



**STRATEGI PENINGKATAN MUTU PELAYANAN RAWAT INAP DENGAN  
METODE *SERVICE QUALITY* DI RSD dr. SOEBANDI JEMBER**

**SKRIPSI**

**Oleh**

**Diah Puspitasari  
NIM 072110101045**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2011**



**STRATEGI PENINGKATAN MUTU PELAYANAN RAWAT INAP DENGAN  
METODE *SERVICE QUALITY* DI RSD dr. SOEBANDI JEMBER**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat  
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Diah Puspitasari  
NIM 072110101045**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2011**

## **PERSEMBAHAN**

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ibu dan Bapak tercinta yang telah membesarkanku, mencurahkan do'a dan kasih sayangnya di setiap waktu, serta mengajarku tentang arti hidup dan kesabaran dalam melangkah menuju sebuah kesuksesan.
2. Tante dan Om tercinta selaku orang tua keduku yang telah memberikan segalanya demi mewujudkan cita-citaku dan mengajarkan aku tentang kesederhanaan sikap dan hati dalam menjalani hidup.
3. Kakak, Adik, dan seluruh keluarga besarku yang telah menghadirkan senyum, tangis, suka, dan duka hingga hidupku lebih berwarna.
4. Guru-guruku sejak taman kanak-kanak sampai dengan perguruan tinggi.
5. Agama, Bangsa dan Almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

## MOTO

Hidup itu tidak boleh sederhana, hidup itu harus besar dan luas,  
yang sederhana adalah sikapnya\*)



---

\*) Mario Teguh dalam Teguh, Mario. 2009. *Leadership Golden Ways*. Jakarta: Mario Teguh Publishing House

## HALAMAN PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Diah Puspitasari

NIM : 072110101045

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul: “*Strategi Peningkatan Mutu Pelayanan Rawat Inap Dengan Metode Service Quality di RSD dr. Soebandi Jember*” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 30 Mei 2011

Yang menyatakan,

Diah Puspitasari

NIM 072110101045

**SKRIPSI**

**STRATEGI PENINGKATAN MUTU PELAYANAN RAWAT INAP DENGAN  
METODE *SERVICE QUALITY* DI RSD dr. SOEBANDI JEMBER**



Oleh  
Diah Puspitasari  
NIM 072110101045

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Abu Khoiri, S.KM., M.Kes.

Dosen Pembimbing Anggota : Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes.

## PENGESAHAN

Skripsi berjudul "Strategi Peningkatan Mutu Pelayanan Rawat Inap Dengan Metode *Service Quality* di RSD dr. Soebandi Jember" telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

hari : Senin

tanggal : 30 Mei 2011

tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim Penguji:

Ketua

Sekretaris

Drs. Husni Abdul Gani, M.S.  
NIP 19560810 198303 1 003

Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes.  
NIP 19781016 200912 2 001

Anggota I

Anggota II

Abu Khoiri., S.KM., M.Kes.  
NIP 19790305 200501 1 002

Ns. Endang Sulistyowati, S.Kep  
NIP 19640526 198803 2 006

Mengesahkan  
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat,  
Universitas Jember

Drs. Husni Abdul Gani, M.S.  
NIP 19560810 198303 1 003

*Improvement Strategy Quality Of Service Takes Care Of Lodging Based On Service Quality Method In RSD dr. Soebandi Jember*

**Diah Puspitasari**

*Department of Administration and Health Policy, Public Health Faculty, Jember University*

**ABSTRACT**

*Nowadays, hospital development into a corporate have become a global phenomenon. If the Indonesian hospitals don't do the same, it's a possibility the hospitals can't keeping up with global competition. So the hospital need to do some effort to stay stand and grow by giving a good quality services. There are some approaches that can be used so the hospitals can give good quality services. One of them is the service quality model. This model is based on the asumption that the patient compare their hope and persepction to five dimension of service quality (reliability, responsiveness, assurance, empathy, and tangibles). To know the service quality in hospital, some indicators are needed. Those indicators are: BOR, ALOS, TOI, BTO, NDR, and GDR. In reality, there are some service indicators in dr. Soebandi Jember Hospital that is still below standard, those indicators are: BOR, NDR, and GDR. This case shows that the health services in dr. Soebandi Jember Hospital is still not optimal yet. The purpose of this study is to determine improvement strategy quality of service takes care of lodging based on service quality method in dr. Soebandi Jember Hospital. This study use the descriptive quantitative analyze method. The result of this study shows the position of the attributes of health service quality dimension is divided into 4 quadrans in cartesius diagram, these are quadran A, B, C, and D. Most of the attribute of health service quality dimension is placed on quadran B, so the hospital can determine strategy to increase service quality by maintain the achievement or performance without ignoring the other attributes on the other quadran.*

**Keywords:** *Global Competition, Service Quality Method, Cartesius Diagram*



## RINGKASAN

**Strategi Peningkatan Mutu Pelayanan Rawat Inap Dengan Metode *Service Quality* di RSD dr. Soebandi Jember;** Diah Puspitasari; 072110101045; 2011;130 halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Perkembangan rumah sakit ke arah lembaga usaha telah menjadi fenomena global. Apabila sektor rumah sakit di Indonesia tidak mengikuti, maka kemungkinan rumah sakit akan kesulitan dalam mengikuti persaingan dunia. Oleh sebab itu, rumah sakit perlu melakukan suatu upaya untuk tetap bertahan dan berkembang dengan memberikan pelayanan yang berkualitas. Ada beberapa pendekatan yang dapat digunakan agar rumah sakit dapat memberikan pelayanan yang bermutu, salah satunya adalah dengan *service quality* model.

