mengetahui apakah program kebijakan yang dijalankan sesuai atau tidak dengan dampak yang diinginkan. Dari sini kita dapat melakukan penilaian apakah program yang dijalankan berhasil ataukah gagal? Dengan demikian, tugas kedua dalam evaluasi kebijakan adalah menilai apakah suatu kebijakan berhasil atau tidak dalam meraih dampak yang diinginkan. Dari kedua hal yang dipaparkan di atas, maka kita dapat menarik suatu kesimpulan mengenai arti pentingnya evaluasi dalam kebijakan publik. Pengetahuan menyangkut sebab-sebab kegagalan suatu kebijakan dalam meraih dampak yang diinginkan dapat dijadikan pedoman untuk mengubah atau memperbaiki kebijakan di masa yang akan datang.

Untuk memenuhi tugas tersebut, suatu evaluasi kebijakan harus meliputi beberapa kegiatan, yakni pengkhususan (*spesification*), pengukuran (*measurement*), analisis, dan rekomendasi. Spesifikasi merupakan kegiatan yang paling penting di antara kegiatan yang lain dalam evaluasi kebijakan. Kegiatan

ini meliputi identifikasi tujuan atau kriteria melalui mana program kebijakan tersebut akan dievaluasi. Ukuran-ukuran atau kriteria-kriteria inilah yang akan kita pakai untuk menilai manfaat program kebijakan. Pengukuran menyangkut aktivitas pengumpulan informasi yang relevan untuk obyek evaluasi, sedangkan analisis adalah penggunaan informasi yang telah terkumpul dalam rangka menyusun kesimpulan. Dan akhirnya, rekomendasi, yakni penentuan mengenai apa yang harus dilakukan di masa yang akan datang.

Terdapat beberapa alasan untuk menjawab mengapa perlu ada kegiatan evaluasi kebijakan. Alasan tersebut dapat diklasifikasikan menjadi dua dimensi, internal dan eksternal. Yang bersifat internal, antara lain:

- a. Untuk mengetahui keberhasilan suatu kebijakan. Dengan adanya evaluasi kebijakan dapat ditemukan informasi apakah suatu kebijakan sukses ataukah sebaliknya.
- b. Untuk mengetahui efektivitas kebijakan. Kegiatan evaluasi kebijakan dapat mengemukakan penilaian apakah suatu kebijakan mencapai tujuannya atau tidak.
- c. Untuk menjamin terhindarinya pengulangan kesalahan (*guarantee to non-recurrence*). Informasi yang memadai tentang nilai sebuah hasil kebijakan dengan sendirinya akan memberikan rambu agar tidak terulang kesalahan yang sama dalam implementasi yang serupa atau kebijakan yang lain pada masa-masa yang akan datang.

Sedangkan alasan yang bersifat eksternal paling tidak untuk dua kepentingan:

- a. Untuk memenuhi prinsip akuntabilitas publik. Kegiatan penilaian terhadap kinerja kebijakan yang telah diambil merupakan salah satu bentuk

pertanggungjawaban pengambil kebijakan kepada publik, baik yang terkait secara langsung maupun tidak dengan implementasi tindakan kebijakan.

- b. Untuk mensosialisasikan manfaat sebuah kebijakan. Dengan adanya kegiatan evaluasi kebijakan, masyarakat luas, khususnya kelompok sasaran dan penerima, manfaat dapat mengetahui manfaat kebijakan secara lebih terukur.

4. Pelayanan publik

Pelayanan umum menurut Ratminto dan Atik S. W. (2005:4-5) dapat disejajarkan atau dipadankan dengan istilah pelayanan publik (*public service*).

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 81 Tahun 1993 yang kemudian disempurnakan dengan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63 Tahun 2003 mendefinisikan pelayanan umum sebagai:

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

Hakikat pelayanan publik adalah pemberian pelayanan prima kepada masyarakat yang merupakan perwujudan kewajiban aparatur pemerintah sebagai abdi masyarakat. Untuk itu, penyelenggaraan pelayanan publik perlu memperhatikan dan menerapkan prinsip, standar, pola penyelenggaraan, biaya, pelayanan bagi penyandang cacat, lanjut usia, wanita hamil dan Balita, pelayanan khusus, biro jasa perjalanan, tingkat kepuasan masyarakat, pengawasan penyelenggaraan, penyelesaian pengaduan sengketa, serta evaluasi kinerja penyelenggaraan pelayanan publik.

Ukuran keberhasilan penyelenggaraan pelayanan ditentukan oleh tingkat kepuasan penerima pelayanan. Kepuasan penerima pelayanan dicapai apabila

penerima pelayanan memperoleh pelayanan sesuai dengan yang dibutuhkan dan diharapkan. Oleh karena itu dalam kaitannya dengan tingkat kepuasan masyarakat, Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63 Tahun 2003 mengamanatkan agar setiap penyelenggara pelayanan secara berkala melakukan survei indeks kepuasan masyarakat.

Selama ini proses penyelenggaraan pelayanan publik yang diselenggarakan oleh pemerintah masih sangat tertutup bagi partisipasi warga negara. Warga ditempatkan hanya sebagai pengguna yang pasif dan harus menerima pelayanan publik sebagaimana adanya. Mereka tidak memiliki hak untuk berbicara, kesulitan mengajukan komplain, apalagi ikut memutuskan mengenai apa pelayanan yang akan diselenggarakan, bagaimana kualitasnya, dan bagaimana pelayanan tersebut seharusnya dilakukan. Namun dengan pendekatan paradigma baru tentang pelayanan publik, warga masyarakat bisa diberdayakan potensinya bukan hanya sebagai pengguna pasif tetapi juga bisa ikut menentukan bagaimana proses penyelenggaraan pelayanan tersebut seharusnya diselenggarakan.

New Public Services (NPS) merupakan paradigma baru dalam pelayanan publik yang merupakan perkembangan paradigma sebelumnya, yakni *New Public Management* (NPM). Munculnya NPM mencapai puncaknya ketika diterapkan prinsip *good governance* (kepemerintahan yang baik). Dalam perkembangan selanjutnya, kira-kira 10 tahun kemudian NPS muncul. Beberapa hal yang terkait dengan manajemen klasik dan NPM harus ditinggalkan, dan mulai beralih kepada 7 (tujuh) hal pokok (Denhardt dan Denhardt, 2003) sebagai berikut:

- a. Melayani warga masyarakat, bukan pelanggan (*serve citizen, not customers*),
- b. Mengutamakan kepentingan publik (*seek the public interest*),

- c. Lebih menghargai kewargaan daripada kewirausahaan (*value citizenship over entrepreneurship*),
- d. Berpikir strategis, dan bertindak demorkatis (*think strategically, act democratically*),
- e. Mengakui bahwa akuntabilitas bukan sesuatu yang mudah (*recognize that accountability is not simple*),
- f. Melayani daripada mengendalikan (*serve rather than steer*),
- g. Menghargai orang, bukanlah produktivitas semata (*value people, not just productivity*).

5. Pelayanan kesehatan

Menurut Levey dan Loomba dalam Ilyas (2003), yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan seseorang, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang ideal mengandung arti bahwa pelayanan sesuai dengan kondisi penyakit yang diderita dan keberadaan pasien, tanpa mengenal diskriminatif dari segi apapun, dan menjangkau semua lapisan masyarakat di seluruh wilayah Indonesia (BPS, 2004).

Menurut Ilyas (2003), pelayanan kesehatan merupakan suatu produk jasa yang unik jika dibandingkan dengan produk jasa lainnya. Hal ini disebabkan karena pelayanan kesehatan memiliki tiga ciri utama, yaitu:

a. *Uncertainty*

Artinya adalah pelayanan kesehatan bersifat tidak bisa dipastikan baik waktunya, tempatnya, besarnya biaya yang dibutuhkan maupun tingkat *urgensi* dari pelayanan tersebut.

b. *Asymetry of Information*

Asymetry of Information adalah suatu keadaan tidak seimbang antara pengetahuan pemberi pelayanan kesehatan (PPK: dokter, perawat, dsb) dengan pengguna atau pembeli jasa pelayanan kesehatan. Ketidakseimbangan informasi ini meliputi informasi tentang butuh tidaknya seseorang akan suatu pelayanan, tentang kualitas suatu pelayanan, tentang harga dan manfaat dari suatu pelayanan. Karena pembeli jasa pelayanan/pasien kurang informasi (*customer ignorance*), maka pasien pun menyerahkan sepenuhnya kepada dokter yang bertindak terhadap dirinya. Dampak dari hal ini adalah apabila dokter tersebut hanya berorientasi terhadap uang dibandingkan dengan tugas mulianya, maka bisa jadi dokter tersebut memberikan pelayanan yang sebetulnya tidak perlu diberikan (*supply induce demand/moral hazard*) atau bisa jadi dia memberikan pelayanan dengan kualitas yang rendah.

c. *Externality*

Externality menunjukkan bahwa pengguna jasa dan bukan pengguna jasa pelayanan kesehatan dapat bersama-sama menikmati hasilnya. Demikian juga resiko kebutuhan pelayanan kesehatan tidak saja menimpa diri pembeli tetapi juga pihak lain mungkin terpapar oleh faktor resiko yang menimbulkan penyakit.

Selain itu, pelayanan kesehatan juga memiliki sifat khusus yaitu bahwa baik pihak *provider* maupun tertanggung jarang mempertimbangkan aspek-aspek biaya, selama itu menyangkut masalah penyembuhan. PPK mendapat kemudahan untuk mempraktekkan pengetahuan secara efektif dan sekaligus mendapatkan keuntungan finansial dari seluruh tindakan medis maupun perawatan yang

dilakukan. Di lain pihak, tertanggung yang tidak secara langsung terbebani biaya tidak terlalu *concern* pada masalah pembiayaan kesehatan. Tidak heran bila di Amerika dikenal apa yang disebut *the law of medical money* yang berarti bahwa hukum mengatakan berapapun jumlah uang yang tersedia untuk pelayanan kesehatan akan selalu habis mengingat kebutuhan para konsumen dan keinginan para pemberi pelayanan kesehatan akan selalu disesuaikan dengan uang yang tersedia (Ilyas, 2003).

Seperti yang disampaikan oleh Feldstein dalam Ilyas (2003), bahwa dengan mengerti tentang utilisasi pelayanan kesehatan maka akan memungkinkan semakin akuratnya upaya peningkatan pelayanan kesehatan di masa depan. Artinya, data dan informasi penggunaan pelayanan kesehatan merupakan dokumen substansial untuk merancang program pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan mampu dibeli oleh masyarakat.

Peta pemanfaatan pelayanan kesehatan dapat digunakan untuk mengevaluasi sejauh mana efektivitas dan efisiensi dari penyelenggaraan program pelayanan kesehatan. Hasil dari evaluasi tersebut dapat digunakan sebagai masukan untuk perencanaan bisnis asuransi kesehatan, seperti: mengembangkan produk baru yang kompetitif di pasar asuransi kesehatan. Pihak manajemen dapat lebih akurat membaca peluang yang ada dan melakukan alokasi sumber daya yang ada, baik itu alokasi sumber daya manusia maupun alokasi keuangan.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah hasil dari proses pencarian pelayanan kesehatan oleh seseorang maupun kelompok. Pengetahuan tentang faktor yang mendorong individu membeli pelayanan kesehatan merupakan informasi kunci untuk mempelajari utilisasi pelayanan kesehatan. Mengetahui

faktor-faktor yang mempengaruhi pencarian pelayanan kesehatan berarti juga mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan/utilisasi.

Menurut Notoatmodjo dalam Ilyas (2003), perilaku pencarian pengobatan adalah perilaku individu maupun kelompok atau penduduk untuk melakukan atau mencari pengobatan. Perilaku pencarian pengobatan di masyarakat terutama di negara yang sedang berkembang sangat bervariasi. Hal ini dapat dilihat sebagai : usaha-usaha mengobati sendiri penyakitnya, atau mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan modern (puskesmas, klinik, perawat, dokter praktek, rumah sakit, dan lain-lain) maupun pengobatan tradisional (dukun, sinthe, dan lain-lain).

6. Rumah Sakit

Menurut WHO, rumah sakit adalah institusi yang merupakan bagian integral dari organisasi kesehatan dan organisasi sosial, berfungsi menyediakan pelayanan kesehatan yang lengkap, baik kuratif maupun preventif bagi pasien rawat jalan dan rawat inap kegiatan pelayanan medis serta perawatan. Institusi pelayanan ini juga merupakan latihan personil dan riset kesehatan.

Rumah sakit adalah bagian yang amat penting dari suatu sistem kesehatan. Dalam jejaring kerja pelayanan kesehatan, rumah sakit menjadi simpul utama yang berfungsi sebagai pusat rujukan. Rumah Sakit adalah organisasi yang bersifat padat karya, padat modal, padat teknologi dan padat ketrampilan.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuannya masing-masing berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat yang harus

diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu, membuat semakin kompleksnya permasalahan dalam rumah sakit.

Dalam penyelenggaraan pelayanan rumah sakit, maka rumah sakit harus melakukan upaya peningkatan mutu pelayanan umum dan pelayanan medik, baik melalui akreditasi, sertifikasi, ataupun proses peningkatan mutu lainnya.

7. Kualitas Pelayanan Rumah Sakit

Kualitas pelayanan rumah sakit adalah derajat kesempurnaan rumah sakit untuk memenuhi permintaan konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit dengan wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai dengan norma, etika, hukum dan sosio budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan konsumen.

Kualitas pelayanan tersebut merupakan fungsi harapan pasien pada saat sebelum melakukan keputusan atas pilihan yang dilakukan, pada proses penyediaan kualitas yang diterima dan pada kualitas *output* yang diterima. Kualitas pelayanan harus dimulai dari kebutuhan pasien dan berakhir dengan kepuasan pasien. Dua faktor utama yang mempengaruhi kepuasan pasien terhadap kualitas jasa yaitu jasa yang diharapkan (*expected service*) dan jasa yang dirasakan atau dipersepsikan (*perceived service*). Apabila *perceived service* sesuai dengan *expected service*, maka kualitas jasa akan dipersepsikan baik atau positif. Jika *perceived service* melebihi *expected service*, maka kualitas jasa dipersepsikan sebagai kualitas ideal atau *excellence*. Apabila *perceived service* lebih jelek

dibandingkan *expected service*, maka kualitas jasa dipersepsikan negatif atau buruk.

Berdasarkan uraian di atas maka dapat disimpulkan bahwa kualitas pelayanan adalah ukuran seberapa bagus pelayanan yang diberikan kepada pasien melalui pemenuhan kebutuhan pasien sehingga pasien dapat memperoleh kepuasan pasien.

Di Indonesia, langkah awal yang sangat mendasar dan terarah yang telah dilakukan Kementerian Kesehatan dalam rangka upaya peningkatan mutu yaitu penetapan kelas rumah sakit pemerintah melalui Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 033/Birhup/1972 yang telah diperbarui dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor: 340/Menkes/Per/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit. Secara umum telah ditetapkan beberapa kriteria untuk tiap kelas rumah sakit A, B, C dan D. Kriteria ini kemudian berkembang menjadi standar-standar. Berbagai standar baik menyangkut pelayanan, ketenagaan, sarana dan prasarana untuk masing-masing kelas rumah sakit telah ditetapkan. Di samping standar, Kementerian Kesehatan juga mengeluarkan berbagai pedoman dalam rangka meningkatkan penampilan pelayanan rumah sakit.

Kementerian Kesehatan R.I. telah mengembangkan berbagai indikator untuk mengukur dan mengevaluasi penampilan rumah sakit pemerintah kelas C. Indikator ini setiap dua tahun ditinjau kembali dan disempurnakan. Evaluasi penampilan rumah sakit telah dilengkapi dengan indikator kebersihan dan ketertiban serta instrumen mengukur kemampuan pelayanan rumah sakit dan yang di evaluasi selain kelas C juga kelas D dan kelas B serta rumah sakit swasta setara. Evaluasi penampilan rumah sakit ini merupakan langkah awal dari konsep

Continuous Quality Improvement (CQI). Berbeda dengan konsep QA tradisional dimana dalam monitor dan evaluasi dititikberatkan kepada pencapaian standar, maka pada CQI fokus lebih diarahkan kepada penampilan organisasi melalui penilaian pemilik, manajemen, klinik dan pelayanan penunjang. Perbedaan yang sangat mendasar yaitu keterlibatan seluruh karyawan.

8. Aspek-aspek kualitas pelayanan

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

- a. Keandalan yang mencakup dua hal pokok, yaitu konsistensi kerja dan kemampuan untuk dipercaya.
- b. Daya tangkap, yaitu sikap tanggap para karyawan rumah sakit melayani saat dibutuhkan pasien.
- c. Kemampuan, yaitu memiliki ketrampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan agar dapat memberikan jasa tertentu.
- d. Mudah untuk dihubungi atau ditemui.
- e. Sikap sopan santun, respek dan keramahan karyawan.
- f. Komunikasi, yaitu memberikan informasi kepada pelanggan dalam bahasa yang dapat mereka pahami, serta selalu mendengarkan saran dan keluhan pasien.
- g. Dapat dipercaya atau jujur.
- h. Jaminan keamanan.
- i. Usaha untuk mengerti dan memahami kebutuhan pasien.
- j. Bukti langsung yaitu bukti fisik dari jasa, bisa berupa fasilitas fisik, peralatan yang digunakan, representasi fisik dan jasa.

Dalam perkembangan berikutnya, Parasuraman 10 faktor yang mempengaruhi kualitas yang ada dirangkum menjadi 5 faktor pokok dalam keunggulan pelayanan, yaitu:

- a. *Bukti fisik (tangibles)*, bukti langsung yang meliputi fasilitas fisik, perlengkapan dan material yang digunakan rumah sakit dan penampilan karyawan yang ada.
- b. *Reliabilitas (reliability)* berkaitan dengan kehandalan kemampuan rumah sakit untuk memberikan pelayanan yang segera dan akurat sejak pertama kali tanpa membuat kesalahan apapun dan memuaskan
- c. *Daya tanggap (responsiveness)*, sehubungan dengan kesediaan dan kemampuan para karyawan untuk membantu para pasien dan merespon permintaan mereka dengan tanggap, serta menginformasikan jasa secara tepat.
- d. *Jaminan (assurance)* yakni mencakup pengetahuan, ketrampilan, kesopanan, mampu menumbuhkan kepercayaan pasiennya. Jaminan juga berarti bahwa bebas bahaya, resiko dan keragu-raguan.
- e. *Empati (empathy)* berarti kemudahan dalam melakukan hubungan komunikasi yang baik, perhatian pribadi dan memahami kebutuhan pasien sebagai pelanggan dan bertindak demi kepentingan pasien.

Berdasarkan uraian di atas maka dapat disimpulkan bahwa terdapat lima faktor atau aspek kualitas pelayanan yaitu bukti fisik, reliabilitas, daya tanggap, jaminan, empati.

9. Pelayanan rawat inap

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

- a. Tahap *Admission*, yaitu pasien dengan penuh kesabaran dan keyakinan dirawat tinggal di rumah sakit.
- b. Tahap *Diagnosis*, yaitu pasien diperiksa dan ditegakkan diagnosisnya.
- c. Tahap *Treatment*, yaitu berdasarkan diagnosis pasien dimasukkan dalam program perawatan dan terapi
- d. Tahap *Inspection*, yaitu secara terus menerus diobservasi dan dibandingkan pengaruh serta respon pasien atas pengobatan.
- e. Tahap *Control*, yaitu setelah dianalisa kondisinya, pasien dipulangkan. Pengobatan diubah atau diteruskan, namun dapat juga kembali ke proses untuk didiagnosa ulang.

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

10. Kualitas pelayanan rawat inap

Jacobalis (1993) menyampaikan bahwa kualitas pelayanan kesehatan di ruang rawat inap rumah sakit dapat diuraikan dari beberapa aspek, diantaranya adalah:

a. Penampilan keprofesian atau aspek klinis

Aspek ini menyangkut pengetahuan, sikap dan perilaku dokter dan perawat dan tenaga profesi lainnya.

b. Efisiensi dan efektivitas

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

c. Keselamatan pasien

Aspek ini menyangkut keselamatan dan keamanan pasien.

d. Kepuasan pasien

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

Menurut Adji Muslihuddin (1996), mutu asuhan pelayanan rawat inap dikatakan baik, apabila:

a. Memberikan rasa tenang kepada pasiennya yang biasanya orang sakit.

b. Menyediakan pelayanan yang benar-benar profesional dari setiap strata pengelola rumah sakit. Pelayanan bermula sejak masuknya pasien ke rumah sakit sampai pulang pasien.

Dari kedua aspek ini dapat diartikan sebagai berikut:

- a. Petugas menerima pasien dalam melakukan pelayanan terhadap pasien harus mampu melayani dengan cepat karena mungkin pasien memerlukan penanganan segera.
- b. Penanganan pertama dari perawat harus mampu membuat menaruh kepercayaan bahwa pengobatan yang diterima dimulai secara benar .
- c. Penanganan oleh para dokter dan perawat yang profesional akan menimbulkan kepercayaan pasien bahwa mereka tidak salah memilih rumah sakit.
- d. Ruangan yang bersih dan nyaman, memberikan nilai tambah kepada rumah sakit.
- e. Peralatan yang memadai dengan operator yang profesional
- f. Lingkungan rumah sakit yang nyaman.

11. Pelayanan tenaga medis

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

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

- a. Ketepatan diagnosis

- b. Ketepatan dan kecukupan terapi
- c. Catatan dan dokumen pasien yang lengkap
- d. Koordinasi perawatan secara kontinuitas bagi semua anggota keluarga

12. Pelayanan tenaga perawat

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

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

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

- a. Pelayanan keperawatan (*Nursing Service*) adalah seluruh fungsi, tugas, kegiatan dan tanggung jawab yang dilaksanakan oleh seorang perawat dalam praktik profesinya.
- b. Asuhan keperawatan (*Nursing Care*) adalah suatu pelayanan keperawatan langsung berupa bantuan, bimbingan, penyuluhan, pengawasan atau perlindungan yang diberikan oleh seorang perawat untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Menurut Doenges (2000) menyebutkan proses keperawatan adalah proses yang terdiri dari 5 tahap yang spesifik, yaitu:

a. Pengkajian

Adalah pengumpulan data yang berhubungan dengan pasien secara sistematis, meliputi fisik, psikologi, sosiokultural, spiritual, kognitif, kemampuan fungsional, perkembangan ekonomi dan gaya hidup. Pengkajian mencakup data yang dikumpulkan melalui wawancara, pengumpulan riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, laboratorium dan diagnosa serta melihat kembali catatan sebelumnya.

b. Identifikasi Masalah/Diagnosa Keperawatan

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

c. Perencanaan

Adalah proses dua bagian yaitu pertama adalah identifikasi tujuan dan hasil yang diinginkan dari pasien untuk memperbaiki masalah kesehatan atau kebutuhan yang telah dikaji, hasil yang diharapkan harus spesifik, realistik, dapat diukur, menunjukkan kerangka waktu yang pasti, mempertimbangkan keinginan dan sumber pasien. Kedua adalah pemilihan intervensi keperawatan yang tepat untuk membantu pasien dalam mencapai hasil yang diharapkan.

d. Implementasi

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

e. **Evaluasi**

Adalah menentukan kemajuan pasien terhadap pencapaian hasil yang diharapkan dan respon pasien terhadap keefektifan intervensi keperawatan.

Kemudian mengganti rencana keperawatan jika diperlukan.

13. Penyediaan sarana medik, non medik dan obat-obatan

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

14. Pengertian kepuasan

Kepuasan adalah reaksi emosional terhadap kualitas pelayanan yang dirasakan dan kualitas pelayanan yang dirasakan merupakan pendapat menyeluruh atau sikap yang berhubungan dengan keutamaan pelayanan. Dengan kata lain kepuasan pelanggan adalah kualitas pelayanan yang dipandang dari kepentingan konsumen dalam hal ini adalah pasien. Pelayanan kesehatan yang berkualitas adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesi yang ada. Dan Sky mengatakan bahwa pemuasan pelanggan atau pasien adalah prinsip dasar manajemen mutu kualitas.

Kualitas pelayanan kesehatan sebenarnya menunjukkan kepada penampilan (*performance*) dari pelayanan kesehatan. Secara umum disebutkan bahwa makin sempurna penampilan pelayanan kesehatan, makin sempurna pula kualitasnya. Penampilan merupakan keluaran (*output*) dipengaruhi oleh a) proses (*proces*) meliputi tindakan medis dan non-medis sesuai dengan standar (*standar of conduct*), b) masukan (*input*) yang meliputi tenaga, dana, sarana serta c) lingkungan (*environment*) meliputi kebijakan, organisasi dan manajemen.

Kepuasan konsumen dalam hal ini pasien penting karena konsumen yang puas akan menjaga hubungannya dengan *provider*. Sedangkan Strasser dan Davies, menyatakan bahwa konsumen memainkan peran yang besar sebagai evaluator mutu atau kualitas, maka keberhasilan organisasi dimasa depan akan tergantung pada derajat kepuasan konsumen.

Kepuasan konsumen dapat diartikan sebagai sikap konsumen, yakni berapa derajat kesukaan atau ketidaksukaannya terhadap pelayanan yang pernah dirasakan. Oleh karena itu perilaku konsumen dapat juga sebagai model perilaku pembeli, sedangkan kepuasan dan kesetiaan (*loyalitas*) pasien sebagai pengguna pelayanan adalah unsur pokok diantara kepuasan dan kesetiaan lainnya.

15. Teori kepuasan pasien

Menurut Haryanti dan Hadi, ada dua teori dalam memahami kepuasan pada konsumen dalam hal ini terhadap pasien:

a. *The Expectancy Disconfirmation Model*

Oliver menyampaikan bahwa kepuasan atau ketidakpuasan konsumen adalah hasil perbandingan antara harapan dan pra pembelian atau pemilihan atau pengambilan keputusan (*prepurchase expectation*) yaitu keyakinan kinerja

yang diantisipasi dari suatu produk atau jasa dan dibandingkan dengan hasil yang diperoleh.

b. *Equity Theory*

Dikemukakan oleh Stacy Adams tahun 1960, dua komponen yang terpenting dari teori ini, yaitu apa yang di dapat (*inputs*) dan apa yang dikeluarkan (*outcomes*). Prinsip dari teori ini adalah bahwa orang akan merasa puas tergantung pada apakah ia merasakan keadilan (*equity*) atau tidak atas suatu situasi. Jika input dan outputnya sama apabila dibandingkan dengan input dan output orang/jasa yang dijadikan perbandingan maka kondisi itu disebut puas.