Untuk mengetahui mutu pelayanan rumah sakit diperlukan beberapa indikator, antara lain: BOR, ALOS, TOI, BTO, NDR, dan GDR. Adapun standard untuk masing-masing indikator tersebut adalah sebagai berikut: BOR = 75-85 %, ALOS = 7 - 10 hari, TOI = 1-3 hari, BTO = 40-50 kali , NDR = < 25 per 1000, dan GDR = < 45 per 1000.

RSD dr. Soebandi Jember sebagai rumah sakit kelas B pendidikan milik pemerintah Kabupaten Jember, dalam kenyataannya masih ada beberapa hasil pencapaian indikator pelayanan kesehatan yang belum memenuhi standar ideal, diantaranya adalah indikator BOR, NDR, dan GDR. Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan di RSD dr. Soebandi Jember masih belum optimal. Tujuan penelitian ini adalah merumuskan strategi peningkatan mutu pelayanan rawat inap dengan metode *service quality* di RSD dr. Soebandi Jember. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif yang berdasarkan waktunya termasuk penelitian *cross sectional*. Sampel yang dibutuhkan sebanyak 80 responden. Dimana pengambilan

sampel menggunakan metode pencuplikan berstrata. Penelitian ini berlokasi di instalasi rawat inap RSD dr. Soebandi Jember kelas I, II, dan III. Data primer dalam penelitian ini meliputi karakteristik responden (jenis kelamin, umur, pendidikan dan pekerjaan), tingkat persepsi dan harapan responden terhadap pelayanan rawat inap. Data tersebut dikumpulkan dengan menggunakan teknik wawancara disertai dengan panduan wawancara. Kemudian data yang telah terkumpul dianalisis secara deskriptif kuantitatif dengan berdasarkan metode *service quality*.

Hasil Penelitian menunjukkan dari 80 responden, sebagian besar responden (65%) berjenis kelamin perempuan dan sebagian besar responden (58,75%) berusia antara 18 - < 40 tahun yang tergolong dalam kategori dewasa dini. Jika dilihat dari tingkat pendidikan, sebagian besar responden (62,5%) memiliki tingkat pendidikan rendah dan dari segi pekerjaan, sebagian besar responden (68,75%) tergolong ke dalam kelompok masyarakat yang bekerja. Tingkat harapan pasien rendah pada atribut pelayanan dokter tanpa memandang status sosial dan tingkat harapan pasien tinggi pada atribut ketepatan waktu pelayanan laboratorium. Sedangkan tingkat persepsi pasien rendah pada atribut kebersihan, kerapian, dan kenyamanan ruangan dan tingkat persepsi pasien tinggi pada atribut ketepatan waktu pelayanan pemberian makan. Dilihat dari posisi atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan, sebagian besar atribut terletak pada kuadran B yaitu menunjukkan atribut yang mempengaruhi kepuasan pasien RSD dr. Soebandi Jember pada umumnya tingkat pelaksanaannya telah sesuai dengan harapan pasien. Sehingga strategi yang dapat dilakukan adalah dengan mempertahankan *performance* (kinerja) layanan kesehatan atau rumah sakit juga dapat secara perlahan meningkatkan aspek-aspek yang terdapat pada kuadran ini sehingga pelayanan kesehatan dapat menjadi lebih baik.

Dari hasil penelitian ini, walaupun sebagian besar atribut dimensi mutu pelayanan terletak pada kuadran B (*maintained achievement*), pihak rumah sakit tetap perlu memperhatikan atribut yang berada pada kuadran lainnya yaitu kuadran A (*high priority*), kuadran C (*low priority*), dan kuadran D (*abundant*).

## PRAKATA

Puji syukur atas kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang senantiasa melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul "Strategi Peningkatan Mutu Pelayanan Rawat Inap dengan Metode *Service Quality* di RSD dr. Soebandi Jember". Skripsi ini disusun guna memenuhi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat.

Ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya penulis sampaikan kepada Bapak Abu Khoiri, S.KM., M.Kes dan Ibu Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes, selaku dosen pembimbing yang telah memberi petunjuk, saran dan koreksi dalam penyusunan skripsi ini. Terima kasih dan penghargaan penulis sampaikan pula kepada:

1. Drs.Husni Abdul Gani, MS., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat.
2. Dr. Hj. Yuni Ermita Djatmiko, M.Kes, selaku Direktur RSD dr. Soebandi Jember.
3. Christyana Sandra, S.KM., M.Kes, selaku Dosen peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
4. Seluruh keluarga besarku, terima kasih atas segala do'a, dukungan, dan perhatiannya selama ini.
5. Seluruh staf dan karyawan Bagian Perencanaan dan Program RSD dr. Soebandi Jember.
6. Sumber-sumber inspirasi dan motivasi baruku, Ibu Kristin, Ibu Endang Pratiwi, Ibu Sriyani, dan Pak Sudibyو, terima kasih atas segala perhatian dan dukungan yang telah diberikan.
7. Sahabat-sahabat terbaikku, Syafi'i, Gyta, Novy, Niki, Firda, Dista, Agni, Nanda, Harum, dan Iis terima kasih telah menjadi sahabat dan keluargaku selama di jember.

8. Edy Kurniawan, S.KM, terima kasih atas segala curahan kasih sayang, perhatian, dan dukungannya.
9. Sahabat beserta teman-teman tebaikku di peminatan AKK, Andre, Elystina, Elista, Vika, Zulfa, Yasmin, Irien, Anggun, Sagita, Iqbal, Rizal, dan Erna.
10. Komang, Rateh, dan Kurnia yang telah ikut banyak membantu dalam penelitian dan penyelesaian skripsiku.
11. Teman-teman seperjuangan, beserta kerabat dan keluarga besar Fakultas Kesehatan Masyarakat.
12. Seluruh pihak yang telah memberikan kontribusi bagi terselesaikannya skripsi ini.

Skripsi ini telah penulis susun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan, oleh karena itu penulis dengan tangan terbuka menerima masukan yang membangun. Semoga tulisan ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya.

Jember, 30 Mei 2011

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	ii
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	iii
<b>HALAMAN MOTO</b> .....	iv
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	v
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN</b> .....	vi
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	vii
<b>ABSTRACT</b> .....	viii
<b>RINGKASAN</b> .....	ix
<b>PRAKATA</b> .....	xi
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xiii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xvii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xviii
<b>DAFTAR BAGAN</b> .....	xix
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	xx
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xxi
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	1
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	1
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	7
<b>1.3 Tujuan</b> .....	7
1.3.1 Tujuan Umum .....	7
1.3.2 Tujuan Khusus .....	7
<b>1.4 Manfaat</b> .....	8
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	8
1.4.2 Manfaat praktis .....	8
<b>1.5 Keaslian Penelitian</b> .....	8

<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	9
<b>2.1 Rumah Sakit</b> .....	9
2.1.1 Definisi Rumah Sakit.....	9
2.1.2 Jenis dan Klasifikasi Rumah Sakit .....	10
2.1.3 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit.....	12
2.1.4 Ciri Khas Rumah Sakit.....	13
<b>2.2 Instalasi Rawat Inap</b> .....	14
2.2.1 Definisi Instalasi Rawat Inap.....	14
2.2.2 Indikator-Indikator Pelayanan Rawat Inap .....	14
<b>2.3 Mutu Pelayanan Kesehatan</b> .....	17
2.3.1 Konsep Mutu Pelayanan Kesehatan .....	17
2.3.2 Penilaian Mutu Pelayanan Kesehatan.....	19
2.3.3 Dimensi Mutu Pelayanan.....	21
<b>2.4 Persepsi</b> .....	26
2.4.1 Definisi Persepsi.....	26
2.4.2 Proses Pembentukan Persepsi .....	27
2.4.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persepsi .....	27
<b>2.5 Persepsi Mutu Pelayanan</b> .....	28
<b>2.6 Konsep Harapan</b> .....	29
2.6.1 Definisi Harapan.....	29
2.6.2 Tingkat Harapan .....	30
2.6.3 Faktor-Faktor yang Menentukan Harapan .....	31
<b>2.7 Metode <i>Servqual</i> (<i>Service Quality</i>)</b> .....	33
2.7.1 Konsep <i>Servqual</i> .....	33
2.7.2 Penentuan Posisi Rumah Sakit.....	38
2.7.2 Penyusunan Strategi .....	39
<b>2.8 Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan</b> .....	42
2.8.1 Dasar Peningkatan Mutu Pelayanan.....	42