16. Aspek-aspek kepuasan pada pasien

Bentuk kongkret untuk mengukur kepuasan pasien rumah sakit menurut Junadi P. dalam Seminar Survei Kepuasan Pasien di Rumah Sakit yang diselenggarakan di RSPAD Gatot Subroto (1991), ada empat aspek yang dapat diukur yaitu:

- a. **Kenyamanan**, aspek ini dijabarkan dalam pertanyaan tentang hal yang menyenangkan dalam semua kondisi, lokasi rumah sakit, kebersihan, kenyamanan ruangan, makanan dan minuman, peralatan ruangan, tata letak, penerangan, kebersihan WC/kamar mandi, pembuangan sampah, kesegaran ruangan, dan lain sebagainya.
- b. **Hubungan pasien dengan petugas rumah sakit**, dapat dijabarkan dengan pertanyaan petugas yang mempunyai kepribadian baik yang mendukung jalannya pelayanan prima terjadi yang menyangkut keramahan, informasi yang diberikan, sejauh mana tingkat komunikasi, dukungan, tanggapan dokter/perawat di ruangan IGD, rawat jalan, rawat inap, farmasi, kemudahan

dokter/perawat dihubungi, keteraturan pemberian makanan, obat, pengukuran suhu dan lain sebagainya.

- c. **Kompetensi teknis petugas**, dapat dijabarkan dalam pertanyaan mengenai ketrampilan, pengetahuan dan kualifikasi petugas yang baik seperti kecepatan pelayanan pendaftaran, ketrampilan dalam penggunaan teknologi, pengalaman petugas medis, gelar medis yang dimiliki, terkenal, keberanian mengambil tindakan, dan sebagainya.
- d. **Biaya**, dapat dijabarkan dalam pertanyaan berkaitan dengan jumlah yang harus diberikan atas pelayanan yang telah didapatkan, seperti kewajaran biaya, kejelasan komponen biaya, biaya pelayanan, perbandingan dengan rumah sakit yang sejenis lainnya, tingkat masyarakat yang berobat, ada tidaknya keringanan bagi masyarakat miskin. Tentu saja faktor di atas bisa dikembangkan dan disesuaikan dengan kondisi rumah sakit sepanjang itu dapat didefinisikan dan diukur. Kepuasan pasien memang merupakan nilai subyektif terhadap kualitas pelayanan yang diberikan, oleh karenanya subyektifitas pasien dipengaruhi oleh pengalaman pasien di masa lalu, pendidikan, situasi psikhis saat itu, dan pengaruh keluarga dan lingkungan.

17. Perilaku

Engel, Blackwell dan Miniard (1994) mendefinisikan perilaku konsumen sebagai tindakan yang langsung terlibat dalam mendapatkan, mengkonsumsi, dan menghabiskan produk dan jasa, termasuk proses keputusan yang mendahului dan menyusuli tindakan ini. Menurut Schiffman dan Kanuk dalam Sumarwan (2004), istilah perilaku konsumen diartikan sebagai perilaku yang diperlihatkan konsumen

dalam mencari, membeli, menggunakan, mengevaluasi, dan menghabiskan produk dan jasa yang mereka harapkan akan memuaskan kebutuhan mereka.

Kemudian, Sumarwan (2004) menyimpulkan bahwa perilaku konsumen adalah semua kegiatan, tindakan, serta proses psikologis yang mendorong tindakan tersebut pada saat sebelum membeli, menggunakan, menghabiskan produk dan jasa setelah melakukan hal-hal di atas atau kegiatan mengevaluasi. Secara sederhana, studi perilaku konsumen meliputi hal-hal sebagai berikut: apa yang dibeli konsumen? (*what they buy?*), mengapa konsumen membelinya? (*why they buy it?*), kapan mereka membelinya? (*when they buy it?*), di mana mereka membelinya? (*where they buy it?*), berapa sering mereka membelinya? (*how often they buy it?*), berapa sering mereka menggunakannya? (*how often they use it?*).

Menurut Assael (1995), filsafat dasar yang diperlukan untuk pemasaran yang berhasil, yaitu pentingnya memuaskan konsumen dapat dikatakan mudah, namun rumit dalam proses implementasinya. Yang perlu dilakukan oleh perusahaan, yaitu:

- a. Mendefinisikan kebutuhan konsumen;
- b. Mengidentifikasi segmen konsumen yang mempunyai kebutuhan tersebut;
- c. Melakukan *positioning* produk baru atau *repositioning* produk yang sudah ada untuk mempertemukan kebutuhan tersebut;
- d. Mengembangkan strategi pemasaran untuk mengkomunikasikan dan menyampaikan keuntungan produk;
- e. Memastikan bahwa komunikasi tersebut tidak menyesatkan atau menipu.

Yang mendasari keperluan strategi ini adalah pentingnya mendapatkan informasi mengenai kebutuhan konsumen, persepsi konsumen terhadap merek

baru dan yang sudah ada, sikap terhadap merek, maksud untuk membeli, dan perilaku pembelian sebelumnya.

Model Sederhana Perilaku Konsumen, menekankan interaksi antara pemasar dan konsumen. Pembuatan keputusan konsumen merupakan proses persepsi dan evaluasi informasi merek dengan memperhatikan bagaimana alternatif merek menjumpai kebutuhan konsumen dan memutuskan pada sebuah merek adalah komponen utama dalam model tersebut. Model sederhana perilaku konsumen terdiri atas empat komponen, yaitu pembuatan keputusan konsumen dan tiga elemen yang mempengaruhi pembuatan keputusan konsumen, yaitu konsumen individual, pengaruh lingkungan dan komunikasi dari lingkungan tersebut kepada konsumen.

18. Sikap

Masri (1972), mengartikan sikap sebagai kesediaan yang diarahkan untuk menilai atau menanggapi sesuatu. Berkman dan Gilson (1981) mendefinisikan sikap adalah evaluasi individu yang berupa kecenderungan (*inclination*) terhadap berbagai elemen di luar dirinya. Allfort (dalam Assael, 1984) mendefinisikan sikap adalah keadaan siap (*predisposisi*) yang dipelajari untuk merespon objek tertentu yang secara konsisten mengarah pada arah yang mendukung (*favorable*) atau menolak (*unfavorable*). Hawkins Dkk (1986) menyebutkan, sikap adalah pengorganisasian secara ajeg dan bertahan (*enduring*) atas motif, keadaan emosional, persepsi dan proses-proses kognitif untuk memberikan respon terhadap dunia luar. Sikap memiliki beberapa karakteristik, antara lain: arah, intensitas, keluasan, konsistensi dan spontanitas (Assael, 1984 dan Hawkins dkk, 1986).

Rossiter dan Percy (1992) melihat sikap sebagai acuan pada pembeli yang menyeluruh dan evaluasi merek berkenaan dengan kemampuannya relevan dengan motivasi. Loudon dan Bitta (1984) menulis bahwa sumber pembentuk sikap ada empat, yakni pengalaman pribadi, interaksi dengan orang lain atau kelompok, pengaruh media massa dan pengaruh dari figur yang dianggap penting. Swastha dan Handoko (1982) menambahkan bahwa tradisi, kebiasaan, kebudayaan dan tingkat pendidikan ikut mempengaruhi pembentukan sikap.

Azwar (1995) menyimpulkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, serta faktor emosi dalam diri individu.

Menurut Maslow, 1970; Kossen, 1986; Schein, 1991 dalam Azwar, 1996 masalah penting paling rumit adalah menentukan indikator pelayanan yang selaras kebutuhan dan menimbulkan kepuasan, sebab hal ini bersifat subjektif yaitu merupakan hasil reaksi afeksi (penilaian perasaan) seseorang. Reaksi afeksi yang bersifat subjektif dapat menghasilkan penilaian yang sama atau berbeda, meskipun objek yang bernilai sama.

Reaksi afektif ditentukan oleh latar belakang atau karakteristik individu, seperti pendidikan, usia, jenis kelamin, pekerjaan, status perkawinan atau pendapatan. Karakteristik individu dapat berupa diagnosa penyakit atau jenis penyakit, lama perawatan, kelas perawatan, biaya perawatan dan preferensi (Maslow, 1970; Kossen, 1986; Schein, 1991 dalam Azwar, 1996).

Kepuasan pasien adalah hasil penilaian pasien berdasarkan perasaannya, terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang telah menjadi

bagian dari pengalaman atau yang dirasakan pasien rumah sakit, atau cara pasien rumah sakit mengevaluasi pelayanan rumah sakit.

Tingkat kepuasan pasien menunjuk pada dimensi abstrak yaitu dimensi kepribadian, sikap atau perilaku yang diberikan oleh rumah sakit dan dirasakan oleh pasien atau keluarga pasien.

Sikap merupakan keseluruhan evaluasi seseorang mengenai sebuah konsep (Peter dan Olson *dalam* Sumarwan, 2004). Definisi lain dikemukakan oleh Loudon dan Della Bitta *dalam* Sumarwan (2004), yaitu kelangsungan organisasi dari proses motivasi, emosional, persepsi dengan memperhatikan beberapa aspek dunia individual.

Sikap adalah pernyataan evaluatif, baik yang menguntungkan atau tidak menguntungkan mengenai obyek, orang, atau peristiwa. Sikap mencerminkan bagaimana seseorang merasakan sesuatu (Robbins, 2001). Cravens (1997) mengemukakan bahwa sikap merupakan sistem evaluasi baik atau tidak baik mengenai merek yang berlangsung terus-menerus. Sikap menggambarkan keseluruhan kesukaan atau preferensi konsumen untuk sebuah merek.

Dalam memutuskan merek apa yang akan dibeli, atau toko mana untuk dijadikan langganan, konsumen secara khas memilih merek atau toko yang dievaluasi secara paling memuaskan (Engel, Blackwell, dan Miniard, 1994). Informasi mengenai sikap berguna dalam pengembangan strategi pemasaran. Sebuah strategi dapat disusun untuk menanggapi dan membentuk sikap atau malahan berusaha untuk mengubah sebuah sikap konsumen. Jika sikap konsumen teridentifikasi, maka pihak manajemen dapat meningkatkan posisi merek dengan menggunakan informasi ini. Sikap seringkali sulit diubah, tetapi perusahaan

mungkin dapat melakukannya jika persepsi konsumen terhadap merek adalah salah. Sebagai contoh, jika nilai tukar tambah sebuah mobil penting bagi konsumen pada segmen tertentu dan sebuah perusahaan mempelajari melalui riset pemasaran bahwa mereknya (yang sebenarnya memiliki nilai tukar tambah yang tinggi) dipersepsikan mempunyai nilai tukar tambah yang rendah, periklanan dapat mengkomunikasikan informasi ini kepada konsumen (Cravens, 1997).

Engel, Blackwell dan Miniard (1994) lebih suka memandang sikap sekadar sebagai keseluruhan evaluasi. Sikap bervariasi dalam intensitas (yaitu, kekuatan) dan dukungan (favorability). Sumarwan (2004) mendefinisikan sikap sebagai ungkapan perasaan konsumen tentang suatu objek apakah disukai atau tidak dan sikap juga bisa menggambarkan kepercayaan konsumen terhadap berbagai atribut dan manfaat dari objek tersebut. Adapun sikap memiliki beberapa karakteristik, yaitu:

a. Sikap memiliki objek.

Sikap konsumen harus terkait dengan objek, seperti produk, merek, iklan, harga, kemasan, penggunaan media, dan sebagainya.

b. Konsistensi sikap.

Sikap adalah gambaran perasaan dari seorang konsumen, dan perasaan tersebut akan direfleksikan oleh perilakunya. Karena itu sikap memiliki konsistensi dengan perilaku. Faktor daya beli mungkin menyebabkan tidak konsistennya antara sikap dan perilaku.

c. Sikap positif, negatif, dan netral.

Seseorang mungkin menyukai makanan rendang (sikap positif) atau tidak menyukai minum alkohol (sikap negatif), atau bahkan ia tidak memiliki sikap

(sikap netral). Sikap yang memiliki dimensi positif, negatif dan netral disebut sebagai karakteristik *valance* dari sikap.

d. Intensitas sikap.

Ketika konsumen menyatakan derajat tingkat kesukaan terhadap suatu produk, maka ia mengungkapkan intensitas sikapnya. Intensitas sikap disebut sebagai karakteristik *extrimity* dari sikap.

e. Resistensi sikap.

Resistensi adalah seberapa besar sikap seorang konsumen dapat berubah. Pemasar penting memahami bagaimana resistensi konsumen agar bisa menerapkan strategi pemasaran yang tepat. Pemasaran ofensif dapat diterapkan untuk mengubah sikap konsumen yang sangat resisten atau merekrut konsumen baru.

f. Persistensi sikap.

Persisten adalah karakteristik sikap yang menggambarkan bahwa sikap akan berubah karena berlalunya waktu.

g. Keyakinan sikap.

Keyakinan adalah kepercayaan konsumen mengenai kebenaran sikap yang dimilikinya. Sikap seorang konsumen terhadap agama yang dianutnya akan memiliki tingkat keyakinan yang sangat tinggi, sebaliknya sikap seseorang terhadap adat kebiasaan mungkin akan memiliki tingkat keyakinan yang lebih kecil.

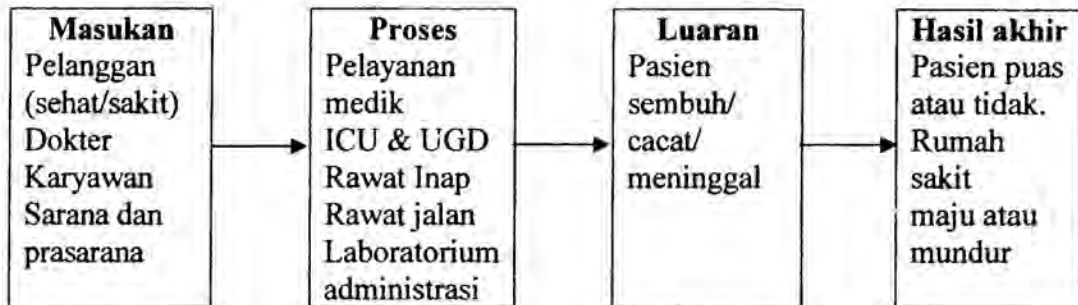
h. Sikap dan situasi.

Sikap seseorang terhadap suatu objek seringkali muncul dalam konteks situasi. Ini artinya situasi akan mempengaruhi sikap konsumen terhadap suatu objek.

Sifat yang penting dari sikap adalah kepercayaan dalam memegang sikap tersebut. Mengerti tingkat kepercayaan yang dihubungkan dengan sikap adalah penting karena dua alasan. Pertama, hal ini dapat mempengaruhi kekuatan hubungan di antara sikap dan perilaku. Sikap yang dipegang dengan penuh kepercayaan biasanya akan jauh lebih diandalkan untuk membimbing perilaku. Kedua, kepercayaan dapat mempengaruhi kerentanan sikap terhadap perubahan. Sikap menjadi lebih resistan terhadap perubahan bila dipegang dengan kepercayaan yang lebih besar. Satu lagi sifat penting dari sikap adalah bahwa sikap bersifat dinamis ketimbang statis. Maksudnya, banyak sikap akan berubah bersama waktu. Sifat dinamis dari sikap sebagian besar bertanggung jawab atas perubahan di dalam gaya hidup konsumen (Engel, Blackwell dan Miniard, 1994).

Kepercayaan merek, evaluasi merek, dan maksud untuk membeli menjelaskan ketiga komponen dari sikap. Kepercayaan merek adalah komponen kognitif (atau berpikir), evaluasi merek adalah komponen afektif (perasaan), dan maksud untuk membeli adalah komponen konatif (atau tindakan). Hubungan ketiga komponen ini mengilustrasikan hirarki pengaruh keterlibatan yang tinggi: kepercayaan merek mempengaruhi evaluasi merek, yang akhirnya mempengaruhi maksud untuk membeli. Asumsi dalam hirarki ini adalah ketiga komponen tersebut akhirnya berhubungan dengan perilaku.

Rumah sakit merupakan sebuah sistem digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.1 Rumah Sakit sebagai suatu Sistem

Berdasarkan penelitian yang dilakukan The National Research Corporation (NRC) pada rumah sakit, terdapat 14 faktor yang diperhatikan konsumen rumah sakit yaitu (Cooper, 1994 dalam Lita, 2007):

- a. Kualitas staf medis
- b. Kualitas pelayanan gawat darurat
- c. Kualitas perawatan perawat
- d. Tersedianya pelayanan yang lengkap
- e. Rekomendasi dokter
- f. Peralatan yang moderen
- g. Karyawan yang sopan santun
- h. Lingkungan yang baik
- i. Penggunaan rumah sakit sebelumnya
- j. Ongkos perawatan
- k. Rekomendasi keluarga
- l. Dekat dari rumah
- m. Ruangan pribadi
- n. Rekomendasi teman.

19. Derajat pendukung fisik

Fasilitas fisik rumah sakit merupakan benda-benda tidak bergerak, nyata dan dapat dirasakan oleh pasien seperti peralatan yang representatif, fasilitas parkir, kantin, bank, dan jaminan keamanan. Peralatan rumah sakit merupakan peralatan yang dimiliki rumah sakit yang berkaitan langsung dengan kebutuhan pasien, sedangkan menurut Hutton dan Richardson (1995) makanan yang disediakan dapat dibuat juga sebagai bagian bukti fisik pada rumah sakit. Fasilitas yang dilihat konsumen merupakan bagian dari wujud nyata yang penting atas keseluruhan jasa yang ditawarkan (Lamb et al, 2002). Tingkat kenyamanan dalam rumah sakit juga perlu diperhatikan disamping fasilitas dan peralatan.

Tata letak ruang adalah desain dan pengaturan dari bangunan, peralatan, dan mebel sesuai kebutuhan proses layanan. Dekorasi dan tanda orientasi bersifat lambang visual digunakan untuk menciptakan satu atmosfer yang sesuai dan pelanggan-pelanggan langsung selama layanan. Beberapa peneliti-peneliti memberi garis bawah peran di dalam proses manajemen dari citra perusahaan (Baker, 1987; Bitner, 1990; Kotler, 1973; Schimtt et al., 1995 dalam Nguyen, 2002).

Berdasarkan susunan pemikiran di atas, maka hipotesis yang muncul adalah semakin tinggi derajat pendukung fisik maka akan semakin tinggi sikap terhadap merek rumah sakit.

20. Kualitas hubungan pegawai dengan pasien

Hubungan pegawai dengan pasien merupakan semua unsur manusia yang ikut terlibat dalam penyampaian jasa dan mempunyai kontak langsung dengan pembeli. Menurut Nguyen dan Leblanc (2002) hubungan pegawai dengan pasien

tersusun dari seluruh karyawan yang berada pada lini depan organisasi dan mempunyai kontak langsung dengan pelanggan. Menurut Snook (1992 dalam Lita, 2007) staff medis rumah sakit adalah dokter, dokter gigi, ahli penyakit kaki, dan staf profesional kesehatan yang merawat pasien. Lim et al (2000) menemukan unsur yang terpenting dalam pelayanan pada rumah sakit adalah dokter dan perawat. Dokter dan perawat berperan penting dalam menciptakan kualitas pelayanan pada suatu rumah sakit, sedangkan Fox et al (2003) yang menemukan bahwa dokter dan perawat berperan mendorong kesembuhan pasien, terutama keramahan dan perhatian khusus mereka kepada pasien.

Sebagai servis tingkat tinggi, pegawai pada rumah sakit merupakan sentral dari penyampaian jasa (Lovelock dan Wright, 2002). Menurut Nguyen dan Leblanc, (2002) contact personnel diukur dengan 3 item yaitu, penampilan (appearance), kompetensi (competence) dan profesionalisme (professionalism). Penampilan dari personnel merupakan kombinasi dari pakaian, gaya rambut, make up, dan kebersihan. Kompetensi karyawan didorong dari keahlian dan pengalaman. Zeithaml dan Bitner (2000, dalam Lita, 2007) juga menjelaskan bahwa semua sikap dan tindakan karyawan, bahkan cara berpakaian karyawan dan penampilan karyawan mempunyai pengaruh terhadap persepsi konsumen atau keberhasilan waktu riil pelayanan.

Perilaku atau penampilan dokter, perawat dalam proses pelayanan kesehatan pasien yang meliputi ukuran layanan medis, layanan non medis, tingkat kunjungan, sikap dan penyampaian informasi.

Shamdasani dan Balakrishnan (2000) menggunakan indikator contact personnel yaitu, keahlian, similarity, pengetahuan, keramahtamahan dan mutual

disclosure. Kecepatan personnel dalam menyelesaikan pekerjaannya akan membuat mereka senang. Menurut Best, dari sisi pelanggan, kecepatan akses untuk memperoleh pelayanan merupakan suatu yang penting pada sistem penyampaian jasa (Best, 2000). Hal ini didukung oleh Aschner (1999) menyatakan dalam bidang pelayanan jasa, hampir semua atribut pelayanan ditentukan oleh penilaian pelanggan terhadap kecepatan dan ketepatan petugas dalam menanggapi keluhan mereka.

Berdasarkan susunan pemikiran di atas, maka semakin tinggi kualitas tenaga medis dan non medis maka akan semakin tinggi sikap terhadap merek rumah sakit

21. Derajat pengalaman pemasaran

Pengalaman pemasaran merupakan sebuah pendekatan untuk memberikan informasi yang lebih dari sekedar informasi mengenai sebuah produk atau jasa.

Ada beberapa teori mengenai pengalaman pemasaran antara lain

- a. Pengalaman pemasaran merupakan pendekatan baru untuk memberikan informasi mengenai merek dan produk. Hal ini terkait erat dengan pengalaman pelanggan dan sangat berbeda dengan sistem pemasaran tradisional yang berfokus pada fungsi dan keuntungan sebuah produk.
- b. Pengalaman pemasaran merupakan perpaduan praktek antara pemasaran non tradisional yang terintegrasi untuk meningkatkan pengalaman pribadi dan emosional yang berkaitan dengan merek.
- c. Pengalaman pemasaran sangat penting dalam merefleksikan adanya bias dari otak karena menyangkut aspirasi pelanggan untuk memperoleh pengalaman yang berkaitan dengan perasaan tertentu, kenyamanan dan kesenangan di satu pihak dan penolakan atas ketidaknyamanan dan ketidaksenangan di lain pihak.

Dari definisi-definisi tersebut dapat dikatakan pengalaman pemasaran merujuk pada pengalaman nyata pelanggan terhadap brand/product/service untuk meningkatkan penjualan/sales dan brand image/awareness. Pengalaman pemasaran adalah lebih dari sekedar memberikan informasi dan peluang pada pelanggan untuk memperoleh pengalaman atas keuntungan yang didapat dari produk atau jasa itu sendiri, tetapi juga membangkitkan emosi dan perasaan yang berdampak terhadap pemasaran, khususnya penjualan.

Secara rinci Schmitt mengatakan bahwa pengalaman yang didapat pelanggan menyangkut beberapa pendekatan berikut ini:

a. *Sense*

Sense berkaitan dengan gaya (*style*) dan simbol-simbol verbal dan visual yang mampu menciptakan keutuhan sebuah kesan. Untuk menciptakan kesan yang kuat, baik melalui iklan, *packaging*, ataupun *website*, seorang pemasar perlu memilih warna yang tepat sejalan dengan profil perusahaan. Pilihan warna ini harus menarik untuk membandingkan perhatian pelanggannya. Pemilihan warna harus sesuai dengan kriteria dan image perusahaan, disamping perpaduan antara bentuk, dan elemen-elemen lain yang membentuk berbagai macam gaya.

b. *Feel*

Perasaan di sini sangat berbeda dengan kesan sensorik karena hal ini berkaitan dengan suasana hati dan emosi jiwa seseorang. Hal ini bukan hanya menyangkut keindahan, tetapi suasana hati dan emosi jiwa yang mampu membangkitkan kebahagiaan atau bahkan kesedihan.

c. *Act*

Berkaitan dengan perilaku yang nyata dan gaya hidup seseorang. Hal ini berhubungan dengan bagaimana membuat orang berbuat sesuatu dan mengekspresikan gaya hidupnya. Pemilihan sarana harus hati-hati dan tepat sehingga dapat membangkitkan pengalaman yang diinginkan.

d. *Relate*

Berkaitan dengan budaya seseorang dan kelompok, referensinya yang dapat menciptakan identitas sosial (generasi, kebangsaan, etnis) bagi pelanggannya dengan produk atau jasa yang ditawarkan.

Sanders menyatakan bahwa saat ini adalah masa "*experience economy*" tanpa mempedulikan produk atau jasa yang dijual, seorang pemasar perlu memberikan pengalaman yang tak terlupakan bagi pelanggannya karena hal inilah yang sangat mereka hargai.

Lippman tidak sependapat dengan Sanders, karena pengalaman bukan merupakan hal yang baru dalam pemasaran. Yang membedakan adalah cara memasarkan produk dan jasa.

Menurut Wong (dalam Andreani, 2007) pengalaman merupakan sebuah alat yang membedakan produk atau jasa. Ada dua pilihan yang dapat dilakukan yaitu:

- a. Membedakan dengan cara sebaik mungkin yang bisa dilakukan pemasar (misal bersaing dalam memperbaiki kinerja dan kualitas operasional).
- b. Membedakan dengan cara bagaimana dan di mana pemasar melakukannya.

Berdasarkan susunan pemikiran di atas, maka semakin tinggi derajat pengalaman pemasaran maka akan semakin tinggi sikap terhadap merek rumah sakit.

22. Kepuasan Keluarga Pasien

Kepuasan keluarga pasien adalah perasaan (*feeling*) yang dirasakan pembeli dari kinerja perusahaan yang memenuhi harapan mereka. Kepuasan pelanggan merupakan keseluruhan sikap pelanggan setelah memperoleh dan menggunakan barang atau jasa (Mowen dan Minor, 1998 dalam Thamrin, 2003).