2.8.2 Maksud Program Peningkatan Mutu Pelayanan .....	42
2.8.3 Prinsip Peningkatan Mutu Pelayanan.....	43
<b>2.9 Perbaikan Mutu Pelayanan .....</b>	<b>44</b>
<b>2.10 Kerangka Konseptual.....</b>	<b>49</b>
<b>BAB 3. METODE KEGIATAN.....</b>	<b>51</b>
<b>3.1 Jenis Penelitian .....</b>	<b>51</b>
<b>3.2 Tempat dan Waktu Penelitian .....</b>	<b>51</b>
3.2.1 Tempat Penelitian.....	51
3.2.2 Waktu Penelitian .....	52
<b>3.3 Populasi dan Sampel Penelitian .....</b>	<b>52</b>
3.3.1 Populasi Penelitian .....	52
3.3.2 Sampel Penelitian .....	53
<b>3.4 Teknik Pengambilan Sampel .....</b>	<b>53</b>
<b>3.5 Penentuan Ukuran Sampel .....</b>	<b>54</b>
<b>3.6 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional .....</b>	<b>55</b>
3.6.1 Variabel Penelitian .....	55
3.6.2 Definisi Operasional .....	56
<b>3.7 Data dan Sumber Data .....</b>	<b>67</b>
<b>3.8 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data .....</b>	<b>68</b>
3.8.1 Teknik Pengumpulan Data .....	68
3.8.2 Instrumen Pengumpulan Data .....	68
<b>3.9 Teknik Penyajian dan Analisis Data .....</b>	<b>69</b>
3.9.1 Teknik Penyajian Data .....	69
3.9.2 Teknik Analisis Data .....	70
<b>3.10 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian .....</b>	<b>70</b>
3.10.1 Uji Validitas .....	70
3.10.2 Uji Reliabilitas .....	70
<b>3.11 Kerangka Operasional .....</b>	<b>72</b>

<b>BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	75
<b>4.1 Identifikasi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Umur, Tingkat Pendidikan, dan Pekerjaan</b> .....	75
<b>4.2 Identifikasi Tingkat Harapan Pasien Rawat Inap Terhadap Lima Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan di Instalasi Rawat Inap RSD dr. Soebandi Jember</b> .....	78
<b>4.3 Identifikasi Tingkat Persepsi Pasien Rawat Inap Terhadap Lima Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan di Instalasi Rawat Inap RSD dr. Soebandi Jember</b> .....	82
<b>4.4 Identifikasi Tingkat Rata-Rata Dari Nilai Harapan dan Nilai Persepsi Pasien Rawat Inap di RSD dr. Soebandi Jember</b> .....	87
<b>4.5 Penentuan Posisi Atribut Dimensi Mutu Pelayanan Rawat Inap di RSD dr. Soebandi Jember</b> .....	89
<b>4.6 Strategi Peningkatan Mutu Pelayanan Rawat Inap di RSD dr. Soebandi Jember</b> .....	99
<b>BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	107
<b>5.1 Kesimpulan</b> .....	107
<b>5.2 Saran</b> .....	108
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	111
<b>LAMPIRAN</b> .....	115

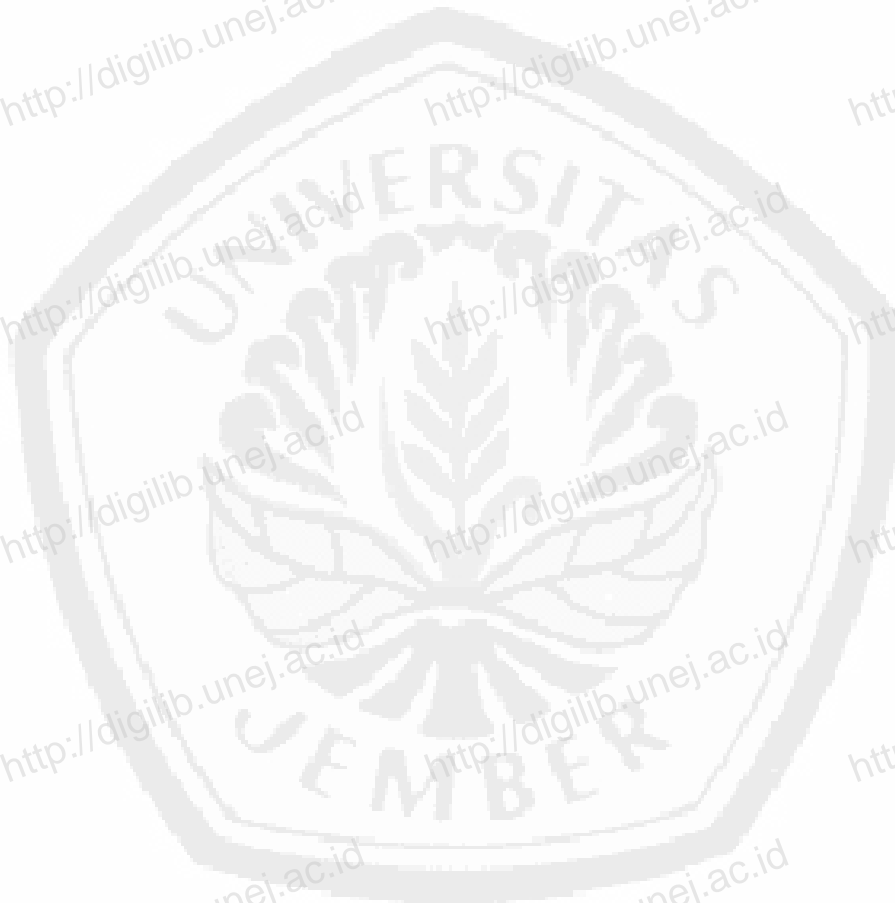


## DAFTAR TABEL

<b>Tabel</b>	<b>KETERANGAN</b>	<b>HALAMAN</b>
1.1	Pencapaian Pelayanan Kesehatan RSD dr. Soebandi Jember Tahun 2008 sampai Tahun 2010	5
3.1	Definisi Operasional Variabel Penelitian	56
4.1	Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	75
4.2	Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Umur	76
4.3	Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan	77
4.4	Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan	77
4.5	Tingkat Harapan Pasien Rawat Inap Terhadap Lima Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan di Instalasi Rawat Inap RSD dr. Soebandi Jember	79
4.6	Tingkat Persepsi Pasien Rawat Inap Terhadap Lima Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan di Instalasi Rawat Inap RSD dr. Soebandi Jember	83
4.7	Tingkat Rata-Rata dari Nilai Harapan dan Nilai Persepsi Pasien Rawat Inap di RSD dr. Soebandi Jember	87

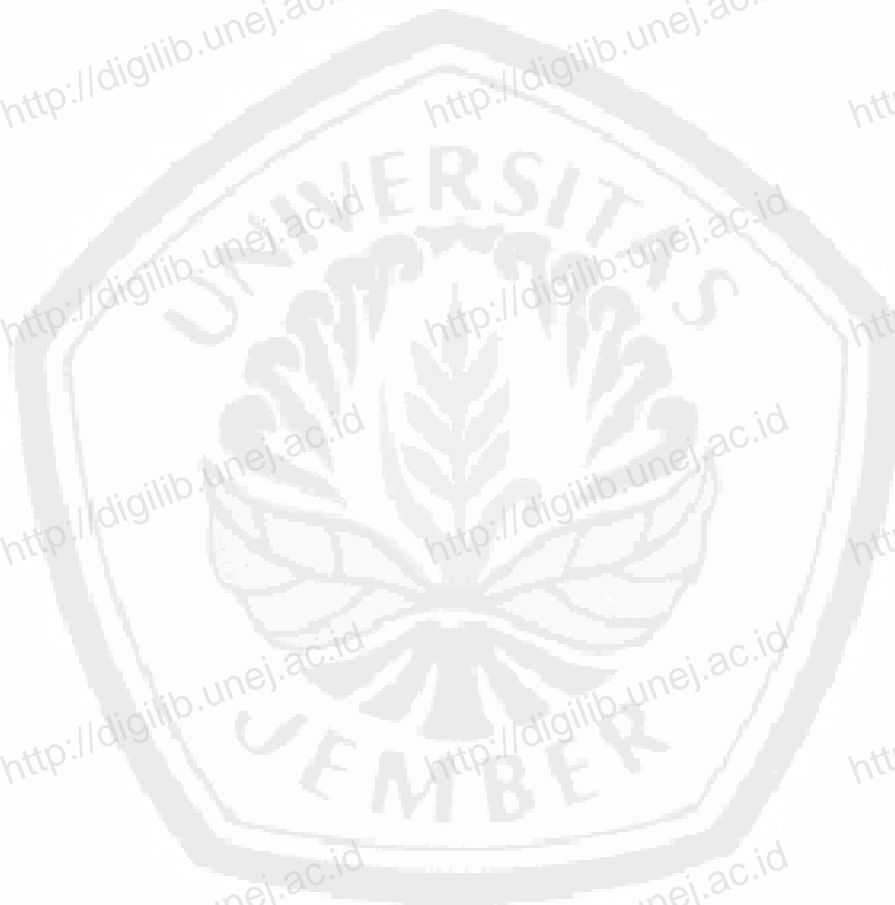
## DAFTAR GAMBAR

<b>Gambar</b>	<b>KETERANGAN</b>	<b>HALAMAN</b>
2.1	Matrik Harapan-Penilaian	37
4.1	Posisi Atribut Dimensi Mutu Pelayanan Rawat Inap	89



## DAFTAR BAGAN

<b>Bagan</b>	<b>KETERANGAN</b>	<b>HALAMAN</b>
2.1	Kerangka Konseptual	49
3.1	Kerangka Operasional	72