Lupiyoadi (2000 dalam Hendroyono, 1999) menyatakan bahwa dalam menentukan tingkat kepuasan, terdapat lima faktor utama yang harus diperhatikan oleh perusahaan, yaitu:

- a. Kualitas produk, pelanggan akan merasa puas bila hasil evaluasi mereka menunjukkan bahwa produk yang mereka gunakan berkualitas.
- b. Kualitas pelayanan, terutama untuk industri jasa, pelanggan akan merasa puas bila mereka mendapatkan pelayanan yang baik atau yang sesuai dengan yang diharapkan.
- c. Emosional, pelanggan akan merasa bangga dan mendapatkan keyakinan bahwa orang lain akan kagum terhadap dia bila menggunakan produk dengan merek tertentu yang cenderung mempunyai tingkat kepuasan lebih tinggi. Kepuasan yang diperoleh bukan karena kualitas dari produk, tetapi nilai sosial atau self esteem yang membuat pelanggan menjadi puas terhadap merek tertentu.
- d. Harga, produk yang mempunyai kualitas sama tetapi menetapkan harga yang relatif murah dan memberikan nilai yang lebih tinggi kepada pelanggannya.
- e. Biaya, pelanggan tidak perlu mengeluarkan biaya tambahan atau tidak perlu membuang waktu untuk mendapatkan suatu produk atau jasa cenderung puas terhadap produk atau jasa itu.

Sebagai sebuah jasa kesehatan yang bersifat *people based service*, yang mengandalkan kemampuan dan ketrampilan manusia, perusahaan jasa kesehatan harus memperhatikan bauran pelayanan yang turut mempengaruhi penilaian pelanggan terhadap kualitas jasa yang dimiliki perusahaan penyedia jasa, bauran tersebut dapat meliputi:

- a. Peralatan, meliputi bangunan, peralatan pendukung operasional baik perangkat keras maupun perangkat lunak.
- b. Keunggulan pelayanan meliputi pelayanan yang terintegrasi yang ditujukan untuk memberikan kemudahan, ketepatan, keamanan dan kecepatan pelayanan.
- c. Kehandalan karyawan, khususnya karyawan operasional yang terlibat langsung dengan pelanggan, maupun karyawan yang ada dibelakang (*back office*) dalam memberikan pelayanan yang sesuai dengan keinginan pelanggan.

Menurut Wexley dan Yuki (1977) dan Gibson (1987) berbagai kegiatan dan prasarana kegiatan pelayanan kesehatan yang mencerminkan kualitas rumah sakit merupakan kunci utama dari kepuasan pasien. Pasien akan memberikan penilaian terhadap berbagai kegiatan pelayanan kesehatan yang diterimanya maupun terhadap sarana dan prasarana kesehatan yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Penilaian mereka terhadap kondisi rumah sakit merupakan gambaran kualitas rumah sakit seutuhnya berdasarkan pengalaman subjektif individu pasien. Aspek pengalaman pasien rumah sakit, dapat diartikan sebagai suatu perlakuan atau

tindakan pihak rumah sakit yang sedang atau pernah dijalani, dirasakan, dan ditanggung oleh seseorang yang membutuhkan pelayanan kesehatan rumah sakit.

Kepuasan keluarga pasien merupakan nilai subjektif terhadap kualitas pelayanan yang diberikan. Walaupun subjektif tetap ada dasar objektifnya, artinya walaupun penilaian itu dilandasi hal dibawah ini (Boy, 2004 dalam Lita, 2007):

- a. Pengalaman masa lalu
- b. Pendidikan
- c. Situasi psikis waktu itu
- d. Pengaruh lingkungan waktu itu

Penelitian yang dilakukan oleh Bhattacharya et.al (2003 dalam Lita, 2007) bahwa aspek teknis dari perawat, sikap perawat, kualitas teknis dokter, kebersihan ruangan dan koridor, makanan, toilet serta fasilitas perawatan berpengaruh paa kepuasan pasien. Kepuasan keluarga pasien juga didorong oleh perawatan yang dilakukan oleh dokter (Kolodinsky, 1999 dalam Lita, 2007) dan perawatan yang dilakukan oleh staff (seperti perawat) rumah sakit (Khoehn, 2004 dalam Lita, 2007), penggunaan fasilitas perawatan (Oropesa et.al, 2002 dalam Lita, 2007), dan penggunaan fasilitas pelayanan (Kolb et.al, 2000 dalam Lita, 2007).

Fasilitas mungkin meningkatkan kualitas perawatan dan proses penyampaian jasa pada perawat kesehatan mampu meningkatkan kepuasan pelanggan (Kolodinsky, 1999 dalam Lita, 2007) dan Oropesa (2002, dalam Lita, 2007) juga menemukan bahwa proses penyampaian jasa pada perawatan kesehatan mampu meningkatkan kepuasan konsumen, sedangkan proses penyampaian jasa mampu meningkatkan kepuasan konsumen.

Kepuasan atau ketidakpuasan konsumen adalah semacam *attitude* yang mencerminkan perasaan positif dan negatif yang dikembangkan oleh seorang konsumen sehubungan dengan produk atau jasa yang telah dibelinya (Mowen, 1993). *Attitude* ini dibentuk oleh perbandingan yang dibuat konsumen antara hasil akhir atau hasil aktual dari transaksi *versus expectancy* konsumen terhadap hasil transaksi.

Berdasarkan susunan pemikiran di atas, maka semakin tinggi sikap terhadap merek rumah sakit maka semakin tinggi kepuasan pasien.

B. Penelitian Terdahulu

Biryanto (2001) mengkaji sikap dan perilaku penyuluh pertanian terhadap pekerjaannya; Hutagalung (2005) menganalisis sikap nasabah terhadap produk Takaful Dana Pendidikan (studi kasus di PT. Asuransi Takaful Keluarga Cabang Bogor); Aminingtyas (2005) menganalisis tingkat kepuasan pelanggan Klinik Tradisional Mahkotadewa (studi kasus di PT. Mahkotadewa Indonesia, Jakarta); dan Berlianty, Alwy, dan Nurhayani (2013) menganalisis loyalitas pasien berdasarkan kualitas pelayanan di Instalasi Rawat Inap RS. Bhayangkara Mappa Oudang Kota Makassar. Ringkasan penelitian terdahulu tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.1.

Tabel 2.1
Penelitian Terdahulu

No	Nama Peneliti dan Tahun Penelitian	Judul Penelitian	Responden dan Alat Analisis	Hasil Penelitian
1	Biryanto (2001)	Sikap dan Perilaku Penyuluh Pertanian Terhadap Pekerjaannya	50 responden penyuluh pertanian di Kabupaten Bogor, dengan analisis <i>fishbein extended</i>	<p>Dari 14 atribut variabel keyakinan, terdapat 6 atribut yang dapat terpenuhi yaitu: (1) Meningkatkan status diri masyarakat, (2) Mendapatkan pengakuan dari petani, (3) Menjadi kebanggaan bagi keluarga, (4) Mendapatkan pengakuan dari pemerintah, (5) Mendapatkan kesempatan promosi yang lebih besar, (6) Keamanan kerja terjamin, sedangkan nilai sikap penyuluh pertanian terhadap pekerjaannya sebesar 12,15 yang pada skala penilaian sikap berada pada kategori mendekati baik.</p> <p>Perilaku penyuluh pertanian dipengaruhi oleh maksud perilaku dan faktor lain. Maksud perilaku dipengaruhi oleh sikap dan norma subyektif. Maksud perilaku akan langsung menjadi perilaku apabila tidak terdapatnya pengaruh dari faktor lain. Faktor lain yang dimaksud adalah faktor-faktor yang tidak termasuk pada variabel keyakinan, variabel evaluasi, variabel keyakinan normatif dan variabel motivasi. Faktor lain ini contohnya seperti bencana alam, perang dan sesuatu yang lainnya. Dalam penelitian ini diasumsikan perilaku penyuluh pertanian tidak mendapat pengaruh dari faktor lain/situasi dalam keadaan normal.</p>

No	Nama Peneliti dan Tahun Penelitian	Judul Penelitian	Responden dan Alat Analisis	Hasil Penelitian
				<p>Atribut-atribut yang mempengaruhi norma subyektif, yaitu (1) Anggota keluarga, (2) Teman sekerja, (3) Atasan, (4) Masyarakat petani, (5) Pekerjaan menyuluh di luar kantor. Kelima atribut tersebut semuanya bernilai positif sehingga semuanya berpengaruh terhadap penilaian norma subjektif penyuluh pertanian di Kabupaten Bogor. Oleh karena itu, faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku penyuluh pertanian adalah faktor-faktor yang mempengaruhi sikap dan norma subyektif penyuluh pertanian.</p>
2	Hutagalung (2005)	<p>Analisis Sikap Nasabah Terhadap Produk Takaful Dana Pendidikan (Studi Kasus di PT. Asuransi Takaful Keluarga Cabang Bogor)</p>	<p>30 nasabah Fulsiswa PT. Asuransi Takaful Keluarga Cabang Bogor, menggunakan pendekatan <i>multiatribut fishbein</i> dengan hasil yang didapat adalah hanya semata-mata penilaian terhadap sikap konsumen mengenai atribut produk Takaful Dana Pendidikan (Fulnadi)</p>	<p>Nilai sikap nasabah secara umum terhadap produk Fulnadi PT. Asuransi Takaful Keluarga Cabang Bogor (A) berdasarkan hasil pengolahan data adalah sebesar 108,77. Skor ini termasuk dalam rentang skala ($106,5 < A \leq 121,25$). Skor ini juga dapat diartikan bahwa secara umum sikap nasabah Fulsiswa adalah positif terhadap produk Fulnadi PT. Asuransi Takaful Keluarga Cabang Bogor. Artinya, nasabah Fulsiswa setuju dengan kehadiran produk baru tersebut, namun tidak terlalu yakin bahwa Fulnadi dapat memenuhi standar atribut yang diharapkan. Hal ini disebabkan oleh 8 atribut produk dari total 10 atribut memiliki kesenjangan (b-e) yang negatif.</p>

No	Nama Peneliti dan Tahun Penelitian	Judul Penelitian	Responden dan Alat Analisis	Hasil Penelitian
3	Aminingtyas (2005)	Analisis Tingkat Kepuasan Pelanggan Klinik Tradisional Mahkotadewa (Studi Kasus di PT. Mahkotadewa Indonesia, Jakarta)	Penelitian ini menggunakan analisis deskriptif untuk mengidentifikasi karakteristik pelanggan klinik, indeks kepuasan pelanggan untuk menganalisis tingkat kepuasan pelanggan klinik secara menyeluruh, <i>importance performance analysis</i> untuk menganalisis kinerja atribut kualitas pelayanan klinik berdasarkan penilaian pelanggan, dan uji <i>khi-kadrat</i> dan <i>tau-kendall</i> untuk menganalisis hubungan antara tingkat kepuasan terhadap pelayanan klinik dengan karakteristik pelanggan.	Hasil uji asosiasi antara tingkat kepuasan terhadap kualitas pelayanan dengan tiga peubah karakteristik pelanggan yang bersifat nominal, menunjukkan bahwa tingkat kepuasan pelanggan terhadap atribut kualitas pelayanan, kesesuaian harga, serta keramahan dan kesopanan petugas klinik dalam memberi pelayanan dipengaruhi oleh perbedaan jenis kelamin pelanggan yang diindikasikan oleh χ^2 hitung yang lebih besar dari $\chi^2(\alpha, db)$ dan probabilitas yang lebih kecil dari 0,05. Profesi atau pekerjaan pelanggan dinyatakan dapat mempengaruhi pelanggan dalam menentukan penilaian tingkat kepuasan terhadap sebelas atribut kualitas pelayanan, sedangkan etnis atau suku bangsa juga dinyatakan dapat mempengaruhi tingkat kepuasan pelanggan terhadap empat atribut kualitas pelayanan, yaitu kecepatan waktu pelayanan, keamanan dan kenyamanan pasien saat menjalani terapi, kebersihan, kerapihan dan kenyamanan ruangan klinik, serta kebersihan wastafel dan toilet.

No	Nama Peneliti dan Tahun Penelitian	Judul Penelitian	Responden dan Alat Analisis	Hasil Penelitian
				<p>Koefisien korelasi <i>tau-kendall</i> digunakan untuk mencari keeratan hubungan peubah karakteristik responden dan peubah kualitas pelayanan yang keduanya berskala ordinal. Secara umum, usia, pendidikan dan pendapatan berkorelasi negatif terhadap delapan peubah kualitas pelayanan, kecuali untuk atribut harga. Hal ini menandakan bahwa tingkat pendidikan, pendapatan dan usia tidak selaras dengan tingkat kepuasan terhadap kualitas pelayanan. Semakin tinggi pendidikan dan pendapatan, pelanggan cenderung menilai tingkat kepuasan terhadap pelayanan semakin kurang puas.</p>
4	Berlianty, Alwy, dan Nurhayani (2013)	Analisis Loyalitas Pasien Berdasarkan Kualitas Pelayanan di Instalasi Rawat Inap RS. Bhayangkara Mappa Oudang Kota Makassar Tahun 2013	Jenis Penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan <i>Cross Sectional Study</i> yang dilakukan selama 1 minggu dengan jumlah responden sebanyak 100 orang yang ditentukan dengan teknik <i>Accidental Sampling</i> .	Hasil penelitian menunjukkan bahwa adanya hubungan yang bermakna dari semua variabel dengan loyalitas pasien, variabel yang berhubungan yaitu <i>responsivness</i> $p(0,00) < \alpha(0,05)$, <i>assurance</i> $p(0,03) < \alpha(0,05)$, <i>tangibels</i> $p(0,03) < \alpha(0,05)$, <i>empathy</i> $p(0,03) < \alpha(0,05)$, <i>reliability</i> $p(0,01) > \alpha(0,05)$. Penelitian ini menyarankan kepada pihak Rumah Sakit untuk memperhatikan hal-hal yang menjadi kepuasan pasien dan mempertahankannya sehingga sikap loyal pasien dalam menggunakan pelayanan jasa kesehatan di RS. Bhayangkara dapat tetap terjaga.

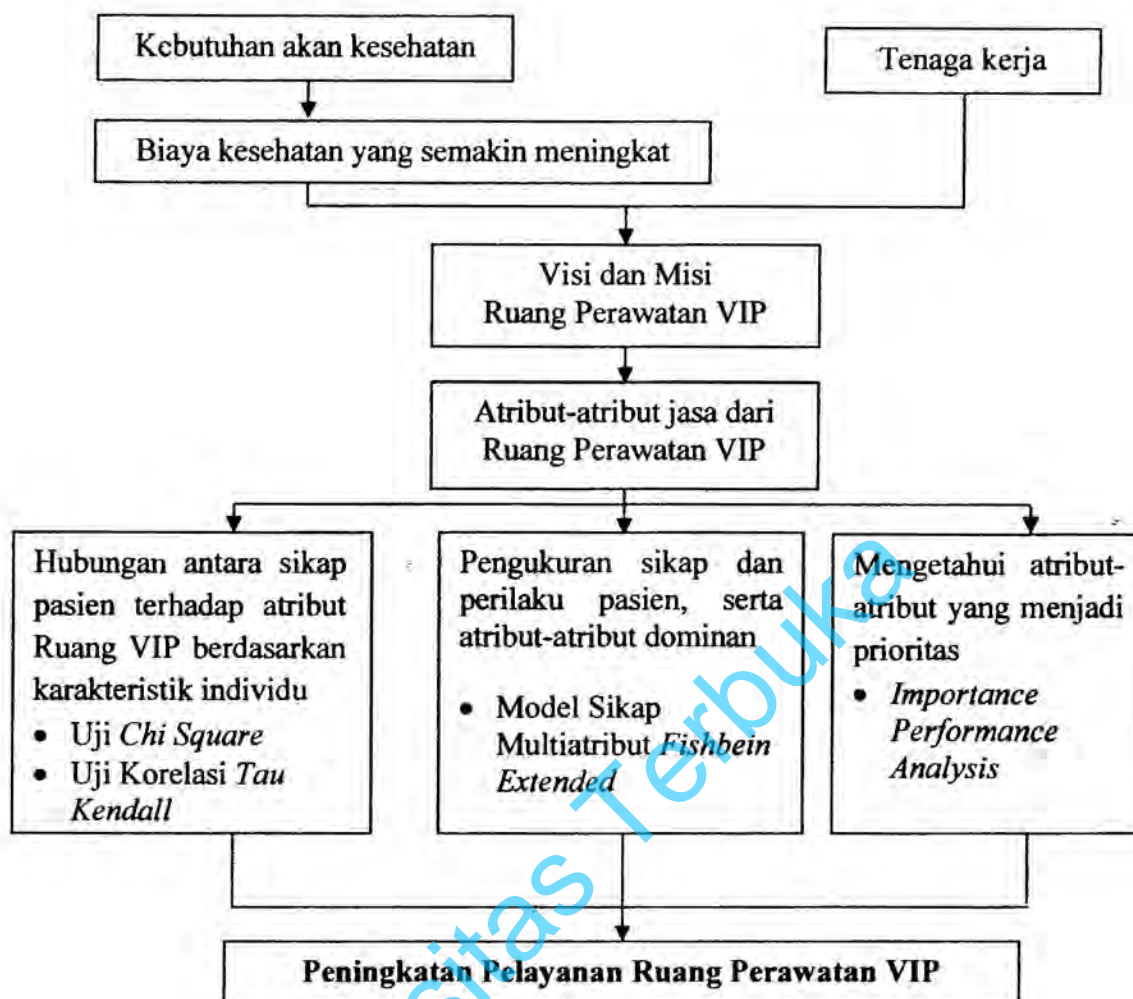
C. Kerangka Berpikir

Meningkatkan pelayanan rumah sakit regional sesuai dengan standar pelayanan minimal bahkan berorientasi pada pelayanan prima menjadi tugas pengambil kebijakan. Menganalisa masalah di atas serta melihat kondisi di lapangan maka sangatlah penting adanya niat baik dari pemegang kebijakan publik untuk melakukan evaluasi dan mencari solusi sehingga didapat kebijakan yang mampu mengatasi masalah-masalah yang terjadi.

Sebagaimana usaha jasa lainnya, rumah sakit harus selalu memperhatikan perilaku konsumennya agar dapat memuaskan pelayanannya. Menurut Engel, Blackwell, dan Miniard (1994), perilaku konsumen terutama terbentuk dari sikap dan perilaku konsumen. Jika sikap dan perilaku konsumen teridentifikasi, maka pihak manajemen dapat meningkatkan posisi merek dengan menggunakan informasi ini (Cravens, 1997).

Untuk itu kerangka berpikir yang perlu dikembangkan adalah variabel-variabel yang termasuk dalam atribut jasa pelayanan yang diberikan di Ruang Perawatan VIP, sikap dan perilaku pasien, serta karakteristik/identitas pasien.

Variabel atribut jasa pelayanan di Ruang Perawatan VIP meliputi: visite tenaga medis, pemberian pelayanan oleh perawat, fasilitas ruang perawatan VIP, waktu pelayanan, tarif pelayanan, dan kewenangan memilih dokter. Variabel karakteristik/identitas pasien meliputi: jenis kelamin, umur, pekerjaan, status pernikahan, pendidikan, dan pendapatan. Kemudian hal-hal yang mempengaruhi sikap dan perilaku pasien terhadap atribut jasa yang diberikan di Ruang Perawatan VIP. Hal tersebut seperti yang dirumuskan dalam kerangka pemikiran konseptual berikut.



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Pemikiran

D. Pokok Bahasan

Berdasarkan latar belakang yang telah dikemukakan di atas dan rumusan beberapa permasalahan yang hendak diketahui, maka pokok bahasan dalam penelitian ini adalah :

1. Menganalisis sikap dan perilaku pasien terhadap atribut-atribut jasa pelayanan kesehatan di Ruang Perawatan VIP berdasarkan karakteristik pasien menggunakan uji *chi square* dan uji korelasi *tau kendall* untuk mengetahui hubungan antar variabel.

2. Mengidentifikasi atribut-atribut jasa yang berperan secara dominan dalam mempengaruhi sikap dan perilaku pasien terhadap pelayanan kesehatan di Ruang Perawatan VIP dengan metode analisis data menggunakan model *fishbein extended*.
3. Mengetahui prioritas perbaikan atribut jasa pelayanan kesehatan di Ruang Perawatan VIP dengan menggunakan *importance performance analysis*.

Universitas Terbuka

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini akan difokuskan pada sikap pasien terhadap pelayanan kesehatan di Ruang Perawatan VIP RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun. Analisis yang akan dilakukan adalah sikap dan perilaku pasien terhadap atribut-atribut jasa yang telah diberikan di Ruang Perawatan VIP dengan menggunakan model *fishbein extended*. Kemudian, mengidentifikasi hubungan antara sikap pasien tersebut terhadap atribut-atribut jasa pelayanan berdasarkan karakteristik pasiennya dengan menggunakan uji *chi square* dan uji korelasi *tau kendall* serta mengidentifikasi atribut-atribut yang menjadi prioritas perbaikan pelayanan dengan menggunakan *importance performance analysis*.



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

B. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Untuk membatasi ruang lingkup atau pengertian variabel-variabel yang diteliti, perlu sekali variabel-variabel tersebut diberi batasan atau definisi operasional (operasional variabel). Adapun definisi operasional dari penelitian ini tersaji dalam Tabel 3.1 di halaman berikutnya.

Universitas Terbuka

Tabel 3.1
Tabel Definisi Operasional Variabel Penelitian

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
A	Identitas Responden				
1	Jenis Kelamin	Klasifikasi gender reponden	Kuesioner	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
2	Umur	Usia responden pada saat penelitian dilakukan, berdasarkan ulang tahun terakhir.	Kuesioner	Angka usia responden pada saat penelitian dilakukan, berdasarkan ulang tahun terakhir.	Ordinal
3	Pekerjaan	Sesuatu yang dilakukan untuk mendapat nafkah	Kuesioner	1. PNS/TNI/Polri 2. Pegawai Swasta 3. Wiraswasta 4. Pelajar/Mahasiswa 5. Lainnya	Nominal
4	Status Pernikahan	Responden sudah menikah atau belum	Kuesioner	1. Menikah 2. Belum Menikah	Nominal
5	Pendidikan	Tingkat pendidikan terakhir yang sudah ditamatkan oleh responden	Kuesioner	1. SD 4. D3/D4 2. SMP 5. S1 3. SMA 6. S2	Ordinal
6	Pendapatan	Pendapatan rata-rata yang yang diperoleh satu bulan dalam ratusan ribu.	Kuesioner	1. <2.000.000 2. 2.000.000-<4.000.000 3. 4.000.000-<6.000.000 4. 6.000.000-<8.000.000 5. 8.000.000-<10.000.000 6. ≥10.000.000	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
B	Kepercayaan (<i>Belief</i>)				
1	Visite	Kunjungan tenaga medis untuk melakukan pemeriksaan kesehatan pasien rawat inap	Kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat Setuju 2. Setuju 3. Cukup Setuju 4. Netral 5. Cukup Tidak Setuju 6. Tidak Setuju 7. Sangat Tidak Setuju 	Ordinal
2	Pemberian pelayanan oleh perawat	Pelayanan yang diberikan ke pasien dilakukan dengan : <ol style="list-style-type: none"> 1. ramah, penuh kekeluargaan, 2. cekatan 	Kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat Setuju 2. Setuju 3. Cukup Setuju 4. Netral 5. Cukup Tidak Setuju 6. Tidak Setuju 7. Sangat Tidak Setuju 	Ordinal
3	Fasilitas ruang perawatan VIP	Kelengkapan sarana, prasarana termasuk obat-obatan yang terdapat di Ruang Perawatan VIP	Kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat Setuju 2. Setuju 3. Cukup Setuju 4. Netral 5. Cukup Tidak Setuju 6. Tidak Setuju 7. Sangat Tidak Setuju 	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
4	Waktu pelayanan	Waktu pelayanan yang diberikan ke pasien dilakukan secara cepat.	Kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat Setuju 2. Setuju 3. Cukup Setuju 4. Netral 5. Cukup Tidak Setuju 6. Tidak Setuju 7. Sangat Tidak Setuju 	Ordinal
5	Tarif Pelayanan	Biaya penyelenggaraan kegiatan pelayanan medik atau non medik yang dibebankan kepada pasien sebagai imbalan atas jasa pelayanan yang diterimanya	Kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat Setuju 2. Setuju 3. Cukup Setuju 4. Netral 5. Cukup Tidak Setuju 6. Tidak Setuju 7. Sangat Tidak Setuju 	Ordinal
6	Kewenangan memilih dokter	Kewenangan responden/pasien untuk memilih dokter penanggung jawab pelayanan kesehatan pasien	Kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat Setuju 2. Setuju 3. Cukup Setuju 4. Netral 5. Cukup Tidak Setuju 6. Tidak Setuju 7. Sangat Tidak Setuju 	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
C	Evaluasi (<i>Evaluation</i>)				
1	Visite	Kunjungan tenaga medis untuk melakukan pemeriksaan kesehatan pasien rawat inap	Kuesioner	1. Sangat Penting 2. Penting 3. Cukup Penting 4. Netral 5. Cukup Tidak Penting 6. Tidak Penting 7. Sangat Tidak Penting	Ordinal
2	Pemberian pelayanan oleh perawat	Pelayanan yang diberikan ke pasien dilakukan dengan 1. ramah, penuh kekeluargaan, 2. dan cekatan	Kuesioner	1. Sangat Penting 2. Penting 3. Cukup Penting 4. Netral 5. Cukup Tidak Penting 6. Tidak Penting 7. Sangat Tidak Penting	Ordinal
3	Fasilitas ruang perawatan VIP	Kelengkapan sarana prasarana termasuk obat-obatan yang terdapat di Ruang Perawatan VIP	Kuesioner	1. Sangat Penting 2. Penting 3. Cukup Penting 4. Netral 5. Cukup Tidak Penting 6. Tidak Penting 7. Sangat Tidak Penting	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
4	Waktu pelayanan	Waktu pelayanan yang diberikan ke pasien. dilakukan secara cepat.	Kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat Penting 2. Penting 3. Cukup Penting 4. Netral 5. Cukup Tidak Penting 6. Tidak Penting 7. Sangat Tidak Penting 	Ordinal
5	Tarif Pelayanan	Biaya penyelenggaraan kegiatan pelayanan medik atau non medik yang dibebankan kepada pasien sebagai imbalan atas jasa pelayanan yang diterimanya	Kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat Penting 2. Penting 3. Cukup Penting 4. Netral 5. Cukup Tidak Penting 6. Tidak Penting 7. Sangat Tidak Penting 	Ordinal
6	Kewenangan memilih dokter	Kewenangan responden/pasien untuk memilih dokter penanggung jawab pelayanan kesehatan pasien	Kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat Penting 2. Penting 3. Cukup Penting 4. Netral 5. Cukup Tidak Penting 6. Tidak Penting 7. Sangat Tidak Penting 	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
D	Keyakinan terhadap Kelompok Referensi				
1	Keyakinan keluarga	Tingkat anjuran keluarga agar responden dirawat inap di Ruang Perawatan VIP	Kuesioner	1. Sangat Menganjurkan 2. Menganjurkan 3. Netral 4. Melarang 5. Melarang Keras	Ordinal
2	Keyakinan teman	Tingkat anjuran teman agar responden dirawat inap di Ruang Perawatan VIP	Kuesioner	1. Sangat Menganjurkan 2. Menganjurkan 3. Netral 4. Melarang 5. Melarang Keras	Ordinal
E	Keyakinan terhadap Kelompok Referensi				
1	Pendapat keluarga	Tingkat keyakinan responden mengikuti pendapat keluarga untuk dirawat di Ruang Perawatan VIP	Kuesioner	1. Tidak Sama Sekali 2. Kecil 3. Sedang 4. Besar 5. Besar Sekali	Ordinal
2	Pendapat teman	Tingkat keyakinan responden mengikuti pendapat teman untuk dirawat di Ruang Perawatan VIP	Kuesioner	1. Tidak Sama Sekali 2. Kecil 3. Sedang 4. Besar 5. Besar Sekali	Ordinal

C. Metode Pengumpulan Data

Penelitian ini dilakukan di Ruang Perawatan VIP RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun. Waktu penelitian dilakukan pada Bulan Maret-Mei 2014.

Data yang digunakan adalah data primer dan data sekunder. Metode yang digunakan dalam pengumpulan data ini adalah metode survei, dengan menggunakan kuesioner. Data primer bersumber dari jawaban pasien yang kemudian dituangkan dalam bentuk kuesioner. Data sekunder diperoleh dari bahan pustaka, data-data pasien di Ruang Perawatan VIP dan bahan pustaka lain yang relevan terhadap penelitian ini.

D. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi adalah keseluruhan subyek yang mempunyai karakteristik tertentu yang sesuai dengan penelitian. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien yang telah mendapatkan pelayanan rawat inap di Ruang Perawatan VIP Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

Penelitian ini menggunakan metode pengambilan sampel *nonprobability sampling*, dimana tidak semua populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk menjadi sampel (calon responden). Metode penarikan sampel yang digunakan adalah *purposive sampling*, yaitu pengambilan elemen-elemen yang dimasukkan dalam sampel dilakukan dengan sengaja, dengan catatan bahwa sampel tersebut representatif atau mewakili populasi. Dalam *purposive*, pemilihan sekelompok subjek didasarkan atas ciri-ciri atau sifat-sifat tertentu yang dipandang mempunyai sangkut-paut yang erat dengan ciri-ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Marzuki, 2002).

Penentuan jumlah sampel dari populasi dalam penelitian ini dilakukan berdasarkan metode Slovin (Umar dalam Simamora, 2002) dengan menggunakan rumus :

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

Dimana :

- n = jumlah sampel
- N = jumlah populasi
- e = persen kelonggaran ketidakteelitian karena kesalahan sampel yang masih dapat ditolerir (10%)

Total populasi berdasarkan jumlah kunjungan pasien di ruang perawatan VIP dari bulan Maret 2014 sampai dengan Mei 2014 sebanyak 193 orang. Kemudian dengan menggunakan rumus Slovin, maka jumlah sampel/responden sebanyak 48 orang dan digenapkan menjadi 50 orang. Adapun perhitungan jumlah responden adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{193}{1 + 193(0.1)^2} = 48 = 50 \text{ sampel/responden}$$

E. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian menggunakan kuesioner yaitu sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden, yang berisi pertanyaan mengenai :

1. Identitas responden.
2. Kepercayaan (*Belief*).
3. Evaluasi (*Evaluation*).
4. Keyakinan terhadap kelompok referensi.
5. Keyakinan menurut pendapat kelompok referensi.

Sebelum melakukan pengolahan data, dilakukan uji validitas dan reliabilitas terlebih dahulu terhadap 10 responden yang dirawat di Ruang Perawatan VIP dengan teknik korelasi *Product Moment* dan *Alpha Cronbach* dengan bantuan program *IBM SPSS Statistics* versi 22.

1. Uji Validitas Kuesioner

Sebuah instrumen dikatakan valid apabila mampu mengukur apa yang diinginkan dan dapat mengungkap data dari variabel yang diteliti secara tepat. Tinggi rendahnya validitas instrumen menunjukkan sejauh mana data yang terkumpul tidak menyimpang dari gambaran tentang variabel yang dimaksud (Arikunto, 1998).

Apabila ada pernyataan yang tidak berhubungan berarti pernyataan tersebut tidak valid, dan akan dihilangkan atau diganti dengan konsep pernyataan lain yang lebih valid. Pengujian awal dilakukan terhadap 10 responden yang dirawat di Ruang Perawatan VIP. Butir pernyataan atau peubah yang diuji dapat dilihat pada Tabel 3.2.

Tabel 3.2
Daftar Peubah-peubah yang akan Diuji Validitas

No.	Nama Peubah
1.	Kepercayaan Visite Dokter
2.	Kepercayaan Pelayanan Perawat Ramah
3.	Kepercayaan Pelayanan Perawat Cekatan
4.	Kepercayaan Fasilitas VIP
5.	Kepercayaan Waktu Pelayanan
6.	Kepercayaan Tarif Pelayanan
7.	Kepercayaan Pemilihan Dokter
8.	Evaluasi Visite Dokter
9.	Evaluasi Pelayanan Perawat Ramah
10.	Evaluasi Pelayanan Perawat Cekatan
11.	Evaluasi Fasilitas Evaluasi VIP
12.	Evaluasi Waktu Pelayanan
13.	Evaluasi Tarif Pelayanan
14.	Evaluasi Pemilihan Dokter

Rumus yang dapat digunakan adalah yang dikemukakan oleh Pearson yang dikenal dengan rumus korelasi *productmoment* sebagai berikut:

$$r_{xy} = \frac{n \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{n \sum X^2 - (\sum X)^2\} \{n \sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

dimana : r_{xy} = koefisien korelasi suatu butir/item
 n = jumlah responden
 X = skor masing-masing pernyataan
 Y = skor total pernyataan

Bila diperoleh r hitung lebih besar dari r tabel pada tingkat signifikansi ($\alpha=0,05$), maka pernyataan pada kuesioner tersebut mempunyai validitas konstruk atau terdapat konsistensi internal dalam pernyataan tersebut dan layak digunakan. Nilai r tabel dapat dilihat pada Lampiran, nilai derajat bebas diperoleh dari $n-2$ atau $14-2 = 12$.

Berdasarkan hasil korelasi *product moment*, diperoleh 8 angka korelasi dari setiap pernyataan untuk masing-masing hasil pengukuran variabel kepercayaan dan variabel evaluasi (Tabel 3.3). Secara statistik, seluruh pernyataan memiliki angka korelasi yang lebih besar dari angka kritik pada tabel selang kepercayaan 95%, yaitu sebesar 0,532. Hasil tersebut membuktikan bahwa keempat belas pernyataan signifikan dan instrumen yang diujicobakan dinyatakan valid. Peubah yang valid tersebut (kepercayaan dan evaluasi) sebagaimana terdapat pada Tabel 3.3.

Tabel 3.3
Nilai Korelasi Uji Validitas Pernyataan Kuesioner

No.	Peubah (atribut)	Nilai Korelasi (r)
1.	Kepercayaan Visite Dokter	0,628*
2.	Kepercayaan Pelayanan Perawat Ramah	0,791*
3.	Kepercayaan Pelayanan Perawat Cekatan	0,706*
4.	Kepercayaan Fasilitas VIP	0,800*
5.	Kepercayaan Waktu Pelayanan	0,706*
6.	Kepercayaan Tarif Pelayanan	0,710*
7.	Kepercayaan Pemilihan Dokter	0,791*
8.	Evaluasi Visite Dokter	0,712*
9.	Evaluasi Pelayanan Perawat Ramah	0,883*
10.	Evaluasi Pelayanan Perawat Cekatan	0,759*
11.	Evaluasi Fasilitas Evaluasi VIP	0,684*
12.	Evaluasi Waktu Pelayanan	0,851*
13.	Evaluasi Tarif Pelayanan	0,637*
14.	Evaluasi Pemilihan Dokter	0,623*

Keterangan : Nilai $r_{tabel} (n=14; db=12, \alpha=0,05) = 0,532$

2. Uji Reliabilitas Kuesioner

Reliabilitas menunjuk pada pengertian bahwa suatu instrumen cukup dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data karena instrumen tersebut sudah baik. Instrumen yang baik tidak akan bersifat tendensius, mengarahkan

responden untuk memilih jawaban-jawaban tertentu. Instrumen yang sudah dapat dipercaya atau yang reliabel akan menghasilkan data yang dapat dipercaya juga. Apabila datanya memang benar sesuai dengan kenyataannya, maka berapa kalipun diambil, hasilnya tetap akan sama. Reliabilitas menunjuk pada tingkat keterandalan sesuatu. Reliabel artinya dapat dipercaya, jadi dapat diandalkan. Ungkapan yang mengatakan bahwa instrumen harus reliabel sebenarnya mengandung arti bahwa instrumen tersebut cukup baik sehingga mampu mengungkap data yang bisa dipercaya (Arikunto, 1998).

Pada penelitian ini, uji reliabilitas diukur dengan menggunakan *alpha cronbach*. Nilai *alpha cronbach* dihitung dengan menggunakan program *IBM SPSS Statistics* versi 22, adapun rumus koefisien reliabilitas *alpha cronbach* adalah sebagai berikut:

$$r_{11} = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{V_t^2} \right]$$

Dimana : r_{11} = koefisien reliabilitas yang dicari
 k = jumlah butir pernyataan
 σ_b^2 = keragaman total
 V_t^2 = jumlah keragaman butir pertanyaan

Jika nilai *alpha cronbach* lebih dari 0,7 atau mendekati 1, ini menunjukkan bahwa pengukuran yang kita gunakan reliabel atau jawaban responden akan cenderung sama walaupun diberikan kepada orang dan bentuk pertanyaan yang berbeda (Simamora dalam Aminingtyas, 2005). Peubah yang diuji reliabilitas adalah peubah yang sama dengan peubah pada uji validitas sebelumnya yang dinyatakan valid yang tersaji pada Tabel 3.3.

Uji reliabilitas terhadap 10 responden menghasilkan nilai *alpha cronbach* yang lebih besar dari 0,7 dan mendekati satu, seperti yang dapat dilihat pada lampiran. Kuesioner penelitian dinyatakan reliabel atau konsisten, sehingga dapat dikatakan bahwa kemungkinan terjadinya kesalahan pengukuran dalam

F. Metode Analisis Data

1. Uji *Chi Square*

Uji *chi square* merupakan salah satu analisis statistik nonparametrik yang banyak digunakan dalam pengujian hipotesis. Uji ini dapat dikembangkan untuk menguji apakah beberapa ukuran nominal, berhubungan satu sama lain atau tidak. Atau, dengan perkataan lain, apakah dua atau lebih distribusi populasi didistribusikan dalam bentuk sama dan sehubungan dengan kriteria yang diinginkan. Analisa uji *chi square* dalam bentuk ini sering juga disebut analisa tabel kontingensi (Nazir, 1988).

Chi square bukan merupakan ukuran derajat hubungan. Uji ini hanya digunakan untuk menduga barangkali bahwa beberapa faktor, di samping faktor *chance* (sampling error), dipandang mempengaruhi adanya hubungan. Selama hipotesis nihil menyatakan bahwa tidak ada hubungan (variabel-variabelnya independen), uji ini hanya mengevaluasi kemungkinan bahwa hubungan dari nilai pengamatan disebabkan oleh faktor *chance* (sampling error).

Hipotesis nihil ditolak bila nilai χ^2 yang dihitung dari sampel lebih besar dari nilai χ^2 dalam tabel berdasarkan taraf signifikansi tertentu (Djarwanto, 2003).

Dalam penelitian ini, uji *chi square* digunakan untuk mengetahui hubungan atau keterkaitan antara sikap pasien terhadap atribut jasa klinik dengan profil

pasien dan tidak membahas sejauhmana hubungan tersebut. Adapun rumus yang digunakan dalam pengujian ini adalah:

$$\chi^2 = \sum_i \sum_j \frac{(c_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} \dots\dots\dots (3)$$

$$\text{dimana : } e_{ij} = \frac{(n_j)(n_i)}{n} \dots\dots\dots (4)$$

Keterangan:

- X² = nilai *chi square*
- c_{ij} = jumlah observasi dari tiap sel
- e_{ij} = jumlah frekuensi harapan tiap sel
- n = total responden.

Hipotesis yang digunakan adalah sebagai berikut:

Ho : karakteristik pasien tidak berhubungan dengan sikap terhadap atribut klinik.

H1 : karakteristik pasien berhubungan dengan sikap terhadap atribut klinik.

Untuk mengetahui signifikan atau tidaknya hubungan antara karakteristik pasien dengan sikap terhadap atribut klinik adalah dengan membandingkan asimtot signifikan (probabilitas) dengan taraf nyata lima persen atau membandingkan nilai χ^2 hitung dengan $\chi^2(\alpha; db)$. Berdasarkan uraian tersebut, maka kriteria pengambilan keputusan untuk melihat hubungan antara karakteristik pasien dengan sikap terhadap atribut klinik adalah sebagai berikut:

Jika probabilitas > 0.05, maka Ho diterima

Jika probabilitas ≤ 0.05, maka Ho ditolak, atau

Jika χ^2 hitung ≥ $\chi^2(\alpha; db)$, maka Ho ditolak

dimana:

- α = taraf signifikan (5%)
- db = derajat bebas = (b-1) (k-1)
- b = jumlah baris tabulasi silang
- k = jumlah kolom tabulasi silang.

Beberapa syarat yang harus dipenuhi dalam uji ini, yaitu:

1. Nilai frekuensi harapan harus paling sedikit bernilai 1 (satu).
2. Nilai frekuensi harapan yang memiliki nilai kurang dari 5 (lima) tidak boleh lebih dari 20%.

Apabila kedua syarat tersebut tidak terpenuhi, maka untuk memperbesar frekuensi harapan dapat dilakukan dengan menggabungkan kategori-kategori yang berdampingan.

2. Uji Korelasi *Tau Kendall*

Koefisien korelasi *Tau Kendall* dinotasikan τ dan merupakan salah satu alat yang digunakan untuk mengukur derajat keeratan hubungan antara variabel random X dan Y, dimana X dan/atau Y tidak berdistribusi normal atau tidak diketahui distribusinya (Djarwanto, 2003). Penerapan koefisien korelasi ini menuntut variabel pengamatan sekurang-kurangnya diukur dalam skala ordinal.

Koefisien korelasi Kendall dihitung dengan rumus:

$$\tau = \frac{S}{\frac{1}{2}n(n-1)} \dots\dots\dots (5)$$

dengan,
 S = selisih dari banyak peringkat yang lebih besar dengan banyaknya peringkat yang lebih kecil
 n = banyaknya amatan.

Apabila terdapat nilai pengamatan yang sama, maka perlu faktor koreksi, sehingga persamaan di atas menjadi:

$$\tau = \frac{S}{\sqrt{\frac{1}{2}n(n-1)-T_x}\sqrt{\frac{1}{2}n(n-1)-T_y}} \dots\dots\dots (6)$$

dimana: $T_x = \frac{1}{2} \sum t_x(t_x-1)$ dan $T_y = \frac{1}{2} \sum t_y(t_y-1)$

Signifikan atau tidaknya hubungan antara karakteristik pasien dengan sikap terhadap atribut klinik diketahui dengan membandingkan asimtot signifikan (probabilitas) dengan taraf nyata lima persen atau membandingkan nilai t hitung dengan $t(\alpha/2;db)$. Berdasarkan uraian tersebut, maka kriteria pengambilan keputusan untuk melihat hubungan antara karakteristik pasien dengan sikap terhadap atribut klinik adalah sebagai berikut:

Jika probabilitas > 0.05 , maka H_0 diterima

Jika probabilitas ≤ 0.05 , maka H_0 ditolak, atau

Jika $t_{hitung} \geq t(\alpha/2;db)$, maka H_0 ditolak

dimana:

$$t_{hitung} = \frac{r\sqrt{n-2}}{\sqrt{1-r^2}} \dots\dots\dots (7)$$

α = taraf signifikan (5%)

db = derajat bebas = $n-2$

Kriteria interpretasi koefisien korelasi antara dua atribut antara lain:

1. 0.00 – 0.199 = Sangat Lemah
2. 0.20 – 0.399 = Lemah
3. 0.40 – 0.599 = Sedang
4. 0.60 – 0.799 = Kuat
5. 0.80 – 1.000 = Sangat Kuat

Untuk kemudahannya, pengolahan data secara lebih lanjut diproses dengan menggunakan bantuan *software Microsoft Excell* dan *IBM SPSS (Statistical Program for Social Science) Statistics versi 22*.

3. Model Sikap Multiatribut *Fishbein Extended*

Model sikap multiatribut menggambarkan rancangan yang berharga untuk memeriksa hubungan di antara pengetahuan produk yang dimiliki konsumen dan

sikap terhadap produk berkenaan dengan ciri atau atribut produk (Engel et al, 1994).

Para pemasar berkepentingan untuk mengetahui sikap konsumen terhadap produk yang dipasarkannya, dan kemudian merumuskan strategi untuk mempengaruhi sikap konsumen tersebut. Riset pasar atau riset konsumen merupakan salah satu kegiatan penting untuk mengetahui sikap konsumen terhadap suatu produk (Sumarwan, 2004).

Dalam model multiatribut *Fishbein*, sikap keseluruhan terhadap suatu objek adalah fungsi dari dua faktor, yaitu kekuatan dari kepercayaan utama jika dikaitkan dengan objek dan evaluasi dari kepercayaan utama. Kekuatan kepercayaan (tingkat pelaksanaan) adalah kemungkinan yang diyakini dari hubungan antara suatu objek dan ciri-cirinya yang relevan. Kekuatan kepercayaan diukur dengan meminta konsumen memeringkat kemungkinan asosiasi dari setiap kepercayaan utama mereka. Kekuatan kepercayaan produk atau merek konsumen dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu dengan suatu objek. Kepercayaan akan ciri atau konsekuensi produk cenderung lebih kuat ketika didasarkan pada pengalaman nyata penggunaan suatu produk. Hal yang dikaitkan dengan kepercayaan utama adalah evaluasi (tingkat kepentingan), yang mencerminkan seberapa baik konsumen menilai suatu atribut. Pemasar mengukur komponen evaluasi dengan meminta konsumen menyebutkan evaluasi/rasa suka mereka terhadap setiap keadaan atribut (Simamora, 2002).

Dalam upaya menjelaskan hubungan antara sikap dan perilaku dengan lebih baik, Fishbein memodifikasi model multiatributnya. Hasil dari Teori Maksud Perilaku (*Theory of Reasoned Action/Fishbein Extended*) bertujuan untuk

memprediksi perilaku secara lebih akurat, lebih penting untuk menentukan sikap seseorang terhadap perilakunya daripada obyek perilakunya. Pengukuran sikap yang sesuai sebaiknya berdasarkan pada perilaku pembelian atau penggunaan sebuah merek (AB), bukan pada merek itu sendiri (Ao). Perilaku pembelian konsumen, dan terlebih lagi, pengonsumsiannya produk yang merupakan penentu kepuasan. Sikap terhadap obyek dapat tidak menjadi dasar yang valid untuk mengukur sikap.

Modifikasi kedua dalam model ini adalah mendefinisikan kepercayaan sebagai konsekuensi persepsi dari perilaku daripada sikap persepsi terhadap merek. Fishbein mengembangkan modifikasi ketiga dalam modelnya karena hasil campuran dari tingkat kepercayaan dan evaluasi terhadap perilaku. Beliau menyimpulkan bahwa elemen lainnya juga harus mempengaruhi perilaku. Karena norma keluarga dan kelompok teman sangat penting dalam membentuk sikap, beliau memperkenalkan pengaruh sosial dalam modelnya. Dua elemen sosial yang dikenalkan adalah kepercayaan normatif (*normative beliefs*) dan keinginan untuk menuruti mereka (*motivation to comply*) (Assael, 1995).

Bagaimana model Fishbein menerangkan maksud beli dapat dilihat pada Gambar 3.2. Dari gambar tersebut dapat dikatakan bahwa perilaku adalah fungsi dari maksud perilaku dan faktor lain yang mempengaruhi. Dengan kata lain, perbuatan adalah fungsi dari keinginan untuk berbuat yang telah terbentuk sebelumnya dan faktor situasional yang mempengaruhi subyek. Jadi, secara jujur Fishbein mengatakan bahwa maksud beli bukanlah satu-satunya prediktor perilaku. Namun, harus diakui bahwa maksud beli mempunyai hubungan yang sangat dekat dengan perilaku.



Gambar 3.2. Hubungan Sikap terhadap Perilaku dengan Perilaku
(Blackwell, et al dalam Simamora, 2002)

Hubungan antara maksud perilaku dan dua komponen yang membentuknya dinyatakan oleh persamaan berikut ini:

$$B \approx BI = w_1(AB) + w_2(SN) \dots \dots \dots (8)$$

Dimana:

- B = perilaku aktual, dalam hal ini diaproksimasi samadengan BI
- BI = maksud perilaku pada saat tertentu
- AB = sikap terhadap perilaku
- SN = norma subjektif terhadap perilaku
- w_1, w_2 = bobot yang menyatakan pengaruh relatif dari AB dan SN terhadap maksud perilaku.

- Sikap terhadap perilaku.

Seperti tampak pada Gambar 3.2, maksud perilaku dibentuk oleh dua komponen, yaitu sikap terhadap perilaku dan norma subjektif. Secara tertulis, rumus yang digunakan Fishbein untuk mengukur sikap terhadap perilaku sama dengan rumus yang digunakan untuk mengukur sikap terhadap objek. Yang berbeda hanyalah pengertian dari simbol-simbolnya.

$$A_B = \sum_{i=1}^n b_i e_i \dots\dots\dots (9)$$

dimana:

- AB = sikap terhadap perilaku
 bi = tingkat kepercayaan bahwa suatu perilaku akan menyebabkan hasil tertentu
 ei = evaluasi terhadap hasil yang diperoleh
 n = jumlah hasil (outcome), pada mana kombinasi bidang ei dihitung.

- Norma Subjektif.

Norma subjektif dibentuk oleh dua komponen. Pertama, keyakinan normatif individu bahwa kelompok atau seseorang yang menjadi preferensi menginginkan individu tersebut untuk melakukan atau tidak melakukan suatu perbuatan. Kedua, motivasi individu untuk menuruti keyakinan normatif tersebut. Secara matematis, kedua komponen tersebut membentuk norma subjektif dengan rumusan sebagai berikut:

$$SN = \sum_{i=1}^n b_i e_i \dots\dots\dots (10)$$

dimana:

- SN = norma subjektif terhadap perilaku
 bi = keyakinan normatif individu (subjek sikap) bahwa referensi personal atau organisasi menginginkan subjek sikap untuk melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku
 mi = motivasi individu untuk menuruti anjuran referensi personal atau kelompok
 k = jumlah referensi relevan.

Namun demikian, kendala utama yang dihadapi dalam pengukuran sikap *fishbein extended* adalah pada responden yang mengisi kuesioner, yaitu konsumen yang belum membeli produk yang ditanyakan. Oleh karena itu, ia akan diukur kemungkinan membelinya. Namun seorang konsumen yang

belum membeli sesuatu, akan kesulitan jika ditanya tentang keadaan produk tersebut.

Kesulitan model ini adalah bertanya kepada seorang konsumen tentang sesuatu yang ia belum membelinya, yang tentunya menimbulkan bias. Untuk itu, peran penanya dan cara pembuatan kuesioner menjadi unsur penting dalam pengukuran perilaku dengan model *fishbein extended* (Singgih, 2001).

4. Importance Performance Analysis.

Untuk mengetahui atribut mana yang harus diberi prioritas lebih dibandingkan dengan atribut lainnya, maka digunakan *Importance Performance Analysis* atau Analisis Tingkat Kepentingan dan Kinerja. Pengolahan data ini menggunakan program *IBM SPSS versi 22*.

Dalam hal ini tingkat kepentingan/evaluasi digunakan skala 7 tingkat yang terdiri dari *sangat penting, penting, cukup penting, netral, cukup tidak penting, tidak penting* dan *sangat tidak penting*. Ketujuh penilaian tersebut diberikan bobot sebagai berikut:

- a. Jawaban sangat penting diberi bobot 3
- b. Jawaban penting diberi bobot 2
- c. Jawaban cukup penting diberi bobot 1
- d. Jawaban netral diberi bobot 0
- e. Jawaban cukup tidak penting diberi bobot (-1)
- f. Jawaban tidak penting diberi bobot (-2)
- g. Jawaban sangat tidak penting diberi bobot (-3)

Untuk hasil penilaian kinerja/penampilan diberikan tujuh penilaian dengan bobot sebagai berikut:

- a. Jawaban sangat setuju diberi bobot 3
- b. Jawaban setuju diberi bobot 2
- c. Jawaban cukup setuju diberi bobot 1
- d. Jawaban netral diberi bobot 0
- e. Jawaban cukup tidak setuju diberi bobot (-1)
- f. Jawaban tidak setuju diberi bobot (-2)
- g. Jawaban sangat tidak setuju diberi bobot (-3)

Berdasarkan hasil penilaian tingkat kepentingan dan hasil penilaian kinerja/penampilan maka akan dihasilkan suatu perhitungan mengenai tingkat kesesuaian antar tingkat kepentingan dan tingkat pelaksanaannya di Ruang Perawatan VIP. Tingkat kesesuaian adalah hasil perbandingan skor kinerja/pelaksanaan dengan skor kepentingan. Tingkat kesesuaian inilah yang akan menentukan prioritas peningkatan atribut-atribut di Ruang Perawatan VIP.