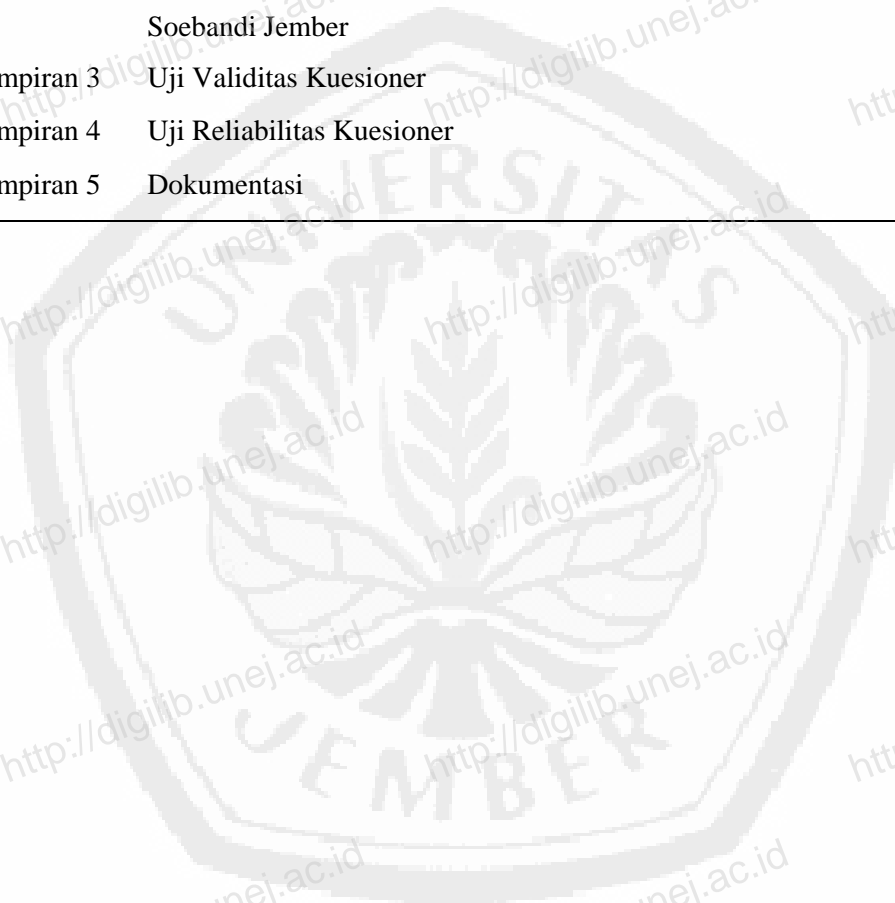


## DAFTAR SINGKATAN

<b>ALOS</b>	: <i>Average Length of Stay</i>
<b>Askes</b>	: Asuransi Kesehatan
<b>Askeskin</b>	: Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin
<b>BOR</b>	: <i>Bed Occupancy Rate</i>
<b>BTO</b>	: <i>Bed Turn Over</i>
<b>dr</b>	: Dokter
<b>GDR</b>	: <i>Gross Death Rate</i>
<b>GKM</b>	: Gugus Kendali Mutu
<b>Jamkesda</b>	: Jaminan Kesehatan Daerah
<b>Jamkesmas</b>	: Jaminan Kesehatan Masyarakat
<b>NDR</b>	: <i>Net Death Rate</i>
<b>SDM</b>	: Sumber Daya Manusia
<b>Servqual</b>	: <i>Service Quality</i>
<b>RSD</b>	: Rumah Sakit Daerah
<b>SOP</b>	: <i>Standard Operating Procedure</i>
<b>TOI</b>	: <i>Turn Over Interval</i>
<b>WHO</b>	: <i>World Health Organization</i>

## DAFTAR LAMPIRAN

NO.	KETERANGAN	HALAMAN
Lampiran 1	Lembar Persetujuan Responden ( <i>Informed Consent</i> )	115
Lampiran 2	Kuesioner Penelitian Strategi Peningkatan Mutu Pelayanan Rawat Inap Dengan Metode <i>Service Quality</i> di RSD dr. Soebandi Jember	116
Lampiran 3	Uji Validitas Kuesioner	124
Lampiran 4	Uji Reliabilitas Kuesioner	126
Lampiran 5	Dokumentasi	127



## **BAB 1. PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Rumah sakit merupakan salah satu industri jasa pelayanan yang merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kuratif maupun preventif serta menyelenggarakan pelayanan rawat jalan dan rawat inap juga perawatan di rumah. Hakikat dasar dari penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah pemenuhan kebutuhan dan tuntutan dari para pemakai jasa pelayanan kesehatan (pasien) dimana pasien mengharapkan suatu penyelesaian dari masalah kesehatannya pada rumah sakit. Oleh karena itu pasien memandang bahwa rumah sakit harus lebih mampu dalam hal pemberian pelayanan medik dalam upaya penyembuhan dan pemulihan yang berkualitas, cepat tanggap atas keluhan serta penyediaan pelayanan kesehatan yang nyaman (Asmita, 2008).

Perkembangan rumah sakit di Indonesia saat ini terlihat tumbuh secara tidak maksimal. Sebagai contoh, standar mutu pelayanan rumah sakit masih belum tertata dengan baik, jumlah dokter khususnya spesialis masih sedikit, penyebaran dan pendapatan dokter tidak merata dan sebagian dokter rendah pendapatannya, serta indikator kinerja lembaga pelayanan kesehatan belum dipergunakan secara nyata (Trisnantoro, 2006).