Dalam penelitian ini terdapat dua buah variabel yang diwakilkan oleh huruf X dan Y, dimana X merupakan tingkat kinerja rumah sakit yang dapat memberikan kepuasan para pasien, sedangkan Y merupakan tingkat kepentingan pasien. Adapun rumus yang digunakan adalah:

$$Tk_i = \frac{X_i}{Y_i} \times 100\% \dots\dots\dots (11)$$

dimana:

- Tki = Tingkat kesesuaian responden
 Xi = Skor penilaian kinerja Ruang Perawatan VIP
 Yi = Skor penilaian kepentingan pasien.

Selanjutnya sumbu mendatar (X) akan diisi oleh skor tingkat pelaksanaan, sedangkan dalam sumbu tegak (Y) akan diisi oleh skor tingkat kepentingan.

Dalam penyederhanaan rumus, maka untuk setiap atribut menggunakan rumus:

$$X = \frac{\sum Xi}{n} \dots\dots\dots (12)$$

$$Y = \frac{\sum Yi}{n} \dots\dots\dots (13)$$

dimana: X = Skor rata-rata tingkat pelaksanaan
 Y = Skor rata-rata tingkat kepentingan
 n = Jumlah responden.

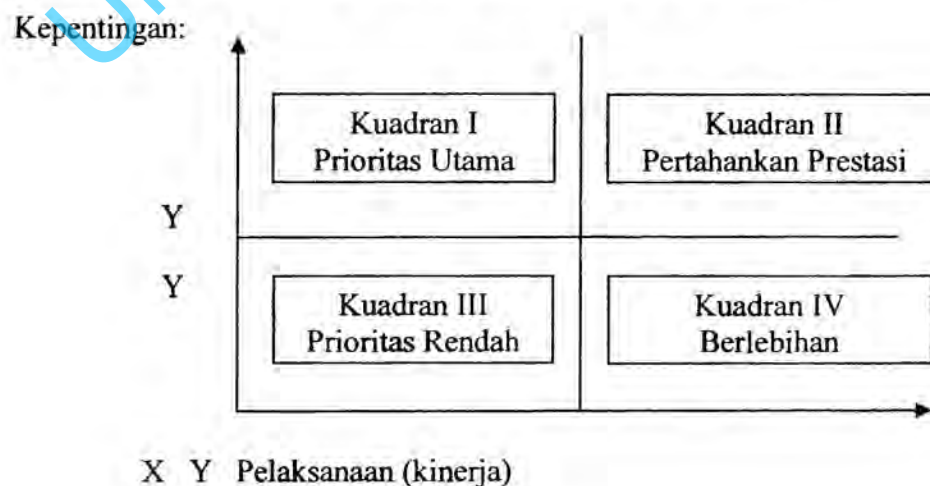
Diagram Kartesius merupakan suatu bangun yang dibagi atas empat bagian yang dibatasi oleh dua buah garis yang berpotongan tegak lurus pada titik-titik (X , Y), dimana X merupakan rata-rata dari rata-rata skor tingkat pelaksanaan seluruh atribut dan Y adalah rata-rata dari rata-rata skor tingkat kepentingan seluruh atribut yang mempengaruhi penilaian pasien.

$$X = \frac{\sum_{i=1}^n Xi}{K} \dots\dots\dots (14)$$

$$Y = \frac{\sum_{i=1}^n Yi}{K} \dots\dots\dots (15)$$

dimana K = Banyaknya atribut/faktor yang dapat mempengaruhi kepuasan/penilaian pasien.

Selanjutnya tingkat unsur-unsur tersebut akan dijabarkan dan dibagi menjadi 4 bagian ke dalam Diagram Kartesius. Seperti pada Gambar 3.3 berikut:



Gambar 3.3 Diagram Kartesius (Supranto, 2001)

Keterangan Kuadran:

- I. Menunjukkan faktor/atribut yang dianggap mempengaruhi kepuasan pasien, termasuk atribut-atribut klinik yang dianggap sangat penting, namun manajemen belum melaksanakannya sesuai dengan keinginan pasien sehingga mengecewakan/tidak puas.
- II. Menunjukkan atribut jasa pokok yang telah berhasil dilaksanakan di Ruang Perawatan VIP, untuk itu wajib dipertahankan karena dianggap sangat penting dan sangat memuaskan.
- III. Menunjukkan beberapa faktor/atribut yang kurang penting pengaruhnya bagi pasien, pelaksanaannya oleh Ruang Perawatan VIP biasa-biasa saja. Dianggap kurang penting dan kurang memuaskan.
- IV. Menunjukkan faktor/atribut yang kurang penting dalam mempengaruhi pasien, akan tetapi pelaksanaannya berlebihan. Dianggap tidak penting tetapi sangat memuaskan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Objek Penelitian

1. Sejarah Singkat Berdirinya Rumah Sakit

RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun didirikan sejak jaman penjajahan Belanda dan berlokasi di Kelurahan Raja yang sekarang dikenal sebagai Puskesmas Arut Selatan Jalan Pangeran Antasari nomor 176 Pangkalan Bun. Pada tahun 1979, rumah sakit ini diperluas dan dipindahkan ke kota atas di lokasi yang sekarang di Jalan Sutan Syahrir nomor 17 Pangkalan Bun. Pada tanggal 18 Maret 1992 diresmikan dengan sebutan RSUD Sultan Imanuddin oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Adyatma, MPH. Sultan Imanuddin adalah salah seorang Sultan yang memerintah Kotawaringin dan memindahkan Pusat Kerajaan dari Kotawaringin Lama ke Pangkalan Bun.

2. Visi, Misi dan Motto

Visi Kepala Daerah Kabupaten Kotawaringin Barat adalah Terwujudnya Kabupaten Kotawaringin Barat yang Sejahtera, Berkeadilan dan Jaya. Untuk mewujudkan visi tersebut ada lima misi yang akan dilaksanakan yaitu:

- a. Melanjutkan pembangunan Kotawaringin Barat sebagai daerah pengembangan pembangunan;
- b. Memperkuat dimensi keadilan di semua bidang;
- c. Menuju kejayaan Kotawaringin Barat.

Dengan mengacu pada Visi Kepala Daerah Kabupaten Kotawaringin Barat, maka ditetapkan Visi RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun yaitu Rumah Sakit Mandiri dengan Pelayanan Prima.

Untuk mewujudkan visi tersebut, ditetapkan Misi yang akan dilaksanakan oleh seluruh jajaran di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun yaitu:

- a. Mewujudkan pengelolaan rumah sakit yang profesional dengan prinsip sosioekonomi secara efektif dan efisien serta mampu berdaya saing;
- b. Meningkatkan kualitas sumberdaya rumah sakit yang profesional, produktif dan berkomitmen sesuai dengan perkembangan ilmu kedokteran/kesehatan;
- c. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada semua lapisan masyarakat secara cepat, tepat, nyaman dan terjangkau dengan dilandasi etika profesi;
- d. Mewujudkan pelayanan yang pro aktif dan perluasan jangkauan pelayanan kepada masyarakat.

Dalam bekerja RSUD Sultan mempunyai Moto “Pelayanan yang Memuaskan adalah Tekad Kami”.

3. Struktur Organisasi Rumah Sakit

Organisasi RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun merupakan rumah sakit type C berdasarkan SK Menteri Kesehatan RI Nomor: 187/Menkes/SK/II/1993, dan Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor: SJ061/1998 tanggal 18 Mei 1998, dan Pedoman Tata Kerja Rumah Sakit Kelas C dengan Peraturan Daerah Nomor 18 Tahun 1998.

Pada tahun 2005 terjadi perubahan Struktur Organisasi Rumah Sakit berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Kotawaringin Barat Nomor 8 Tahun 2005, dan pada tahun 2008 kembali terjadi perubahan Struktur Organisasi Rumah

Sakit sesuai dengan Peraturan Daerah Kabupaten Kotawaringin Barat Nomor 20 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun adalah unsur pelaksana Lembaga Teknis Daerah sebagai pendukung Pemerintah Daerah Kabupaten, yang dipimpin oleh seorang kepala dengan sebutan Direktur yang berkedudukan di bawah dan bertanggungjawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah, membawahi 1 Kepala Bagian Tata Usaha, 3 Kepala Bidang, 3 Kepala Sub Bagian, 6 Kepala Seksi dan Kelompok Jabatan Fungsional: Komite Medik, Staf Medik Fungsional, Komite Keperawatan, dan Satuan Pemeriksaan Internal.

4. Unit/Instalasi Pelaksana Fungsional

- a. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat: 24 jam.
- b. Pelayanan Rawat Jalan:
 - Klinik Kebidanan dan Kandungan;
 - Klinik Kesehatan Anak;
 - Klinik Penyakit Dalam;
 - Klinik Bedah;
 - Klinik Mata;
 - Klinik Saraf;
 - Klinik Gigi dan Mulut;
 - Klinik THT;
 - Klinik Umum;
 - Klinik Psikologi;
 - Klinik Gizi;

- Klinik Rehabilitasi Medik;
 - Klinik VCT;
 - Klinik KIA-KB;
 - Klinik Imunisasi;
 - Klinik Jiwa;
 - Klinik Kulit dan Kelamin;
 - Klinik Tumbuh Kembang Balita;
 - Unit Elektro Kardiografi;
 - Pojok laktasi;
 - *Medical Check Up*.
- c. Pelayanan Rawat Inap:
- Ruang Perawatan Kebidanan dan Kandungan;
 - Ruang Perawatan Anak;
 - Ruang Perawatan VIP;
 - Ruang Perawatan Bedah;
 - Ruang Perawatan Perinatologi;
 - Ruang Perawatan Penyakit Dalam;
 - Ruang Perawatan ICU/ICCU;
 - Ruang Perawatan Keluarga Miskin /Kelas III (Akasia).
- d. Pelayanan Penunjang Medis:
- Bedah sentral: 24 jam;
 - Anestesi dan Reanimasi: 24 jam;
 - Laboratorium Patologi Klinik: 24 jam;
 - Radiodiagnostik;

- Rehabilitasi Medik;
 - Rekam Medis: pelayanan dokumen rekam medis, resume medis, *visum et repertum*;
 - Farmasi: 24 jam dengan pelayanan obat generik sesuai formularium;
 - Gizi: 24 jam, pelayanan makan pasien dan konsultasi gizi;
 - Gas Medis: 24 jam.
- e. Pelayanan Penunjang Non Medis:
- Laundry;
 - Pemulasaraan Jenazah: 24 jam;
 - Ambulans: 24 jam, dengan pelayanan mobil jenazah dan ambulans 118;
 - Perpustakaan konvensional;
 - Elektromedik;
 - Sentra Administrasi dan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS): 24 jam.
- f. Pelayanan Sarana Prasarana:
- Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit;
 - Telah dibuat dokumen Upaya Pengelolaan Lingkungan (UKL) dan Upaya Pemeliharaan Lingkungan (UPL) serta telah dilaksanakan sesuai yang tertera dalam dokumen tersebut;
 - Pengelolaan Limbah: Pengelolaan limbah padat menggunakan insenerator sedangkan limbah cair melalui instalasi pengelolaan limbah cair;

- Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS): melalui leaflet, brosur, poster, banner, TV internal dan penyuluhan langsung;
- Penerangan:
 - 1) PLN;
 - 2) Genset dengan kekuatan 150 KV dan 500 KV sebanyak 4 unit.
- Penyehatan Air: tersedianya air bersih dari PDAM dan sumur bor/gali dengan kuantitas cukup dan kontinuitas (tersedia dalam 24 jam), serta tersedianya jaringan air minum.

5. Jumlah tenaga RSUD

Tenaga RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun pada Tahun 2013 keseluruhan berjumlah 446 orang. Apabila dikelompokkan berdasarkan *status tenaga*, dengan rincian sebagai berikut: PNS, 300 orang (67%); Kontrak, 140 orang (31%); Tenaga Kerja Sukarela, 3 orang (1%) dan Mitra, 3 orang (1%). Apabila dikelompokkan berdasarkan *jenis tenaga*, dengan rincian sebagai berikut: jumlah tenaga medis, 39 orang (9%); keperawatan, 156 orang (35%); kefarmasian, 19 orang (4%); kesehatan masyarakat, 6 orang (1%); gizi, 7 orang (2%); keterampilan fisik, 4 orang (1%); keteknisian medis, 25 orang (6%); Perekam Medik, 8 orang (2%); kesehatan lain, 42 orang (9%); dan tenaga non kesehatan, 140 orang (31%).

Tabel 4.1
Ketenagaan RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun
Per 31 Desember 2013

No.	Jenis Tenaga	Jumlah	%
1.	Keperawatan	156	35%
2.	Non Kesehatan	140	31%
3.	Kesehatan Lain	42	9%
4.	Medis	39	9%
5.	Keteknisian Medik	25	6%
6.	Farmasi	19	4%
7.	Perekam Medik	8	2%
8.	Gizi	7	2%
9.	Kesehatan Masyarakat	6	1%
10.	Keterampilan Fisik	4	1%

6. Ruang Perawatan VIP

a. Sarana Prasarana, Kelas Perawatan dan Alokasi Tempat Tidur

Sarana gedung VIP terdiri atas dua lantai. Gedung lantai dasar dengan nama Ulin terdiri atas:

- 1) 1 Ruang Perawat dengan 1 ruang pantry dan 1 kamar mandi;
- 2) 1 Ruang Dokter;
- 3) 1 Ruang Depo Farmasi; dan
- 4) 8 Ruang Perawatan Kelas VIP dengan 8 tempat tidur.

Sedangkan lantai satu dengan nama Ramin terdiri atas:

- 1) 1 Ruang Perawat dengan 1 ruang pantry dan 1 kamar mandi;
- 2) 1 Ruang Dokter;
- 3) 8 Ruang Perawatan Kelas Utama Paviliun dengan 8 tempat tidur.

Fasilitas prasarana dan peralatan gedung yang tersedia di setiap ruang perawatanVIP dan Paviliun Utama terdiri atas: kamar mandi, instalasi gas medis, bel perawat, telepon PABX, AC, *electric bed*, televisi, *dispenser*, lemari es, kursi tamu, matras penunggu pasien.

b. Jumlah Tenaga

Berdasarkan struktur organisasi ruangan, jumlah tenaga di ruang perawatan VIP pada tahun 2013 sebanyak 25 orang. Apabila dikelompokkan berdasarkan *status tenaga* sebagai berikut: PNS 17 orang (68%); dan Kontrak 8 orang (32%). Apabila dikelompokkan berdasarkan *jenis tenaga*, dengan rincian sebagai berikut: jumlah tenaga keperawatan 18 orang (72%) dan tenaga non kesehatan 7 orang (28%).

B. Hasil

1. Karakteristik Responden

a. Karakteristik Berdasarkan Jenis Kelamin.

Pasien Ruang Perawatan VIP, berdasarkan data yang diperoleh, sebagian berjenis kelamin laki-laki, yaitu sebanyak 58%. Karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 4.2 di bawah ini.

Tabel 4.2
Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Frekuensi (orang)	Persentase (%)	Persentase Kumulatif(%)
Laki-Laki	29	58	58
Perempuan	21	42	100

b. Karakteristik Berdasarkan Usia.

Jika dilihat dari segi usia, mayoritas responden berusia antara antara 41-55 tahun (44%). Karakteristik responden berdasarkan usia disajikan pada Tabel 4.3.

Tabel 4.3
Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Usia (tahun)	Frekuensi (orang)	Persentase (%)	Persentase Kumulatif(%)
17-25	1	2	2
26-30	2	4	6
31-40	20	40	46
41-55	22	44	90
>55	5	10	100

c. Karakteristik Berdasarkan Pendidikan.

Berdasarkan tingkat pendidikannya, sebagian besar responden merupakan lulusan SMA (42%). Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan disajikan pada Tabel 4.4.

Tabel 4.4
Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Pendidikan	Frekuensi (orang)	Persentase (%)	Persentase Kumulatif(%)
SD	8	16	16
SMA	21	42	58
D3/D4	6	12	70
S1	15	30	100

d. Karakteristik Berdasarkan Jenis Pekerjaan.

Berdasarkan jenis pekerjaannya, diperoleh bahwa sebagian besar responden (44%) adalah wiraswasta. Karakteristik responden berdasarkan jenis pekerjaan disajikan pada Tabel 4.5.

Tabel 4.5
Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Pekerjaan	Frekuensi (orang)	Persentase (%)	Persentase Kumulatif(%)
PNS/TNI/Polri	11	22	22
Pegawai Swasta	13	26	48
Wiraswasta	22	44	92
Lainnya	4	8	100

e. Karakteristik Berdasarkan Status Pernikahan.

Status pernikahan pada responden sebagian besar adalah menikah (98%). Status pernikahan ini berhubungan dengan rekomendasi perilaku pengobatan responden. Responden yang telah menikah biasanya cenderung berada dalam lingkungan keluarga mereka, sedangkan responden yang belum menikah cenderung berada dalam lingkungan teman-teman mereka. Karakteristik responden berdasarkan status pernikahan dapat dilihat pada Tabel 4.6.

Tabel 4.6
Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pernikahan

Status Pernikahan	Frekuensi (orang)	Persentase (%)	Persentase Kumulatif(%)
Menikah	49	98	98
Belum Menikah	1	2	100

f. Karakteristik Berdasarkan Pendapatan.

Pendapatan responde tiap bulan dibagi menjadi enam level. Mayoritas responden berpenghasilan antara Rp2.000.000,- sampai

dengan Rp4.000.000,- (50%). Karakteristik responden berdasarkan pendapatan dapat dilihat pada Tabel 4.7.

Tabel 4.7
Karakteristik Responden Berdasarkan Pendapatan

Usia (Rp)	Frekuensi (orang)	Persentase (%)	Persentase Kumulatif(%)
<2jt	13	26	26
2jt - <4jt	25	50	76
4jt - <6jt	3	6	82
6jt - <8jt	3	6	88
8jt - <10jt	0	0	88
>=10jt	6	12	100

2. Penilaian Sikap dan Perilaku Pasien

a. Analisis Sikap dan Perilaku.

Pengukuran tingkat kepercayaan pasien terhadap pelayanan Ruang Perawatan VIP dapat diketahui dari kepercayaan pasien terhadap atribut ruang perawatan tersebut. Sebelum mengukur kepercayaan pasien terhadap atribut ruang perawatan, perlu diketahui evaluasi (tingkat kepentingan) pasien terhadap atribut ruang perawatan secara umum. Evaluasi konsumen mencerminkan seberapa baik konsumen menilai suatu atribut. Dari hasil evaluasi/kepentingan (ei) pasien, diperoleh atribut yang berperan, yaitu: visite atau kunjungan dokter yang rutin (2,86), perawat dalam memberikan pelayanan ramah, penuh kekeluargaan (2,70), perawat dalam memberikan pelayanan cekatan (2,70), fasilitas di Ruang Perawatan VIP serta sarana pendukung termasuk obat-obatan memadai (2,66), waktu pelayanan yang diberikan dilakukan secara cepat (2,56), tarif sudah sesuai dengan kualitas

pelayanan yang diberikan (2,24), pasien telah diberi kewenangan untuk memilih dokter yang diinginkan (2,56). Berdasarkan hasil evaluasi tersebut, dapat dikatakan bahwa atribut-atribut tersebut dinilai penting oleh pasien untuk dimiliki/dilaksanakan di Ruang Perawatan VIP.

Atribut 'visite atau kunjungan dokter yang rutin setiap saat diperlukan' mempunyai skor evaluasi tertinggi. Besarnya nilai evaluasi tersebut karena pasien menganggap bahwa visite yang dilakukan oleh dokter yang bertanggungjawab melakukan perawatan kepada pasien harus rutin dilakukan atau setiap saat harus dilakukan visite agar pasien dapat mengetahui perkembangan penyakit yang diderita. Skor evaluasi terhadap pelayanan perawat mempunyai skor yang sama baik perawat tersebut harus ramah dan penuh kekeluargaan serta dalam memberikan pelayanan perawat harus cekatan artinya pada saat pasien membutuhkan pertolongan dari perawat maka perawat tersebut harus sigap untuk segera memberi pertolongan dan mampu. Skor evaluasi 'fasilitas di Ruang Perawatan VIP serta sarana pendukung termasuk obat-obatan memadai' karena pasien menganggap bahwa karena biaya yang dikeluarkan untuk mendapat pelayanan di ruang VIP cukup mahal maka fasilitas yang diberikan juga harus cukup memadai. Demikian juga dengan atribut 'tarif sudah sesuai dengan kualitas pelayanan yang diberikan' bahwa besarnya tarif pelayanan di ruang VIP harus sebanding dengan kualitas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit baik dari sisi fasilitas maupun tenaga yang memberikan pelayanan. Besarnya skor atribut 'waktu pelayanan yang diberikan dilakukan secara cepat' dikarenakan pasien menganggap

bahwa pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan di ruang Perawatan VIP harus diberikan secara cepat sehingga pasien akan merasa puas karena segera dilakukan tindakan saat membutuhkan pertolongan. Demikian juga dengan skor evaluasi atribut 'pasien telah diberi kewenangan untuk memilih dokter yang diinginkan', disebabkan karena pasien menganggap bahwa pasien harus diberi kewenangan untuk memilih dokter yang diinginkan yang akan memberikan pelayanan kepada mereka.

Setelah pasien memberikan penilaian mengenai tingkat kepentingan (evaluasi) terhadap atribut-atribut suatu klinik, selanjutnya mereka diminta untuk menilai kepercayaan pasien (*belief*) terhadap atribut-atribut tersebut. Menurut Sumarwan (2004), kepercayaan adalah kekuatan kepercayaan bahwa suatu produk memiliki atribut tertentu. Konsumen akan mengungkapkan kepercayaan terhadap berbagai atribut yang dimiliki suatu merek dan produk yang dievaluasinya. Simamora (2002) mengungkapkan bahwa kekuatan kepercayaan adalah kemungkinan yang diyakini dari hubungan antara suatu objek dan ciri-cirinya yang relevan. Kekuatan kepercayaan diukur dengan meminta konsumen memeringkat kemungkinan asosiasi dari setiap kepercayaan utama mereka.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tiga atribut yang paling diyakini pasien (tingkat pelaksanaan) bahwa Ruang Perawatan VIP memenuhi atribut-atribut pelayanan kepada pasien tersebut adalah: 'pasien telah diberi kewenangan untuk memilih dokter yang diinginkan' (2,74),

'perawat dalam memberikan pelayanan cekatan' (2,64), dan 'visite atau kunjungan dokter yang rutin setiap saat diperlukan' (2,62).

Atribut 'pasien telah diberi kewenangan untuk memilih dokter yang diinginkan' memiliki skor kepercayaan yang tertinggi. Hal ini menunjukkan bahwa pasien telah diberi kewenangan oleh pihak rumah sakit untuk memilih dokter yang diinginkan, yang bertanggung jawab terhadap perawatan pasien selama dirawat di Ruang Perawatan VIP. Selanjutnya atribut 'perawat dalam memberikan pelayanan cekatan' memiliki skor tertinggi berikutnya sehingga dapat dikatakan bahwa perawat di Ruang Perawatan VIP telah melaksanakan tugasnya dengan memberikan pelayanan kepada pasien dengan cekatan. Atribut ketiga yang mempunyai skor tertinggi adalah 'visite atau kunjungan dokter yang rutin setiap saat diperlukan' yang berarti kunjungan dokter ke pasien telah dilakukan sesuai jadwal yang ditentukan untuk memberikan pertolongan atau menyampaikan perkembangan kesehatan pasien yang dirawat.

Dari Tabel 4.8 dapat dilihat bahwa hasil keseluruhan sikap (Ab) pasien sebesar 44,5. Objek yang dikaji hanya satu yaitu Ruang Perawatan VIP, maka diperlukan skala interval untuk menginterpretasikannya. Proses pengolahan skala interval lebih lanjut disajikan pada lampiran. Interval yang dibentuk dalam penelitian ini sebanyak lima selang, yaitu:

1. $(-92) \leq Ab \leq (-55,2)$ dengan kategori sangat buruk
2. $(-55,2) \leq Ab \leq (-18,4)$ dengan kategori buruk
3. $(-18,4) \leq Ab \leq 18,4$ dengan kategori netral atau biasa

4. $18,4 \leq A_b \leq 55,2$ dengan kategori baik
5. $55,2 \leq A_b \leq 92$ dengan kategori sangat baik

Berdasarkan interval tersebut, maka dapat dikatakan bahwa sikap pasien terhadap pelayanan di Ruang Perawatan VIP adalah **baik**, namun belum seperti harapan pasien. Hal ini dapat dilihat dari nilai-nilai e_i yang lebih besar bila dibandingkan dengan nilai-nilai b_i (Tabel 4.9).

Tabel 4.8
Hasil Penghitungan Sikap Pasien Terhadap Atribut-Atribut Ruang Perawatan VIP

No.	Atribut	b_i	e_i	$b_i * e_i$
1.	Visite dokter rutin dilakukan.	2,62	2,86	7,5
2.	Perawat ramah, penuh kekeluargaan.	2,60	2,70	7,0
3.	Perawat cekatan.	2,64	2,70	7,1
4.	Fasilitas di Ruang Perawatan VIP memadai.	1,98	2,66	5,3
5.	Waktu pelayanan cepat.	2,60	2,56	6,7
6.	Tarif sesuai dengan kualitas pelayanan.	1,76	2,24	3,9
7.	Pasien diberi kewenangan untuk memilih dokter.	2,74	2,56	7,0
Total A_b				44,5

Keterangan: b_i = *belief* (kepercayaan)
 e_i = evaluasi
 A_b = sikap

b. Kesenjangan Atribut Pelayanan Ruang Perawatan VIP.

Skor evaluasi dan tingkat keyakinan pasien dapat memberikan arti yang lebih bermakna apabila nilai antara skor ini dihitung selisihnya. Selisih antara skor evaluasi (*evaluation*) dan tingkat keyakinan (*belief*)

disebut dengan kesenjangan atribut produk ($b_i - e_i$). Jika nilai ($b_i - e_i$) = 0, maka diartikan bahwa atribut jasa perawatan saat ini diyakini telah dapat memenuhi standar atribut yang diharapkan pasien secara tetap. Jika nilai ($b_i - e_i$) positif atau ($b_i > e_i$), maka dapat diartikan bahwa Ruang Perawatan VIP saat ini diyakini dapat memenuhi atribut lebih baik dibandingkan standar atribut yang diharapkan pasien. Sebaliknya, jika ($b_i - e_i$) negatif atau ($b_i < e_i$), maka dapat diartikan bahwa Ruang Perawatan VIP saat ini diyakini belum dapat memenuhi atribut 'lebih baik' dibandingkan standar atribut yang diharapkan pasien. Standar atribut dinyatakan dalam skor evaluasi terhadap atribut.

Berdasarkan Tabel 4.9 dapat diketahui bahwa walaupun total sikap pasien secara keseluruhan adalah baik, namun ternyata tidak semua atribut jasa pelayanan di Ruang Perawatan VIP memenuhi standar atribut yang ditetapkan pasien. Atribut-atribut yang memenuhi standar atribut yang ditetapkan oleh pasien adalah 'waktu pelayanan yang diberikan dilakukan secara cepat' ($b_i - e_i = 0,04$) dan atribut 'pasien telah diberi kewenangan untuk memilih dokter yang diinginkan' ($b_i - e_i = 0,18$).

Tabel 4.9
Kesenjangan Atribut-Atribut di Ruang Perawatan VIP

No.	Atribut	b_i	e_i	$b_i - e_i$
1.	Visite dokter rutin dilakukan.	2,62	2,86	-0,24
2.	Perawat ramah, penuh kekeluargaan.	2,6	2,7	-0,1
3.	Perawat cekatan.	2,64	2,7	-0,06
4.	Fasilitas di Ruang Perawatan VIP memadai.	1,98	2,66	-0,68
5.	Waktu pelayanan cepat.	2,6	2,56	0,04
6.	Tarif sesuai dengan kualitas pelayanan.	1,76	2,24	-0,48
7.	Pasien diberi kewenangan untuk memilih dokter.	2,74	2,56	0,18
Total A_b				-1,3

Keterangan: b_i = *belief* (kepercayaan)

e_i = evaluasi

A_b = sikap

c. Pengukuran *Subjective Norm* (SN).

Nilai norma subyektif menggambarkan pengaruh pihak eksternal terhadap perilaku masing-masing konsumen. Pihak-pihak eksternal yang biasanya mempengaruhi perilaku konsumen adalah orang-orang yang dekat dengan konsumen, yaitu keluarga dan teman.

Dari Tabel 4.10 ditunjukkan bahwa keluarga pasien lebih menganjurkan pasien dirawat di Ruang Perawatan VIP daripada teman mereka, karena skor 1,38 lebih besar daripada 1,26. Selain itu, dapat dilihat juga bahwa pasien cenderung lebih menuruti pendapat keluarga daripada pendapat teman-teman mereka, karena skor 3,16 lebih besar dari skor 2,52. Hal ini dapat disebabkan oleh mayoritas pasien yang telah menikah, sehingga mereka cenderung untuk memperhatikan pendapat

keluarga mereka dibandingkan teman-temannya. Jadi pasien menganggap bahwa referensi dari keluarga yang menyebabkan mereka membeli (berkunjung atau menjalani perawatan) di Ruang Perawatan VIP RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun daripada referensi teman.

Kedua skor menunjukkan angka positif serta skor keseluruhan (SN) yang positif, yaitu 7,54 sehingga dapat disimpulkan bahwa baik keluarga maupun teman para pasien pada prinsipnya setuju untuk menerima keputusan pasien dirawat di Ruang Perawatan VIP. Skor SN dapat dilihat pada Tabel 4.10.

Tabel 4.10
Hasil Pengolahan *Subjective Norm* (SN)

Kelompok Referensi	b_i	m_i	$b_i * m_i$
Keluarga	1,38	3,16	4,36
Teman	1,26	2,52	3,18
Total SN			7,54

d. Pengukuran Bobot (w_1 dan w_2)

Secara keseluruhan, dapat dilihat bahwa pasien berpendapat, sikap dia sendiri (w_1) sebesar 54,74 persen lebih menentukan dalam perilaku dirawat mereka daripada mengikuti pendapat kelompok atau referensi pihak lain (w_2), yaitu keluarga dan teman mereka, sebesar 45,26 persen. Dengan kata lain, dalam penentuan perilaku dirawat, pendapat kelompok referensi kurang berpengaruh terhadap perilaku pasien.

e. Pengukuran *Behavior Intention* (BI)

Hasil penelitian ini menunjukkan perolehan nilai BI yang positif, yaitu sebesar 28,6. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa secara keseluruhan konsumen mempunyai sikap atau berperilaku positif terhadap pelayanan Ruang Perawatan VIP. Hal ini disebabkan selain memang karena faktor internal (sikap) mereka bersikap positif (44,5%), juga pendapat kelompok referensi yang juga positif terhadap pelayanan Ruang Perawatan VIP, karena kedua bagian tersebut besar pengaruhnya dalam membentuk perilaku pasien, maka secara keseluruhan mereka mempunyai keinginan untuk dirawat di Ruang Perawatan VIP.

3. Uji *Chi Square*

Uji *chi square* termasuk salah satu alat uji dalam statistik yang sering digunakan dalam praktek. Dalam hal ini, akan diketahui hubungan antara karakteristik pasien dengan sikap terhadap atribut klinik. Menurut Sumarwan (2004), perbedaan karakteristik akan mempengaruhi respons individu terhadap lingkungannya (stimulus) secara konsisten. Perbedaan karakteristik akan mempengaruhi perilaku individu tersebut. Individu dengan karakteristik yang sama cenderung akan bereaksi yang relatif sama terhadap situasi lingkungan yang sama.

Hasil uji asosiasi yang diperoleh antara sikap pasien terhadap atribut Ruang Perawatan VIP dengan tujuh peubah karakteristik pasien yang bersifat nominal, menunjukkan bahwa sikap pasien terhadap atribut klinik yang meliputi 'visite atau kunjungan dokter yang rutin setiap saat diperlukan', dipengaruhi oleh jenis

kelamin. Hal ini dapat dilihat dari nilai χ^2 hitung yang lebih besar dari $\chi^2(\alpha, db)$ dan probabilitas yang lebih kecil dari 0,05.

Status pernikahan dinyatakan dapat mempengaruhi pasien dalam menentukan penilaian sikap terhadap 'fasilitas di Ruang Perawatan VIP serta sarana pendukung termasuk obat-obatan memadai'. Pekerjaan pasien juga dinyatakan dapat mempengaruhi pasien dalam menentukan 'visite atau kunjungan dokter yang rutin setiap saat diperlukan'. Jenis pekerjaan pasien yang berbeda-beda menyebabkan sikap pasien terhadap 'fasilitas di Ruang Perawatan VIP serta sarana pendukung termasuk obat-obatan memadai' serta mempengaruhi 'tarif sudah sesuai dengan kualitas pelayanan yang diberikan dan sesuai jika dibandingkan dengan tarif pada layanan sejenis di rumah sakit lain'. Sehingga dari karakteristik responden, ada tiga peubah yang dinyatakan dapat mempengaruhi sikap terhadap tiga atribut pelayanan di Ruang Perawatan VIP seperti yang disajikan pada Tabel 4.11. Hasil uji *chi square* antara karakteristik pasien dengan sikap terhadap atribut jasa klinik selengkapnya dapat dilihat pada Lampiran.

Tabel 4.11
Nilai Uji *Chi Square* yang Nyata pada Taraf $\alpha=5\%$

Peubah Karakteristik Pasien	Atribut Jasa Perawatan	χ^2 Hitung	Asymp. Sig.
Jenis Kelamin	Tarif sesuai dengan kualitas pelayanan.	16,217	0,003
Pekerjaan	Visite dokter rutin dilakukan.	19,188	0,24
	Fasilitas di Ruang Perawatan VIP memadai.	24,538	0,017
	Tarif sesuai dengan kualitas pelayanan.	31,390	0,002
Status Pernikahan	Fasilitas di Ruang Perawatan VIP memadai.	11,735	0,019

4. Uji Korelasi *Tau-Kendall*

Keeratan hubungan antara peubah karakteristik pasien dengan atribut jasa klinik yang keduanya berskala ordinal dapat diperoleh dengan menggunakan koefisien korelasi *tau-kendall*.

Tabel 4.12
Nilai Korelasi *Tau-Kendall* yang Nyata pada Taraf $\alpha=5\%$

Peubah Karakteristik Pasien	Atribut Jasa Perawatan	Kendall's tau_b (τ)	Sig. (2 tail)
Umur	Visite dokter rutin dilakukan.	-0,323	0,015
	Perawat ramah, penuh kekeluargaan.	-0,415	0,002
	Perawat cekatan.	-0,338	0,012
	Waktu pelayanan cepat.	-0,324	0,015
	Tarif sesuai dengan kualitas pelayanan.	-0,344	0,006
Pendidikan	Pasien diberi kewenangan untuk memilih dokter.	-0,306	0,021

Pendidikan pasien, seperti yang dapat dilihat pada Tabel 4.12, berkorelasi negatif terhadap atribut 'pasien telah diberi kewenangan untuk memilih dokter yang diinginkan'. Hal ini berarti tingkat pendidikan pasien tidak selaras dengan penilaian sikap pasien terhadap atribut 'pasien telah diberi kewenangan untuk memilih dokter yang diinginkan'. Semakin tinggi tingkat pendidikan, pasien cenderung menilai sikap terhadap atribut pelayanan di Ruang Perawatan VIP semakin kurang baik.

Atribut 'pasien telah diberi kewenangan untuk memilih dokter yang diinginkan' yang dinyatakan memiliki hubungan secara statistik dengan peubah karakteristik pasien di atas, yaitu pendidikan memiliki hubungan yang lemah. Hal

ini diindikasikan oleh nilai koefisien korelasi (τ) yang berada di bawah 0,5. Hasil uji *tau Kendall* antara karakteristik pasien dengan sikap terhadap atribut pelayanan Ruang Perawatan VIP selengkapnya dapat dilihat pada lampiran.

5. *Importance Performance Analysis*

Analisis *importance performance* digunakan untuk melihat kedudukan tujuh atribut pelayanan di Ruang Perawatan VIP yang diperoleh berdasarkan skor tingkat kepentingan dan skor tingkat kinerja dari pasien. Penilaian responden secara keseluruhan berdasarkan tingkat kepentingan masing-masing atribut dapat dilihat pada Tabel 4.13.

Tabel 4.13
Tingkat Kepentingan Atribut Kualitas Jasa Ruang Perawatan VIP

No.	Atribut	Rata-Rata
	Dimensi Berwujud (<i>Tangibles</i>)	2,45
1.	Fasilitas di Ruang Perawatan VIP memadai	2,66
2.	Tarif sesuai dengan kualitas pelayanan	2,24
	Dimensi Keandalan (<i>Reliability</i>)	2,56
1.	Waktu pelayanan cepat	2,56
	Dimensi Daya Tanggap (<i>Responsiveness</i>)	2,78
1.	Perawat cekatan	2,70
2.	Visite dokter rutin dilakukan	2,86
	Dimensi Keyakinan (<i>Assurance</i>)	2,63
1.	Perawat ramah, penuh kekeluargaan	2,70
2.	Pasien diberi kewenangan untuk memilih dokter	2,56
JUMLAH		2,61

Dari Tabel 4.13 dapat dilihat bahwa dimensi *responsiveness* adalah dimensi pelayanan yang paling dianggap penting oleh pasien dibandingkan dimensi-dimensi kualitas pelayanan lainnya. Hal ini ditunjukkan dari nilai rata-rata tingkat kepentingan tertinggi, yaitu 2,78, sedangkan dimensi pelayanan yang paling dianggap tidak penting adalah dimensi *tangibles*, 2,45.

Dalam dimensi *responsiveness*, atribut kualitas jasa yang memiliki nilai rata-rata tertinggi (2,86) adalah visite dokter rutin dilakukan, sedangkan atribut perawat cekatan memiliki nilai rata-rata 2,70. Visite dokter rutin dilakukan yang memberi kejelasan informasi dokter mengenai penyakit dan kesehatan dengan jelas dianggap paling penting oleh pasien karena tujuan utama pasien dirawat di Ruang Perawatan VIP adalah mengetahui tentang penyakitnya dan bagaimana caranya agar dapat sehat kembali. Hal ini tentunya perlu didukung oleh kemampuan yang baik dari dokter yang bersangkutan dalam memberikan penjelasan kepada pasiennya.

Dalam dimensi keyakinan (*Assurance*), atribut dengan nilai rata-rata tertinggi (2,70) adalah perawat ramah dan penuh kekeluargaan, sedangkan yang mempunyai nilai rata-rata rendah (2,56) adalah pasien diberi kewenangan untuk memilih dokter. Keramahan petugas dalam memberi pelayanan dianggap penting karena keramahan dapat menimbulkan perasaan nyaman dalam diri pasien selama ia berada di ruang perawatan tersebut.

Dimensi kehandalan (*Reliability*) diwakili oleh atribut pelayanan yang cepat dengan nilai rata-rata 2,56. Sedangkan dimensi berwujud (*tangibles*) mempunyai nilai rata-rata terendah dari dimensi yang lain yaitu sebesar 2,45 meliputi atribut fasilitas di Ruang Perawatan VIP memadai (2,66) dan atribut tarif sesuai dengan kualitas pelayanan (2,24).

Tabel 4.14
Penilaian Terhadap Kinerja Atribut Kualitas Jasa Ruang Perawatan VIP

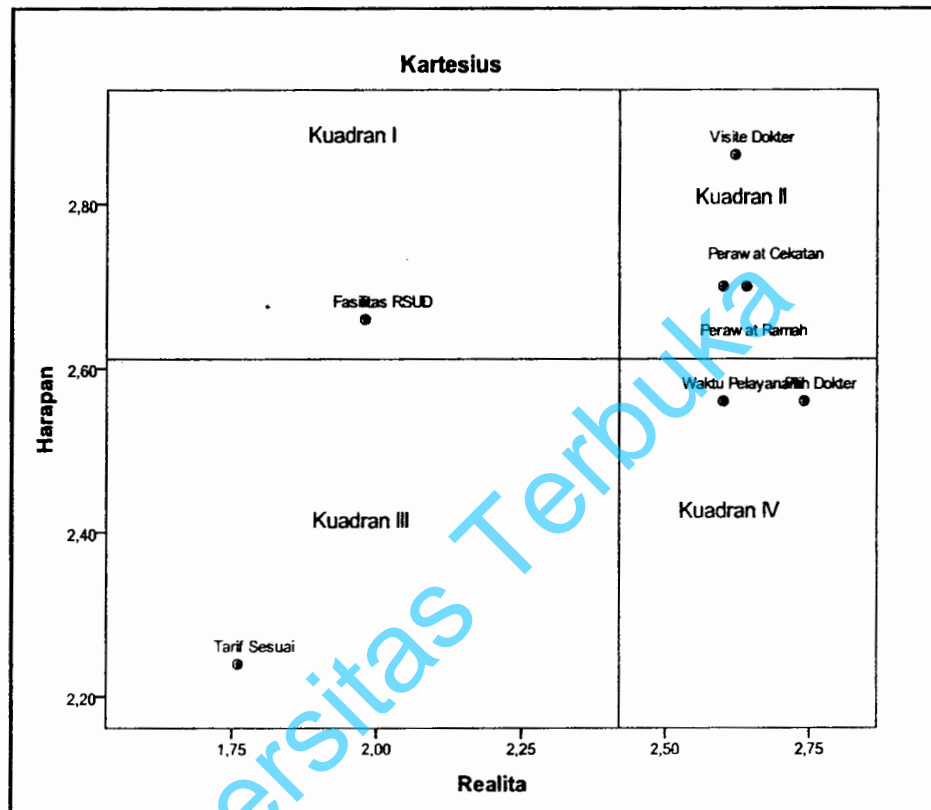
No.	Atribut	Rata-Rata
	Dimensi Berwujud (<i>Tangibles</i>)	1,87
1.	Fasilitas di Ruang Perawatan VIP memadai	1,98
2.	Tarif sesuai dengan kualitas pelayanan	1,76
	Dimensi Keandalan (<i>Reliability</i>)	2,60
1.	Waktu pelayanan cepat	2,60
	Dimensi Daya Tanggap (<i>Responsiveness</i>)	2,63
1.	Perawat cekatan	2,64
2.	Visite dokter rutin dilakukan	2,62
	Dimensi Keyakinan (<i>Assurance</i>)	2,67
1.	Perawat ramah, penuh kekeluargaan	2,60
2.	Pasien diberi kewenangan untuk memilih dokter	2,74
JUMLAH		2,42

Harapan pasien ini kemudian dibandingkan dengan kinerja pelayanan di Ruang Perawatan VIP. Hasil penilaian terhadap kinerja pelayanan di Ruang Perawatan VIP dapat dilihat pada Tabel 4.14.

Seperti yang disajikan pada Tabel 4.14, dimensi *assurance* memiliki nilai rata-rata paling tinggi dibandingkan dengan dimensi-dimensi lainnya (2,67). Artinya, pasien merasa paling terpuaskan oleh dimensi *assurance*, karena Ruang Perawatan VIP mampu meyakinkan pasien bahwa kinerja atribut-atribut kualitas jasa di Ruang Perawatan VIP pada dimensi ini telah maksimal. Hal ini dapat terlihat dari perawat yang ramah dan penuh kekeluargaan dalam memberikan pelayanan serta pasien diberi kewenangan dalam memilih dokter sesuai keinginan.

Dimensi *tangibles* memiliki tingkat kepuasan yang paling rendah (1,87) jika dibandingkan dengan dimensi lainnya karena pihak rumah sakit dianggap kurang dapat mengaplikasikan atribut-atribut pada dimensi ini dengan baik, dimana pihak rumah sakit kurang tanggap terhadap atribut-atribut ini.

Atribut kualitas jasa yang memiliki tingkat kepuasan tertinggi terdiri dari dua atribut, yaitu pasien diberi kewenangan dalam memilih dokter sesuai keinginan (2,74) dan perawat cekatan dalam memberikan pelayanan (2,64).



Gambar 4.1. Hasil diagram Kartesius

Dapat dilihat dalam diagram kartesius pada Gambar 4.1. bahwa letak atribut-atribut pelayanan Ruang Perawatan VIP yang dianalisis tersebar menjadi empat bagian, yaitu kuadran I (Prioritas Utama), kuadran II (Pertahankan Prestasi), kuadran III (Prioritas Rendah), dan kuadran IV (Berlebihan) dengan rata-rata tingkat pelaksanaan/kinerja sebesar 2,42 dan rata-rata tingkat kepentingan sebesar 2,61.

Interpretasi dari diagram kartesius dapat dijabarkan sebagai berikut:

a. Kuadran I (Prioritas Utama)

Interpretasi dari diagram kartesius dapat dijabarkan sebagai atribut Ruang Perawatan VIP pada kuadran I menunjukkan bahwa atribut tersebut memiliki tingkat kepentingan yang tinggi, namun memiliki tingkat kinerja yang rendah. Atribut-atribut ini harus lebih diprioritaskan oleh Ruang Perawatan VIP dan ditingkatkan kinerjanya. Atribut yang terletak pada kuadran ini hanya ada satu yaitu fasilitas di Ruang Perawatan VIP memadai.

Fasilitas di Ruang Perawatan VIP memiliki tingkat kepentingan yang tinggi, namun tingkat kinerja di Ruang Perawatan VIP terhadap atribut ini dinilai kurang memuaskan oleh pasien. Pihak manajemen Ruang Perawatan VIP dalam hal ini RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun harus jeli dalam memperhatikan fasilitas yang disediakan yang dapat menimbulkan kenyamanan bagi pasien selama proses perawatan, seperti mendesain interior ruangan perawatan, mengganti cat ruangan pemeriksaan yang suram dengan warna yang lebih cerah, dan menambah penerangan/pencahayaan ruangan.

Pada intinya, atribut fasilitas Ruang Perawatan VIP di atas membutuhkan dana yang tidak sedikit dan tentunya tidak dapat dipenuhi oleh Ruang Perawatan VIP dalam waktu yang singkat. Bila dilihat dari sisi pasien (konsumen), selama ini di Ruang Perawatan VIP pasien menuntut mengenai ketersediaan fasilitas yang harus sepadan dengan biaya yang dikeluarkan.

b. Kuadran II (Pertahankan Prestasi)

Atribut-atribut Ruang Perawatan VIP yang termasuk dalam kuadran II ini antara lain:

- 1) Visite dokter rutin dilakukan.
- 2) Pelayanan perawat ramah, penuh kekeluargaan.

3) Pelayanan perawat cekatan.

Kuadran ini menunjukkan atribut-atribut pelayanan Ruang Perawatan VIP yang tingkat kepentingannya telah sesuai dengan harapan pasien sehingga perlu dipertahankan atau bahkan ditingkatkan lagi. Dalam hal ini, Ruang Perawatan VIP telah berhasil memberikan yang terbaik untuk memenuhi kepuasan pasien. Namun, pengelola Ruang Perawatan VIP tidak boleh lengah dan harus tetap mempertahankan prestasi yang telah dicapai oleh ketiga atribut tersebut dalam kuadran ini.

c. Kuadran III (Prioritas Rendah).

Kuadran ini menunjukkan atribut pelayanan di Ruang Perawatan VIP yang memiliki tingkat kepentingan yang rendah dan tingkat kinerja yang rendah pula. Pasien menilai bahwa atribut dalam kuadran ini tidak terlalu penting dalam pelaksanaannya di Ruang Perawatan VIP. Oleh karena itu, walaupun kinerjanya ditingkatkan, tidak akan meningkatkan kepuasan pasien secara maksimal, alokasi anggaran lebih diutamakan untuk meningkatkan pelayanan pada atribut pada kuadran I (prioritas utama). Adapun atribut yang termasuk dalam kuadran ini ada satu, yaitu tarif sesuai dengan kualitas pelayanan.

Atribut pada kuadran ini walaupun kurang penting bagi pasien, namun masih harus tetap dikendalikan, diwaspadai dan ditingkatkan karena tingkat kepentingan pasien dapat berubah seiring dengan meningkatnya kebutuhan.

d. Kuadran IV (Berlebihan).

Pada kuadran IV ini kinerja/pelaksanaan pelayanan di Ruang Perawatan VIP terhadap atribut yang ada berada dalam tingkat yang tinggi tetapi

penilaian kepentingan pasien akan pelaksanaan dari atribut tersebut rendah. Atribut-atribut yang termasuk dalam kuadran ini, dalam pelaksanaannya dirasakan terlalu berlebihan oleh pasien. Atribut-atribut yang dimaksud adalah:

- 1) Waktu pelayanan cepat.
- 2) Pasien diberi kewenangan untuk memilih dokter.

C. Pembahasan

Kepuasan konsumen adalah perasaan seseorang yang puas atau sebaliknya setelah membandingkan antara kenyataan dan harapan yang diterima dari sebuah produk atau jasa. Kepuasan konsumen hanya dapat tercapai dengan memberikan pelayanan yang berkualitas kepada konsumennya. Pelayanan yang baik sering dinilai oleh konsumen secara langsung dari karyawan sebagai orang yang melayani, karena itu diperlukan usaha untuk meningkatkan kualitas sistem pelayanan yang diberikan agar dapat memenuhi keinginan dan meningkatkan kepuasan konsumen. Sehingga kualitas pelayanan merupakan hal penting yang harus diperhatikan oleh institusi agar dapat tercapai kepuasan konsumen (Parasuraman).

Kualitas pelayanan memiliki hubungan yang erat dengan kepuasan konsumen. Kualitas memberikan suatu dorongan kepada konsumen untuk menjalin hubungan yang kuat dengan sebuah institusi. Dalam jangka panjang ikatan ini memungkinkan institusi untuk memahami dengan seksama harapan konsumen serta kebutuhannya. Dengan demikian sebuah institusi dapat meningkatkan kepuasan konsumen dan pada gilirannya kepuasan tersebut dapat menciptakan

kesetiaan/loyalitas konsumen. Dengan tercapainya kualitas layanan yang sempurna akan mendorong terciptanya kepuasan konsumen karena kualitas layanan merupakan sarana untuk mewujudkan kepuasan konsumen. Kualitas layanan dapat diwujudkan dengan memberikan layanan kepada konsumen dengan sebaik mungkin sesuai dengan apa yang menjadi harapan konsumen. Ketidakpuasan pada salah satu atau lebih dari dimensi layanan tersebut tentunya akan memberikan kontribusi terhadap tingkat layanan secara keseluruhan, sehingga upaya untuk meningkatkan kualitas layanan untuk masing-masing dimensi layanan harus tetap menjadi perhatian.

Pelayanan publik merupakan bentuk pelayanan yang diberikan oleh pemerintah pusat /daerah dalam rangka pemenuhan kebutuhan masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan, maka diperlukan bentuk pelayanan prima.

Pelayanan prima atau "*excellence service*" adalah suatu sikap atau cara karyawan dalam melayani pelanggan secara memuaskan (Elthainammy, 1990). Pelayanan prima merupakan suatu pelayanan terbaik, melebihi, melampaui, mengungguli pelayanan yang diberikan pihak lain atau daripada pelayanan waktu yang lalu. Secara sederhana, pelayanan prima (*excellent service*) adalah suatu pelayanan yang terbaik dalam memenuhi harapan dan kebutuhan pelanggan. Dengan kata lain, pelayanan prima merupakan suatu pelayanan yang memenuhi standar kualitas. Pelayanan yang memenuhi standar kualitas adalah suatu pelayanan yang sesuai dengan harapan dan kepuasan pelanggan/masyarakat.