Seiring dengan perjalanan waktu dan sejak diberlakukannya Undang-undang Nomor 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan Peraturan Pemerintah Nomor 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom, maka Indonesia dihadapkan pada adanya akses perubahan kebijakan sistem pemerintahan dari sentralistik ke arah desentralistik. Selain itu adanya globalisasi menimbulkan persaingan yang semakin ketat antar negara, antar organisasi bahkan antar individu. Hal tersebut secara tidak langsung menimbulkan

tuntutan bagi pemerintah daerah untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakatnya termasuk dalam hal pemberian pelayanan kesehatan.

Saat ini lembaga pemberi pelayanan kesehatan di Indonesia sedang mencari bentuk, apakah mengarah ke lembaga usaha ataukah bentuk lainnya. Rumah sakit pemerintah sedang bergerak dari lembaga birokrasi ke lembaga usaha. Demikian pula rumah sakit swasta sedang bergerak dari lembaga misionaris dan kemanusiaan menuju ke lembaga yang didasari oleh konsep usaha. Perkembangan ke arah lembaga usaha ini seperti tidak dapat ditolak, karena sudah merupakan fenomena global. Apabila sektor rumah sakit di Indonesia tidak mengikuti, maka kemungkinan rumah sakit akan kesulitan dalam mengikuti persaingan dunia (Trisnantoro, 2006). Hal ini dapat dilihat dari ketatnya persaingan kualitas pelayanan, harga, dan promosi diantara sekian banyaknya rumah sakit yang ada saat ini (Supranto, 2006). Dalam persaingan yang semakin tajam di antara institusi pelayanan kesehatan tersebut, maka rumah sakit perlu melakukan suatu upaya untuk tetap bertahan dan berkembang dengan memberikan pelayanan yang berkualitas.

Parasuraman *et al* dalam Nurcaya (2008), mendefinisikan kualitas pelayanan (*perceived service quality*) sebagai perbandingan antara harapan dan persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan. Setiap pelanggan memiliki standar pembandingan untuk menilai kinerja pelayanan yang diterimanya (Koentjoro, 2007). Kemungkinan yang terjadi terhadap kualitas layanan yang diberikan adalah layanan yang diberikan sudah sama dengan harapan pelanggan atau lebih rendah dari harapan pelanggan, atau juga dapat layanan itu melebihi harapan pelanggan. Bila penampilan kurang dari harapan, pelanggan tidak dipuaskan. Bila penampilan sebanding dengan harapan, pelanggan puas. Apabila penampilan melebihi harapan, pelanggan sangat puas dan senang (Wijono, 1999). Oleh sebab itu, kemampuan profesional para pemberi jasa diuji pada bagian ini, sehingga unit layanan dalam menghasilkan produk jasa harus sesuai dengan harapan pelanggan.

Mutu harus dimulai dari kebutuhan pelanggan dan berakhir pada persepsi pelanggan (Tjiptono, 2004). Layanan yang bermutu atau berkualitas adalah layanan yang berorientasi pelanggan (*customer oriented*), tersedia (*available*), mudah didapat (*accessible*), memadai (*acceptable*), terjangkau (*affordable*), dan mudah dikelola (*controlable*). Mutu tercapai ketika kebutuhan dan harapan pelanggan terpenuhi. Dalam pelayanan kesehatan, pasien merupakan pelanggan yang paling penting (Al-Assaf, 2009).

Ada beberapa pendekatan yang dapat digunakan agar rumah sakit dapat memberikan pelayanan yang bermutu, yaitu: pendekatan segitiga pelayanan jasa, *total quality service*, *service quality model*, manajemen proyek, ISO 9000, dan Deming (Nasution, 2004). Menurut Tjiptono dalam Bayu (2010), model *service quality* banyak diterapkan diberbagai industri jasa (layanan) karena memiliki sejumlah keunggulan, yaitu instrumen *service quality* telah berkembang menjadi semacam standar untuk penilaian atas berbagai dimensi mutu pelayanan. Berbagai riset telah menunjukkan bahwa instrumen *service quality* sah (*valid*) untuk berbagai konteks layanan, riset juga mengindikasikan bahwa kuesioner *service quality* handal (*reliabel*), artinya pertanyaan-pertanyaannya diinterpretasikan secara sama oleh responden, dan instrumen *service quality* memiliki prosedur analisis baku yang memudahkan interpretasi hasil. Kelima dimensi mutu yang dimaksud adalah *tangibles*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, *empathy*.

Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember merupakan rumah sakit kelas B pendidikan milik pemerintah Kabupaten Jember yang telah terakreditasi 12 pelayanan. Sebagai rumah sakit yang telah berstatus kelas B, RSD dr. Soebandi Jember memberikan 16 pelayanan dalam melaksanakan tugas fungsionalnya, salah satunya adalah pelayanan rawat inap. Pelayanan rawat inap adalah salah satu pelayanan yang berfungsi sebagai *revenue centre*, itu artinya bahwa pelayanan rawat inap merupakan pelayanan yang menghasilkan pemasukan bagi pihak rumah sakit.