Dalam pelayanan prima terdapat dua elemen yang saling berkaitan, yaitu *pelayanan* dan *kualitas*. Kedua elemen tersebut sangat penting untuk

diperhatikan oleh tenaga pelayanan. Kemajuan yang dicapai oleh suatu negara tercermin dari standar pelayanan yang diberikan pemerintah kepada rakyatnya. Negara-negara yang tergolong miskin pada umumnya kualitas pelayanan yang diberikan di bawah standar minimal. Pada negara-negara berkembang kualitas pelayanan telah memenuhi standar minimal. Sedangkan di negara-negara maju kualitas pelayanan terhadap rakyatnya di atas standar minimal.

Peningkatan kualitas untuk meningkatkan pelayanan yang ada harus ditekankan pada aspek (1) Struktural, perbaikan struktural organisasi atau perusahaan harus dilakukan dari tingkat top manajemen hingga lower manajemen; (2) Operasional, suatu organisasi akan dapat mewujudkan kebutuhan pelanggan apabila peningkatan operasional dilaksanakan artinya secara langsung kualitas pelayanan juga dilaksanakan; dan (3) Visi, suatu organisasi harus mengetahui arah organisasi dengan cara mengidentifikasi tentang apa yang harus dilakukan siapa yang akan melaksanakan.

Strategi pelayanan merupakan cara yang ditentukan oleh sebuah organisasi dalam meningkatkan pelayanan sehingga visi dapat terwujud. Strategi pelayanan tersebut harus memperhatikan: perilaku pelanggan, harapan pelanggan, image pelanggan, loyalitas pelanggan, dan alternatif-alternatif pelanggan.

Sesungguhnya yang menjadi produk dari organisasi pemerintahan adalah pelayanan masyarakat (*public service*). Pelayanan tersebut diberikan untuk memenuhi hak masyarakat, baik itu merupakan layanan *civil* maupun layanan publik. Artinya kegiatan pelayanan pada dasarnya menyangkut pemenuhan suatu hak. Ia melekat pada setiap orang, baik secara pribadi maupun berkelompok (organisasi), dan dilakukan secara universal.

Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Moenir (1998:41) bahwa “hak atas pelayanan itu sifatnya sudah universal, berlaku terhadap siapa saja yang berkepentingan atas hak itu, dan oleh organisasi apa pun juga yang tugasnya menyelenggarakan pelayanan.” Tugas pemerintah adalah untuk melayani dan mengatur masyarakat, menurut Thoha (1995:4) bahwa : tugas pelayan lebih menekankan kepada mendahulukan kepentingan umum, mempermudah urusan publik, mempersingkat waktu proses pelaksanaan urusan publik. Sedangkan tugas mengatur lebih menekankan kepada kekuasaan atau *power* yang melekat pada posisi jabatan birokrasi.

Pelayanan publik yang dimaksud dalam Keputusan Menpan Nomor 63 Tahun 2003 (Menpan, 2003:2) adalah “segala kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh penyelenggara pelayanan publik sebagai upaya pemenuhan kebutuhan penerima pelayanan maupun pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan”. Sejalan dengan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik memaknai bahwa “pelayanan publik adalah kegiatan atau rangkaian kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan dasar sesuai dengan hak-hak sipil setiap warga negara dan penduduk atas suatu barang, jasa, dan atau pelayanan administrasi yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik”.

Pelayanan prima (*excellent service*) yang secara harfiah berarti pelayanan terbaik atau sangat baik. Disebut sangat baik atau terbaik karena sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku atau dimiliki instansi pemberi pelayanan. Hakekat pelayanan publik adalah pemberian pelayanan prima kepada masyarakat yang merupakan perwujudan kewajiban aparatur pemerintah sebagai abdi masyarakat. Sehingga pelayanan prima adalah pelayanan yang terbaik dari pemerintah kepada

pelanggan atau pengguna jasa, ada bila ada standar pelayanan, bila melebihi standar atau sama dengan standar. Sedangkan yang belum ada standar pelayanan yang terbaik dapat diberikan pelayanan yang mendekati apa yang dianggap pelayanan standar dan pelayanan yang dilakukan secara maksimal.

Sejalan dengan hal itu pelayanan prima juga diharapkan dapat memotivasi pemberi layanan lain melakukan tugasnya dengan kompeten dan rajin. Pelayanan umum dapat diartikan memproses pelayanan kepada masyarakat/*customer*, baik berupa barang atau jasa melalui tahapan, prosedur, persyaratan-persyaratan, waktu dan pembiayaan yang dilakukan secara transparan untuk mencapai kepuasan sebagaimana visi yang telah ditetapkan dalam organisasi.

Pelayanan Prima sebagaimana tuntutan pelayanan yang memuaskan pelanggan/masyarakat memerlukan persyaratan bahwa setiap pemberi layanan yang memiliki kualitas kompetensi yang profesional, dengan demikian kualitas kompetensi profesionalisme menjadi sesuatu aspek penting dan wajar dalam setiap transaksi.

Dalam teori pelayanan publik, pelayanan prima dapat diwujudkan jika ada standar pelayanan minimal (SPM). SPM adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai komitmen atau janji dari penyelenggara negara kepada masyarakat untuk memberikan pelayanan yang berkualitas.

Jika suatu instansi belum memiliki standar pelayanan, maka pelayanan disebut prima jika mampu memuaskan pelanggan atau sesuai harapan pelanggan. Organisasi yang belum memiliki standar pelayanan perlu menyusun standar pelayanan sesuai tugas dan fungsinya agar tingkat keprimaan pelayanan dapat

diukur. Kepuasan masyarakat ini merupakan salah satu ukuran berkualitas atau tidaknya pelayanan publik yang diberikan oleh aparat birokrasi pemerintah. Berdasarkan pada SPM, seharusnya pelayanan publik yang diberikan (pelayanan prima) oleh birokrasi pemerintah memiliki ciri sebagaimana dirumuskan dalam kebijakan strategis melalui Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara (PAN) Nomor 63/Kep/M.PAN/7/2003 (Menpan, 2003:2) tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik yang meliputi Kesederhanaan, Kejelasan, Kepastian Waktu, Akurasi, Keamanan, Tanggung Jawab, Kelengkapan Sarana dan Prasarana, Kemudahan Akses, Kedisiplinan, Kesopanan dan Keramahan serta Kenyamanan.

Tujuan pelayanan prima adalah memberikan pelayanan yang dapat memenuhi dan memuaskan pelanggan atau masyarakat serta memberikan fokus pelayanan kepada pelanggan. Pelayanan prima dalam sektor publik didasarkan pada aksioma bahwa “pelayanan adalah pemberdayaan”. Pelayanan pada sektor bisnis berorientasi profit, sedangkan pelayanan prima pada sektor publik bertujuan memenuhi kebutuhan masyarakat secara sangat baik atau terbaik.

Perbaikan pelayanan sektor publik merupakan kebutuhan yang mendesak sebagai kunci keberhasilan reformasi administrasi negara. Pelayanan prima bertujuan memberdayakan masyarakat, bukan memperdayakan atau membebani, sehingga akan meningkatkan kepercayaan (*trust*) terhadap pemerintah. Kepercayaan adalah modal bagi kerjasama dan partisipasi masyarakat dalam program pembangunan.

Pelayanan prima akan bermanfaat bagi upaya peningkatan kualitas pelayanan pemerintah kepada masyarakat sebagai pelanggan dan sebagai acuan

pengembangan penyusunan standar pelayanan. Penyedia layanan, pelanggan atau *stakeholder* dalam kegiatan pelayanan akan memiliki acuan tentang bentuk, alasan, waktu, tempat dan proses pelayanan yang seharusnya.

Universitas Terbuka

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Secara keseluruhan, konsumen mempunyai sikap atau berperilaku positif terhadap Ruang Perawatan VIP. Hal ini disebabkan selain karena faktor internal (sikap) mereka bersikap positif, juga pendapat kelompok referensi yang juga positif terhadap Ruang Perawatan VIP. Kedua hal tersebut besar pengaruhnya dalam membentuk perilaku pasien yang secara keseluruhan membuat mereka mempunyai keinginan untuk dirawat di Ruang Perawatan VIP.
2. Atribut-atribut jasa yang berperan secara dominan dalam mempengaruhi sikap pasien terhadap pelayanan di Ruang Perawatan VIP yang dinilai paling penting oleh pasien adalah : kerutinan visite dokter; keramahan perawat, suasana penuh kekeluargaan; dan kecekatan perawat. Sedangkan berdasarkan kepercayaan pasien, atribut yang paling diyakini pasien bahwa Ruang Perawatan VIP memenuhi atribut-atribut pelayanan tersebut adalah : pasien diberi kewenangan untuk memilih dokter; kecekatan perawat; dan kerutinan visite dokter.
3. Secara umum, karakteristik pasien tidak memberikan pengaruh yang besar terhadap penilaian sikap pasien terhadap tujuh atribut jasa perawatan yang dianalisis. Atribut 'tarif sesuai dengan kualitas pelayanan' dipengaruhi oleh jenis kelamin; atribut 'visite dokter rutin dilakukan', 'tarif sesuai dengan kualitas pelayanan' dan 'fasilitas di Ruang Perawatan VIP memadai'

dipengaruhi oleh pekerjaan pasien/responden; sedangkan 'fasilitas di Ruang Perawatan VIP memadai' dipengaruhi oleh status pernikahan responden. Berdasarkan karakteristik pasien, yang berskala ordinal, pendidikan memiliki hubungan yang nyata terhadap atribut 'pasien diberi kewenangan untuk memilih dokter', meskipun memiliki hubungan keeratannya lemah. Karakteristik umur memiliki hubungan yang nyata secara statistik terhadap atribut 'visite dokter rutin dilakukan', 'perawat ramah, penuh kekeluargaan', 'perawat cekatan', waktu pelayanan cepat', dan 'tarif sesuai dengan kualitas pelayanan'.

Dimensi *responsiveness* merupakan dimensi pelayanan yang paling dianggap penting oleh pasien dibandingkan dimensi-dimensi kualitas pelayanan lainnya dalam hal kepentingan pasien. Terkait dengan kinerja pelayanan, dimensi *assurance* memiliki nilai rata-rata paling tinggi dibandingkan dengan dimensi-dimensi lainnya.

B. Saran

1. Ruang Perawatan VIP RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun perlu menciptakan suasana yang dapat menimbulkan/meningkatkan kenyamanan bagi pasien selama proses perawatan seperti kelengkapan fasilitas dan obat-obatan meskipun hal ini disesuaikan dengan anggaran yang dimiliki oleh RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.
2. RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun khususnya di Ruang Perawatan VIP perlu meningkatkan kualitas sumber daya manusia yang dimiliki, yaitu dengan cara mengadakan diklat (pendidikan dan pelatihan) kepada semua perawat di Ruang Perawatan VIP secara berkala agar dapat memberikan

pelayanan yang lebih ramah, tulus dan sepenuh hati sehingga dapat memenuhi standar sesuai harapan pasien.

3. RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun dalam hal pelayanan VIP perlu meningkatkan promosi dalam bentuk sosialisasi melalui seminar ke perusahaan-perusahaan dan yang terpenting adalah memenuhi kepuasan pelanggan yang ada sehingga mereka dapat menjadi media promosi yang paling efektif (*word of mouth*).
4. Ruang Perawatan VIP sebaiknya melakukan survei sikap/perilaku dan kepuasan pelanggan secara teratur dalam periode waktu tertentu agar dapat memantau dinamika pelanggannya.
5. Perlu dilakukan penelitian yang sama dengan alat analisis yang berbeda agar didapatkan hasil yang lebih komprehensif.

Universitas Terbuka

DAFTAR PUSTAKA

- Agung, K. (2005). *Transformasi Pelayanan Publik*. Yogyakarta: Pembaharuan.
- Agus, D. (2005). *Mewujudkan Good Governance Melalui Pelayanan Publik*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Arikunto, S. (1998). *Prosedur Penelitian. Suatu Pendekatan Praktek. Edisi Revisi II*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Assael, H. (1995). *Consumer Behavior dan Marketing Action. 5th edition*. Ohio: South-Western College Publishing.
- Azwar, A. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan, Edisi III*. Jakarta: PT Bina Rupa Aksara.
- Bouwhuizen, M. (1996). *Ilmu Keperawatan, Bagian I*. Jakarta: EGC Penerbit Buku Kedokteran.
- Chriswardani, S. (2002). *Dimensi Kepuasan Pasien Dalam Mutu Pelayanan Rumah Sakit*. Semarang: Persi Jateng Edisi 02, Semarang, 2002.
- Cravens, D.W. (1997). *Strategic Marketing. 5th edition*. USA: IRWIN The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Denhart, J.V., Robert. B.D. (2003). *The New Public Service*. New York : M E. Sharpe.
- Djarwanto. (2003). *Statistik Nonparametrik*. Yogyakarta: BPFE – Yogyakarta.
- Donabedian, A. (1980). *Exploration In Quality Assesment and Monitoring Health Vol. I. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment Ann Arbor*. MI: Health Administrasi Press.
- Doenges, Marilyn. E. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Engel, J.F., Blackwell. R.D., Miniard, P.W. (1994). *Perilaku Konsumen*. Edisi Keenam. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Haryanti K, dan Hadi S. (2000) Hubungan Persepsi Mutu Pelayanan dan Nilai Konsumen dengan Kepuasan Konsumen. Semarang: Psikodimensia Kajian Ilmiah Psikologis Vol.1.
- Ilyas, Y. (2003). *Kiat Sukses Manajemen Kinerja*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Jacobalis, S. (1992). *Manajemen Mutu Pelayanan Rumah Sakit*. Jakarta: Persi.

- Jacobalis, S. (1993). *Beberapa Teknis dalam Manajemen Mutu*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Jacobalis, S. (2000). *Kumpulan Tulisan Terpilih tentang Rumah Sakit Indonesia dalam Sejarah, Transformasi, Globalisasi dan Krisis Nasional*. Jakarta: Penerbit IDI.
- Junadi, P. (1991). *Survei Kepuasan Pasien di Rumah Sakit*. Jakarta: Seminar di RSPAD Gatot Subroto.
- Kartono, M., Samsi, J., Bertens, K. (1995). *Rumah Sakit antara Komersialisasi dan Etika*. Jakarta: Gramedia Widiasarana Indonesia.
- Kasali, R. (1998). *Membidik Pasar Indonesia: Segmentasi, Targeting, Positioning*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Marzuki. (2002). *Metodologi Riset*. Yogyakarta: Badan Penerbitan Fakultas Ekonomi – Universitas Islam Indonesia.
- Muslihuddin, A. (1996). *Pola Pelayanan Keperawatan Indonesia Dalam Upaya Meningkatkan Mutu Rumah Sakit*. Jakarta.
- Nazir, M. (1988). *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Notoatmodjo, S. (1993). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineke Cipta.
- Novi, S. (2001). *Mata Kuliah Manajemen Pemasaran : Analisis Peluang Pasar Rumah Sakit*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Nurkencana, Wayan., PPN. Sunartana. (1992). *Evaluasi Hasil Belajar*. Surabaya: Usaha Nasional.
- Parasuraman, A., Zeithaml, L. A., and Berry, L.L (1985). *A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research*. Journal of Marketing, Vol. 4: 41-56.
- Parasuraman, A., Zeithaml, L. A., and Berry, L. L. (1988). *Serqual Item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality*. Journal of Retailing, 64, 1988.
- Ratminto dan Atik, S. W. (2005). *Manajemen Pelayanan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Revans, R. W. (1986) *“Action Learning Past and Present”*. Bulletin of Educational Development and Research, 31, Spring, pp. 4–19.
- Robbin, Stephen P. (2001). *Perilaku Organisasi: Konsep, Kontroversi, Aplikasi*. Jilid 1. Jakarta: Prenhallindo.

- Santoso, S. (2001). *Aplikasi Excel pada Marketing dan Riset Konsumen*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo. Kelompok Gramedia.
- _____. (2001). *SPSS Versi 10 – Mengolah Data Statistik Secara Profesional*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo. Kelompok Gramedia.
- Simamora, B. (2002). *Panduan Riset Perilaku Konsumen*. Jakarta:PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Soedarmono, S., Ali, A., Emil, I. (2002). *Reformasi Perumahan Indonesia*. Jakarta: Gramedia Widiasarana Indonesia.
- Soejoga. (1996). *Gelar Akreditasi Rumah Sakit. Mencari Mutu*. Berita Ikatan Dokter Indonesia, No.14/tahun XVIII/ 25 juli 1996.
- Sri, A. S. S. (2004). *Citra Rumah Sakit Semakin Memburuk*. Melalui [http://www.pikiranrakyat.com/cetak/0804/07/html.16k.\[8/3/14\]](http://www.pikiranrakyat.com/cetak/0804/07/html.16k.[8/3/14]).
- Strasser S, and Davis R.M. (1995). *Measuring Patient Satisfaction for Improved Patient Services*. Michigan: Health Administration Press.
- Sumarwan. U. (2004). *Perilaku Konsumen: Teori dan Penerapannya dalam Pemasaran*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Supranto. J. (2001). *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan untuk Meningkatkan Pangsa Pasar*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Supriyanto, S. dan Ernawaty. (2010). *Pemasaran Industri Jasa Kesehatan*. Yogyakarta : Andi.
- Suryawati, Chriswardani., Dharminto., Shaluhiyah, Zahroh. (2006). *Penyusunan Indikator Kepuasan Pasien Rawat Inap Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, No. 04, Vol. 9.
- Trisnantoro, L. (1996). *Paradigma Baru Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Wijono, D.J. (1994). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.

PERATURAN-PERATURAN

- Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. (1991/1992). *Pedoman Kerja Rumah Sakit Jilid III*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. (1992). *Standar Pelayanan Rumah Sakit*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik. Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik. (2011). *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik. Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan. (2012). *Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Rumah Sakit*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, dan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). (2011). *Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Negara Pendayagunaan Aparatur Negara (2009), *Peraturan Kementerian Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor: 13 Tahun 2009 Tentang Pedoman Peningkatan Kualitas pelayanan Publik Dengan Partisipasi Masyarakat*. Jakarta: Kementerian Negara Pendayagunaan Aparatur Negara.
- Kementerian Negara PANRB R. I. (2014), *Peraturan Kementerian Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor: 16 Tahun 2014 Tentang Pedoman Survei Kepuasan Masyarakat Terhadap penyelenggaraan Pelayanan Publik*. Jakarta: Kementerian Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi.
- Tim Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (1991). *Konsep dan Proses Keperawatan*, Cetakan I, Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor: 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor: 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Lampiran 1 :

**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN NASIONAL
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS TERBUKA**

Jl. Cabe Raya, Pondok Cabe Ciputat 15418
Telp. 021.7415050, Fax. 021.7415588

BIODATA

Nama : I KETUT DJABAL WAHJUNIRAHMAN
NIM : 018788214
Program Studi : Magister Administrasi Publik (MAP)/90
Registrasi Pertama : 20122
Tempat dan Tanggal Lahir : Madiun, 29 September 1969
Riwayat Pendidikan :
1. Lulus SD di SD Negeri Kartoharjo VI Madiun pada tahun 1982;
2. Lulus SLTP di SMP Negeri V Madiun pada tahun 1985;
3. Lulus SLTA di SMA Negeri II Madiun tahun 1988;
4. Lulus D.III/Akademi di Akademi Gizi Dep. Kes. Malang pada tahun 1991;
5. Lulus S.1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat (Peminatan Epidemiologi dan Penyakit Tropik) UNDIP Semarang pada tahun 2001.
Riwayat Pekerjaan :
1. Tahun 1993 s/d. 2005 sebagai Pelaksana di Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat;
2. Tahun 2005 s/d. 2008 sebagai Kepala Seksi Kesehatan Anak di Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat;
3. Tahun 2008 s/d. sekarang sebagai Kepala Seksi Penunjang Pelayanan Non Medik di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.
Alamat Tetap : Jl. Ahmad Wongso Gang Kesuma No. 1 RT. 19
Kelurahan Sidorejo Pangkalan Bun
No. Telp. / HP. : (0532) 22298 / 0812 5092 298
Email : djktut@gmail.com

Palangka Raya, 24 Agustus 2014

Mahasiswa,

I Ketut Djabal Wahjunirahman
NIM. 018788214

Lampiran 2 :

Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat per Unit Pelayanan
RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun Tahun 2012

Unit Pelayanan	Nilai IKM (%)	Mutu Pelayanan
Klinik Gigi & Mulut, Kesehatan Jiwa	76,19	Baik
Klinik Kebidanan & Kandungan	74,41	Baik
Klinik Penyakit Dalam	74,31	Baik
Klinik Umum	74,07	Baik
Ruang Perawatan Kebidanan	73,82	Baik
Klinik Anak	73,67	Baik
Klinik Mata	73,63	Baik
Klinik Bedah	73,43	Baik
Ruang Perawatan Perinatologi	73,21	Baik
Ruang Ruang Perawatan ICU	73,21	Baik
Ruang Perawatan Anak	73,21	Baik
Instalasi Laboratorium	72,69	Baik
Ruang Perawatan Bedah	72,43	Baik
Instalasi Rehabilitasi Medik	72,40	Baik
Ruang Perawatan VIP	72,24	Baik
Total	72,77	Baik

Lampiran 3 :

**DAFTAR REKAPAN PENGADUAN HALLO DIREKTUR
SELAMA TAHUN 2012**

NO	RUANG/INSTALASI/ UNIT	BULAN												JML.	%
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1	Jamkesda	1	2	1	1	1	1	1	2			3	3	16	8%
2	Komite Medik					1			2	1	2	4	3	13	7%
3	Ruang Perawatan Anak	1	1	2	1		2	2		1		1		11	6%
4	IPSRS			2	2		1				2	1	3	11	6%
5	Pendaftaran/Rekam Medis	2		2		1		2	2		1	1		11	6%
6	Ruang Perawatan ICU	2	1	2	1					2	1			9	5%
7	Ruang Perawatan Bedah	1			3		1	1	1	1		1		9	5%
8	Poli Anak	1		1			3	1	1			2		9	5%
9	Satpam			2		2		1	1	2	2	1		11	6%
10	Ruang Perawatan Kebidanan		1		2	1	1	1		1	1		1	9	5%
11	Ruang Perawatan VIP	1		1	1			2	1		1	1		8	4%
12	Ruang Perawatan Penyakit Dalam	1	1		1				2				2	7	4%
13	Instalasi Farmasi	2		1	2				1				1	7	4%
14	Poli Mata		1	1		2	1			2	1			8	4%
15	IGD			1	2	1			1	1				6	3%
16	Instalasi Gizi							2		1	1			4	2%
17	Poli Gigi		1	1	1							1		4	2%
18	Laboratorium		1				2		1					4	2%
19	Radiologi	1	1		1								1	4	2%
20	Ruang Perawatan Perinatologi		1			4				1			1	7	4%
21	Poli Kebidanan	1		1					1					3	2%
22	Poli THT			1				2						3	2%
23	Rehabilitasi Medis			2					1					3	2%
24	Komite Keperawatan								2	1				3	2%
25	Bedah Sentral				2									2	1%
26	Poli Penyakit Dalam					1			2					3	2%
27	Poli Psikologi		1			1			1					3	2%
28	Kasir	1		1		1								3	2%
29	Poli Bedah			1										1	1%
30	Poli Syaraf		1											1	1%
31	Ruang Perawatan akasia			1										1	1%
32	Divisi Pemulasaran Jenasah													0	0%
33	Divisi Kepegawaian													0	0%
34	Divisi Administrasi Umum													0	0%
35	Billing Sistem													0	0%
36	Poli Umum													0	0%
Jumlah		15	13	24	20	16	12	15	22	14	12	16	15	194	100%
Rata-Rata Per Hari		0,5													

Lampiran 4 :

KUESIONER
ANALISIS SIKAP DAN PERILAKU PASIEN TERHADAP PELAYANAN
KESEHATAN DI RUANG PERAWATAN VIP RSUD SULTAN
IMANUDDIN PANGKALAN BUN

No. Responden	
---------------	--

PETUNJUK

- Mohon jawablah semua pertanyaan dari setiap bagian, jangan sampai ada pertanyaan yang tidak terjawab karena dapat menyebabkan seluruh jawaban tidak dapat diolah.
- Tidak ada jawaban yang benar atau salah, kami hanya menginginkan jawaban yang **jujur**, karena jawaban yang sesungguhnya sangat berarti bagi peneliti dan sebagai bahan masukan bagi peningkatan pelayanan kesehatan Ruang Perawatan VIP RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun di masa mendatang.
- Jawaban Anda tidak berpengaruh terhadap pekerjaan dan karir Anda.

Silanglah pada angka yang Anda pilih dan beri jawaban singkat pada tempat yang tersedia.

A. Identitas Responden

- | | | |
|--|-------------------------|--------------------------|
| Jenis Kelamin | : 1. Laki-laki | 2. Perempuan |
| Umur | : tahun | |
| Pekerjaan | : 1. PNS/TNI/Polri | 2. Pegawai Swasta |
| | 3. Wiraswasta | 4. Pelajar/Mahasiswa |
| | 5. Lainnya | |
| Status Pernikahan | : 1. Menikah | 2. Belum Menikah |
| Pendidikan Terakhir
(yg ditamatkan) | : 1. SD | 4. D3/D4 |
| | 2. SMP | 5. S1 |
| | 3. SMA | 6. S2/S3 |
| Pendapatan per bulan (Rp) | : | |
| | 1. <2.000.000 | 4. 6.000.000-<8.000.000 |
| | 2. 2.000.000-<4.000.000 | 5. 8.000.000-<10.000.000 |
| | 3. 4.000.000-<6.000.000 | 6. ≥10.000.000 |

B. Kepercayaan (Belief)

1. Visite atau kunjungan dokter yang rutin **setiap saat diperlukan**, di Ruang Perawatan VIP sehingga pasien benar-benar menjadi perhatian utama :
- | | | |
|------------------|-----------------------|-------------------------|
| 1. Sangat Setuju | 4. Netral | 7. Sangat Tidak Setuju. |
| 2. Setuju | 5. Cukup Tidak Setuju | |
| 3. Cukup Setuju | 6. Tidak Setuju | |

2. Perawat dalam memberikan pelayanan **ramah, penuh kekeluargaan** :

1. Sangat Setuju	4. Netral	7. Sangat Tidak Setuju.
2. Setuju	5. Cukup Tidak Setuju	
3. Cukup Setuju	6. Tidak Setuju	

3. Perawat dalam memberikan pelayanan dengan **cekatan** :

1. Sangat Setuju	4. Netral	7. Sangat Tidak Setuju.
2. Setuju	5. Cukup Tidak Setuju	
3. Cukup Setuju	6. Tidak Setuju	

4. Fasilitas di Ruang Perawatan VIP serta sarana pendukung termasuk obat-obatan **memadai** :

1. Sangat Setuju	4. Netral	7. Sangat Tidak Setuju.
2. Setuju	5. Cukup Tidak Setuju	
3. Cukup Setuju	6. Tidak Setuju	

5. Waktu pelayanan yang diberikan dilakukan secara **cepat**:

1. Sangat Setuju	4. Netral	7. Sangat Tidak Setuju.
2. Setuju	5. Cukup Tidak Setuju	
3. Cukup Setuju	6. Tidak Setuju	

6. Tarif sudah **sesuai dengan kualitas pelayanan** yang diberikan dan sesuai jika dibandingkan dengan tarif pada layanan sejenis di rumah sakit lain :

1. Sangat Setuju	4. Netral	7. Sangat Tidak Setuju.
2. Setuju	5. Cukup Tidak Setuju	
3. Cukup Setuju	6. Tidak Setuju	

7. Pasien telah diberi kewenangan untuk **memilih dokter** yang diinginkan :

1. Sangat Setuju	4. Netral	7. Sangat Tidak Setuju.
2. Setuju	5. Cukup Tidak Setuju	
3. Cukup Setuju	6. Tidak Setuju	

C. Evaluasi (*Evaluation*)

1. Apakah visite atau kunjungan dokter yang rutin dan setiap saat diperlukan, **penting** bagi Anda? :

1. Sangat Penting	4. Netral	7. Sangat Tidak Penting
2. Penting	5. Cukup Tidak Penting	
3. Cukup Penting	6. Tidak Penting	

2. Apakah pelayanan perawat yang ramah, penuh kekeluargaan, **penting** bagi Anda? :

1. Sangat Penting	4. Netral	7. Sangat Tidak Penting
2. Penting	5. Cukup Tidak Penting	
3. Cukup Penting	6. Tidak Penting	

3. Apakah pelayanan perawat yang cekatan, **penting** bagi Anda? :

1. Sangat Penting	4. Netral	7. Sangat Tidak Penting
2. Penting	5. Cukup Tidak Penting	
3. Cukup Penting	6. Tidak Penting	

4. Apakah fasilitas ruang perawatan serta sarana pendukung termasuk obat-obatan yang memadai, **penting** bagi Anda? :

1. Sangat Penting	4. Netral	7. Sangat Tidak Penting
2. Penting	5. Cukup Tidak Penting	
3. Cukup Penting	6. Tidak Penting	

5. Apakah waktu pelayanan yang diberikan dilakukan secara cepat, **penting** bagi? :

1. Sangat Penting	4. Netral	7. Sangat Tidak Penting
2. Penting	5. Cukup Tidak Penting	
3. Cukup Penting	6. Tidak Penting	

6. Apakah tarif yang sesuai dengan kualitas pelayanan yang diberikan, **penting** bagi Anda? :

1. Sangat Penting	4. Netral	7. Sangat Tidak Penting
2. Penting	5. Cukup Tidak Penting	
3. Cukup Penting	6. Tidak Penting	

7. Apakah pasien diberi kewenangan untuk **memilih dokter** yang diinginkan, **penting** bagi Anda? :

1. Sangat Penting	4. Netral	7. Sangat Tidak Penting
2. Penting	5. Cukup Tidak Penting	
3. Cukup Penting	6. Tidak Penting	

D. Keyakinan terhadap Kelompok Referensi

1. **Keluarga** saya : apabila saya dirawat inap di Ruang Perawatan VIP ini.

1. Sangat Menganjurkan	3. Netral	5. Melarang Keras
2. Menganjurkan	4. Melarang	
2. **Teman** saya : apabila saya dirawat inap di Ruang Perawatan VIP ini.

1. Sangat Menganjurkan	3. Netral	5. Melarang Keras
2. Menganjurkan	4. Melarang	

E. Keyakinan Menurut Pendapat Kelompok Referensi

1. Seberapa besar kemungkinan Anda menuruti pendapat **keluarga** Anda ?

1. Tidak Sama Sekali	3. Sedang	5. Besar Sekali
2. Kecil	4. Besar	
2. Seberapa besar kemungkinan Anda menuruti pendapat **teman** Anda ?

1. Tidak Sama Sekali	3. Sedang	5. Besar Sekali
2. Kecil	4. Besar	

TERIMA KASIH & SEMOGA LEKAS SEMBUH

Lampiran 5 :

Rekapitulasi Isian/Pendapat Responden Berdasarkan Daftar Pertanyaan pada Kuesioner Analisis Sikap Dan Perilaku Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan Di Ruang Perawatan VIP Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

No	Seks	Umur	Kerja	Nika h	Didik	Dapat	b1	b2	b3	b4	b5	b6	b7	c8	c9	c1 0	c1 1	c1 2	c1 3	c1 4	d1	d2	e1	e2
1	1	49	3	1	4	3	2	2	2	4	2	3	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	3
2	1	78	3	1	1	2	2	2	1	3	1	3	1	1	2	1	2	2	2	3	2	1	3	2
3	2	25	1	2	5	2	1	2	2	4	2	4	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	4	4
4	2	31	2	1	4	4	1	2	2	3	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	3	3
5	1	40	2	1	3	3	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	4	2	2	3	3
6	1	40	1	1	5	2	2	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	3
7	2	52	5	1	3	4	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	5	5
8	1	35	3	1	3	2	4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	3
9	2	52	3	1	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	4	3
10	2	37	5	1	4	2	3	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	3
11	1	62	1	1	5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	5	4
12	2	41	3	1	5	6	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	4
13	1	32	3	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3
14	1	37	2	1	3	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	5	3
15	2	49	3	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	5	4
16	2	27	1	1	4	2	2	2	2	2	2	4	1	1	2	2	2	2	3	2	2	2	3	3
17	1	53	1	1	5	2	1	2	2	4	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	5	4
18	1	54	2	1	4	4	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	5	3
19	1	43	3	1	3	3	1	1	1	3	1	3	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	3	3

No	Seks	Umur	Kerja	Nikah	Didik	Dapat	b1	b2	b3	b4	b5	b6	b7	c8	c9	c10	c11	c12	c13	c14	d1	d2	e1	e2
20	1	33	2	1	3	2	1	2	2	6	2	6	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3
21	2	44	3	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	3	1	2	2	5	5
22	2	52	1	1	5	2	1	1	1	1	2	3	2	1	1	1	1	1	3	1	2	2	3	3
23	1	52	2	1	3	2	1	1	1	2	1	3	2	1	1	2	3	1	3	2	2	3	3	3
24	1	38	2	1	3	2	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	3
25	2	44	5	1	1	1	1	1	1	1	2	4	1	1	1	1	1	1	3	1	2	2	5	5
26	1	62	1	1	5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	5	4
27	2	41	3	1	5	6	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	4
28	1	32	3	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3
29	1	37	2	1	3	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	5	3
30	2	49	3	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	5	4
31	1	37	2	1	3	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	5	3
32	2	49	3	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	5	4
33	2	27	1	1	4	2	2	2	2	2	2	4	1	1	2	2	2	2	3	2	2	2	3	3
34	1	53	1	1	5	2	1	2	2	4	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	5	4
35	1	38	2	1	3	2	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	3
36	2	44	5	1	1	1	1	1	1	1	2	4	1	1	1	1	1	1	3	1	2	2	5	5
37	1	62	1	1	5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	5	4
38	2	41	3	1	5	6	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	4
39	1	32	3	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3
40	1	37	2	1	3	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	5	3

No	Seks	Umur	Kerja	Nika	Didik	Dapat	b1	b2	b3	b4	b5	b6	b7	c8	c9	c10	c11	c12	c13	c14	d1	d2	e1	e2
41	2	41	3	1	5	6	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	4
42	1	32	3	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3
43	1	37	2	1	3	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	5	3
44	2	49	3	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	5	4
45	1	32	3	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3
46	1	37	2	1	3	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	5	3
47	2	41	3	1	5	6	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	4
48	1	62	1	1	5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	5	4
49	2	41	3	1	5	6	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	4
50	1	32	3	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3

Lampiran 6 :

SIKAP (Ab) TERHADAP PERILAKU KONSUMEN

Objek	Ruang Perawatan VIP
Rumah Sakit	RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun
Atribut	Visite Perawat Ramah Perawat Cekatan Fasilitas Waktu Pelayanan Tarif Pilih Dokter

Skala Pengukuran	Belief	3	2	1	0	-1	-2	-3
		Sangat Setuju	Setuju	Cukup Setuju	Netral	Cukup Tidak Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
	Evaluation	3	2	1	0	-1	-2	-3
		Sangat Penting	Penting	Cukup Penting	Netral	Cukup Tidak Penting	Tidak Penting	Sangat Tidak Penting

Nomor Responden	Belief							Evaluation							Sikap (Ab)
	Visite	Perawat Ramah	Perawat Cekatan	Fasilitas	Waktu Pelayanan	Tarif	Pilih Dokter	Visite	Perawat Ramah	Perawat Cekatan	Fasilitas	Waktu Pelayanan	Tarif	Pilih Dokter	
FB-1	2	2	2	0	2	1	3	2	2	2	3	2	3	2	25
FB-2	2	2	3	1	3	1	3	3	2	3	2	2	2	1	32
FB-3	3	2	2	0	2	0	2	2	2	2	2	0	2	2	18
FB-4	3	2	2	1	2	2	3	3	2	2	2	2	2	3	36
FB-5	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	3	3	2	0	37
FB-6	2	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	54
FB-7	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	51
FB-8	0	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	51
FB-9	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60
FB-10	1	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	51
FB-11	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	45
FB-12	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60
FB-13	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	28
FB-14	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	55
FB-15	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	51
FB-16	2	2	2	2	2	0	3	3	2	2	2	2	1	2	28
FB-17	3	2	2	0	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	36
FB-18	3	3	3	3	3	0	3	3	3	3	3	3	3	0	45
FB-19	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	2	2	2	3	46
FB-20	3	2	2	-2	2	-2	3	3	3	3	3	3	3	3	24
FB-21	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	1	3	50

Nomor Responden	Belief							Evaluation							Sikap (Ab)
	Visite	Perawat Ramah	Perawat Cekatan	Fasilitas	Waktu Pelayanan	Tarif	Pilih Dokter	Visite	Perawat Ramah	Perawat Cekatan	Fasilitas	Waktu Pelayanan	Tarif	Pilih Dokter	
FB-22	3	3	3	3	2	1	2	3	3	3	3	3	1	3	49
FB-23	3	3	3	2	3	1	2	3	3	2	1	3	1	2	40
FB-24	3	1	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3	50
FB-25	3	3	3	3	2	0	3	3	3	3	3	3	1	3	51
FB-26	3	3	3	3	2	0	3	3	3	3	3	3	1	3	51
FB-27	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	45
FB-28	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60
FB-29	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	28
FB-30	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	55
FB-31	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	51
FB-32	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	55
FB-33	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	51
FB-34	2	2	2	2	2	0	3	3	2	2	2	2	1	2	28
FB-35	3	2	2	0	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	36
FB-36	3	1	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3	50
FB-37	3	3	3	3	2	0	3	3	3	3	3	3	1	3	51
FB-38	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	45
FB-39	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60
FB-40	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	28
FB-41	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	55
FB-42	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60
FB-43	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	28
FB-44	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	55
FB-45	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	51
FB-46	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	28
FB-47	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	55
FB-48	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60
FB-49	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	45
FB-50	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60
Rata-rata	2,62	2,60	2,64	1,98	2,60	1,76	2,74	2,86	2,70	2,70	2,66	2,56	2,24	2,56	45,28

ANALISIS

Atribut	Belief	Evaluation
Visite	2,62	2,86
Perawat Ramah	2,60	2,70
Perawat Cekatan	2,64	2,70
Fasilitas	1,98	2,66
Waktu Pelayanan	2,60	2,56
Tarif	1,76	2,24
Pilih Dokter	2,74	2,56

Lampiran 7 :

NORMA SUBYEKTIF KONSUMEN

Obyek	Ruang Perawatan VIP
Rumah Sakit	RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun
Referensi	Keluarga
	Teman

Skala Pengukuran

<i>Normative Belief</i>	2	1	0	-1	-2
	Sangat Menganjurkan	Menganjurkan	Netral	Melarang	Melarang Keras
<i>Motivation to Comply</i>	0	1	2	3	4
	Tidak Sama Sekali	Kecil	Sedang	Besar	Besar Sekali

Nomor Responden	<i>Normative Belief</i>		<i>Motivation to Comply</i>		Subjective Norm (SN)
	Keluarga	Teman	Keluarga	Teman	
FB-1	2	1	1	2	4
FB-2	1	2	2	1	4
FB-3	1	1	3	3	6
FB-4	1	2	2	2	6
FB-5	1	1	2	2	4
FB-6	1	1	2	2	4
FB-7	1	1	4	4	8
FB-8	2	2	3	2	10
FB-9	1	1	3	2	5
FB-10	1	1	2	2	4
FB-11	1	1	4	3	7
FB-12	2	2	4	3	14
FB-13	1	1	2	2	4
FB-14	2	1	4	2	10
FB-15	2	2	4	3	14
FB-16	1	1	2	2	4
FB-17	1	1	4	3	7
FB-18	2	2	4	2	12
FB-19	2	2	2	2	8
FB-20	0	0	2	2	0
FB-21	1	1	4	4	8
FB-22	1	1	2	2	4
FB-23	1	0	2	2	2
FB-24	1	1	2	2	4
FB-25	1	1	4	4	8
FB-26	1	1	4	4	8
FB-27	1	1	4	3	7
FB-28	2	2	4	3	14
FB-29	1	1	2	2	4
FB-30	2	1	4	2	10
FB-31	2	2	4	3	14
FB-32	2	1	4	2	10
FB-33	2	2	4	3	14
FB-34	1	1	2	2	4
FB-35	1	1	4	3	7
FB-36	1	1	2	2	4
FB-37	1	1	4	4	8
FB-38	1	1	4	3	7
FB-39	2	2	4	3	14
FB-40	1	1	2	2	4
FB-41	2	1	4	2	10
FB-42	2	2	4	3	14
FB-43	1	1	2	2	4

Nomor Responden	Normative Belief		Motivation to Comply		Subjective Norm (SN)
	Keluarga	Teman	Keluarga	Teman	
FB-44	2	1	4	2	10
FB-45	2	2	4	3	14
FB-46	1	1	2	2	4
FB-47	2	1	4	2	10
FB-48	2	2	4	3	14
FB-49	1	1	4	3	7
FB-50	2	2	4	3	14
Rata-rata	1,38	1,26	3,16	2,52	7,82

ANALISIS

Referensi	Belief	Motivation to Comply
Keluarga	1,38	3,16
Teman	1,26	2,52

Konsumen menganggap bahwa referensi dari Keluarga yang menyebabkan mereka membeli (berkunjung atau menjalani perawatan) Ruang Perawatan VIP pada RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun daripada referensi Teman karena skor 1,26 lebih tinggi dari skor 1,38.

Kedua skor menunjukkan angka positif, sehingga dalam persepsi konsumen, baik Keluarga maupun Teman pada prinsipnya setuju konsumen menjalani perawatan kesehatan di Ruang Perawatan VIP pada RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

Keluarga
Teman

Keluarga
Teman

Lampiran 8 :

146

BOBOT SIKAP dan NORMA SUBYEKTIF

Obyek	Ruang Perawatan VIP	
Rumah Sakit	RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun	
Nomor Responden	Bobot	
	Sikap (w1)	SN (w2)
FB-1	50%	50%
FB-2	50%	50%
FB-3	50%	50%
FB-4	55%	45%
FB-5	50%	50%
FB-6	50%	50%
FB-7	50%	50%
FB-8	50%	50%
FB-9	50%	50%
FB-10	60%	40%
FB-11	50%	50%
FB-12	40%	60%
FB-13	55%	45%
FB-14	50%	50%
FB-15	50%	50%
FB-16	50%	50%
FB-17	50%	50%
FB-18	40%	60%
FB-19	65%	35%
FB-20	50%	50%
FB-21	50%	50%
FB-22	45%	55%
FB-23	50%	50%
FB-24	60%	40%
FB-25	50%	50%
FB-26	50%	50%
FB-27	50%	50%
FB-28	50%	50%
FB-29	55%	45%
FB-30	40%	60%
FB-31	50%	50%
FB-32	40%	60%
FB-33	50%	50%
FB-34	55%	45%
FB-35	50%	50%
FB-36	50%	50%
FB-37	45%	55%
FB-38	60%	40%
FB-39	50%	50%
FB-40	50%	50%
FB-41	60%	40%
FB-42	50%	50%
FB-43	50%	50%
FB-44	50%	50%
FB-45	50%	50%
FB-46	50%	50%
FB-47	50%	50%
FB-48	45%	55%
FB-49	60%	40%
FB-50	50%	50%
Rata-rata	50,60%	49,40%

ANALISIS

Secara umum konsumen berobat di Ruang Perawatan VIP RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun karena sikap dia sendiri lebih menentukan (50,6%) perilaku mereka, dibandingkan mengikuti pendapat atau referensi pihak lain (49,4%).

Lampiran 9 :

147

BEHAVIOR INTENTION

Obyek	Ruang Perawatan VIP
Rumah Sakit	RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun
Nomor Responden	Behavior Intention
FB-1	15
FB-2	18
FB-3	12
FB-4	23
FB-5	21
FB-6	29
FB-7	30
FB-8	31
FB-9	33
FB-10	32
FB-11	26
FB-12	32
FB-13	17
FB-14	33
FB-15	33
FB-16	16
FB-17	22
FB-18	25
FB-19	33
FB-20	12
FB-21	29
FB-22	24
FB-23	21
FB-24	32
FB-25	30
FB-26	30
FB-27	26
FB-28	37
FB-29	17
FB-30	28
FB-31	33
FB-32	28
FB-33	33
FB-34	17
FB-35	22
FB-36	27
FB-37	27
FB-38	30
FB-39	37
FB-40	16
FB-41	37
FB-42	37
FB-43	16
FB-44	33
FB-45	33
FB-46	16
FB-47	33
FB-48	35
FB-49	30
FB-50	37
Rata-rata	26,7

ANALISIS

Hasil rata-rata Behavior Intention yang positif dapat dikatakan secara umum pasien mempunyai sikap atau perilaku positif terhadap Ruang Perawatan VIP pada RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

Lampiran 9 :

ANALISIS STATISTIK**Frequencies****Jenis Kelamin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	29	58,0	58,0	58,0
	Perempuan	21	42,0	42,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Umur Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	17-25	1	2,0	2,0	2,0
	26-30	2	4,0	4,0	6,0
	31-40	20	40,0	40,0	46,0
	41-55	22	44,0	44,0	90,0
	>55	5	10,0	10,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PNS/TNI/Polri	11	22,0	22,0	22,0
	Pegawai Swasta	13	26,0	26,0	48,0
	Wiraswasta	22	44,0	44,0	92,0
	Lainnya	4	8,0	8,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Status Pernikahan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menikah	49	98,0	98,0	98,0
	Belum Menikah	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Pendidikan Terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	8	16,0	16,0	16,0
	SMA	21	42,0	42,0	58,0
	D3/D4	6	12,0	12,0	70,0
	S1	15	30,0	30,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Pendapatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<2.000.000	13	26,0	26,0	26,0
	2.000.000-<4.000.000	25	50,0	50,0	76,0
	4.000.000-<6.000.000	3	6,0	6,0	82,0
	6.000.000-<8.000.000	3	6,0	6,0	88,0
	>=10.000.000	6	12,0	12,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Crosstabs

Jenis Kelamin * Kepercayaan Tarif Pelayanan

Crosstab

Count

		Kepercayaan Tarif Pelayanan					Total
		Sangat Setuju	Setuju	Cukup Setuju	Netral	Tidak Setuju	
Jenis Kelamin	Laki-Laki	5	13	9	1	1	29
	Perempuan	11	4	1	5	0	21
Total		16	17	10	6	1	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,217 ^a	4	,003
Likelihood Ratio	17,696	4	,001
Linear-by-Linear Association	1,109	1	,292
N of Valid Cases	50		

a. 5 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .42.

Umur Responden * Kepercayaan Fasilitas VIP

Crosstab

Count

		Kepercayaan Fasilitas VIP					Total
		Sangat Setuju	Setuju	Cukup Setuju	Netral	Tidak Setuju	
Umur Responden	17-25	0	0	0	1	0	1
	26-30	0	2	0	0	0	2
	31-40	4	14	1	0	1	20
	41-55	5	13	1	3	0	22
	>55	4	0	1	0	0	5
Total		13	29	3	4	1	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	28,382 ^a	16	,028
Likelihood Ratio	25,048	16	,069
Linear-by-Linear Association	2,631	1	,105
N of Valid Cases	50		

a. 21 cells (84.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .02.

Pekerjaan * Kepercayaan Visite Dokter

Crosstab

Count

		Kepercayaan Visite Dokter				Total
		Sangat Setuju	Setuju	Cukup Setuju	Netral	
Pekerjaan	PNS/TNI/Polri	8	3	0	0	11
	Pegawai Swasta	12	1	0	0	13
	Wiraswasta	11	10	0	1	22
	Lainnya	2	1	1	0	4
Total		33	15	1	1	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,188 ^a	9	,024
Likelihood Ratio	13,731	9	,132
Linear-by-Linear Association	4,028	1	,045
N of Valid Cases	50		

a. 12 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,08.

Pekerjaan * Kepercayaan Fasilitas VIP

Crosstab

Count

		Kepercayaan Fasilitas VIP					Total
		Sangat Setuju	Setuju	Cukup Setuju	Netral	Tidak Setuju	
Pekerjaan	PNS/TNI/Polri	6	2	0	3	0	11
	Pegawai Swasta	4	7	1	0	1	13
	Wiraswasta	1	18	2	1	0	22
	Lainnya	2	2	0	0	0	4
	Total	13	29	3	4	1	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	24,538 ^a	12	,017
Likelihood Ratio	26,559	12	,009
Linear-by-Linear Association	,269	1	,604
N of Valid Cases	50		

a. 16 cells (80.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .08.

Pekerjaan * Kepercayaan Tarif Pelayanan

Crosstab

Count

		Kepercayaan Tarif Pelayanan					Total
		Sangat Setuju	Setuju	Cukup Setuju	Netral	Tidak Setuju	
Pekerjaan	PNS/TNI/Polri	4	0	4	3	0	11
	Pegawai Swasta	0	8	3	1	1	13
	Wiraswasta	12	7	3	0	0	22
	Lainnya	0	2	0	2	0	4
	Total	16	17	10	6	1	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31,390 ^a	12	,002
Likelihood Ratio	39,711	12	,000
Linear-by-Linear Association	,757	1	,384
N of Valid Cases	50		

a. 18 cells (90.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,08.

Status Pernikahan * Kepercayaan Fasilitas VIP

Crosstab

Count

		Kepercayaan Fasilitas VIP					Total
		Sangat Setuju	Setuju	Cukup Setuju	Netral	Tidak Setuju	
Status Pernikahan	Menikah	13	29	3	3	1	49
	Belum Menikah	0	0	0	1	0	1
Total		13	29	3	4	1	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,735 ^a	4	,019
Likelihood Ratio	5,305	4	,257
Linear-by-Linear Association	4,008	1	,045
N of Valid Cases	50		

a. 8 cells (80.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .02.

Pendidikan Terakhir * Kepercayaan Visite Dokter

Crosstab

Count

		Kepercayaan Visite Dokter				Total
		Sangat Setuju	Setuju	Cukup Setuju	Netral	
Pendidikan Terakhir	SD	6	2	0	0	8
	SMA	11	9	0	1	21
	D3/D4	2	3	1	0	6
	S1	14	1	0	0	15
Total		33	15	1	1	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,817 ^a	9	,052
Likelihood Ratio	15,143	9	,087
Linear-by-Linear Association	,681	1	,409
N of Valid Cases	50		

a. 12 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .12.

Pendidikan Terakhir * Kepercayaan Tarif Pelayanan

Crosstab

Count

		Kepercayaan Tarif Pelayanan					Total
		Sangat Setuju	Setuju	Cukup Setuju	Netral	Tidak Setuju	
Pendidikan Terakhir	SD	4	1	1	2	0	8
	SMA	2	14	4	0	1	21
	D3/D4	0	2	1	3	0	6
	S1	10	0	4	1	0	15
Total		16	17	10	6	1	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	37,662 ^a	12	,000
Likelihood Ratio	42,840	12	,000
Linear-by-Linear Association	,417	1	,519
N of Valid Cases	50		

a. 17 cells (85.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .12.

Pendapatan * Kepercayaan Pelayanan Perawat Ramah

Crosstab

Count

		Kepercayaan Pelayanan Perawat Ramah			Total
		Sangat Setuju	Setuju	Cukup Setuju	
Pendapatan	<2.000.000	13	0	0	13
	2.000.000-<4.000.000	10	13	2	25
	4.000.000-<6.000.000	1	2	0	3
	6.000.000-<8.000.000	1	2	0	3
	>=10.000.000	6	0	0	6
	Total	31	17	2	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,898 ^a	8	,011
Likelihood Ratio	26,124	8	,001
Linear-by-Linear Association	,150	1	,698
N of Valid Cases	50		

a. 12 cells (80.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .12.

Pendapatan * Kepercayaan Tarif Pelayanan

Crosstab

Count

		Kepercayaan Tarif Pelayanan					Total
		Sangat Setuju	Setuju	Cukup Setuju	Netral	Tidak Setuju	
Pendapata	<2.000.000	4	7	0	2	0	13
n	2.000.000- <4.000.000	6	7	8	3	1	25
	4.000.000- <6.000.000	0	1	2	0	0	3
	6.000.000- <8.000.000	0	2	0	1	0	3
	>=10.000.000	6	0	0	0	0	6
Total		16	17	10	6	1	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	28,657 ^a	16	,026
Likelihood Ratio	33,039	16	,007
Linear-by-Linear Association	3,195	1	,074
N of Valid Cases	50		

a. 22 cells (88.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .06.