Seiring dengan ditetapkannya RSD dr. Soebandi Jember sebagai rumah sakit BLUD sesuai dengan SK Bupati Nomor 188.45/524/012/2009, maka RSD dr. Soebandi Jember diberikan *fleksibilitas* dalam mengatur pola pengelolaan keuangan secara leluasa untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan negara pada umumnya.

Oleh sebab itu, RSD dr. Soebandi Jember dituntut untuk dapat meningkatkan mutu layanannya dengan memberikan pelayanan yang berkualitas, baik dalam segi pelayanan kesehatan perorangan maupun dalam segi pendidikan kesehatan agar dapat memuaskan pelanggan. Selain itu, peningkatan mutu layanan juga diperlukan agar RSD dr. Soebandi Jember tetap mampu bersaing dan bertahan dalam persaingan antar institusi pelayanan kesehatan yang saat ini semakin ketat, khususnya dengan rumah sakit swasta. Salah satu upaya peningkatan mutu layanan yang dapat dilakukan adalah dengan memberikan pelayanan yang berkualitas pada pasien instalasi rawat inap.

Untuk menilai tingkat keberhasilan atau memberikan gambaran tentang keadaan pelayanan di rumah sakit biasanya dilihat dari berbagai segi, yaitu : tingkat pemanfaatan sarana pelayanan, mutu pelayanan, dan tingkat efisiensi pelayanan. Untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu dan efisiensi pelayanan kesehatan rumah sakit diperlukan berbagai indikator. Selain itu agar informasi yang ada dapat bermakna harus ada nilai parameter yang akan dipakai sebagai nilai banding antara fakta dengan standar yang di inginkan (Depkes, 2003).

Terdapat banyak sekali indikator yang dipakai untuk menilai kualitas pelayanan rumah sakit dan yang paling sering digunakan diantaranya adalah BOR (*Bed Occupancy Rate*), ALOS (*Average Length of Stay*), TOI (*Turn Over Interval*), BTO (*Bed Turn Over*), NDR (*Net Death Rate*), dan GDR (*Gross Death Rate*). Adapun

standard untuk masing-masing indikator tersebut adalah sebagai berikut: BOR = 75-85 %, ALOS = 7 - 10 hari, TOI = 1-3 hari, BTO = 40-50 kali (Muninjaya, 2004), GDR = < 45 per 1000 (Depkes, 2003), NDR = < 25 per 1000 (Depkes, 2008).

Gambaran pencapaian pelayanan kesehatan RSD dr. Soebandi Jember dalam 3 (tiga) tahun terakhir dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 1.1 Pencapaian Pelayanan Kesehatan RSD dr. Soebandi Jember Tahun 2008 sampai Tahun 2010

Indikator Pelayanan Kesehatan	Hasil pencapaian				Standar Ideal
	Tahun 2008	Tahun 2009	Tahun 2010	Rata-rata	
BOR (%)	59,72	62,73	65,50	62,65*	75-85
ALOS (hari)	5,08	4,72	4,51	4,77	7-10
TOI (hari)	3,43	2,80	2,38	2,87	1-3
NDR (%o)	48,66	44,81	32,89	42,12*	< 25
GDR (%o)	90,47	101,79	97,49	96,58*	< 45

Sumber : Perencanaan dan Program RSD dr. Soebandi Jember (2011)

\* Hasil pencapaian kurang dari standar ideal

Berdasarkan tabel 1.1 di atas, ada beberapa hasil pencapaian indikator pelayanan kesehatan RSD dr. Soebandi Jember yang masih belum memenuhi standar ideal diantaranya adalah indikator BOR, NDR dan GDR. Rata-rata nilai BOR 3 (tiga) tahun terakhir sebesar 62,65% belum memenuhi standar ideal 75-85%. Angka BOR yang rendah menunjukkan kurangnya pemanfaatan fasilitas rumah sakit (tempat tidur) oleh masyarakat. Rata-rata nilai NDR 3 (tiga) tahun terakhir sebesar 42,12%o. Masih tingginya angka NDR menunjukkan bahwa mutu pelayanan rumah sakit masih rendah. Rata-rata nilai GDR 3 (tiga) tahun terakhir sebesar 96,58 %o. Tingginya angka GDR menunjukkan bahwa angka kematian umum masih cukup tinggi di rumah sakit.

Kondisi diatas menggambarkan bahwa pelayanan kesehatan di RSD dr. Soebandi Jember masih belum optimal. Hasil studi pendahuluan pada 21 responden

pasien umum yang di rawat di instalasi rawat inap terkait kesenjangan antara persepsi dan harapan mereka terhadap 5 dimensi mutu pelayanan diperoleh hasil antara lain sebagai berikut:

- a. Dari segi *tangibles*, sebanyak 66,67% responden menyatakan tidak puas terkait kebersihan, kerapian, dan kenyamanan ruangan dan sebanyak 57,14% menyatakan tidak puas terkait penataan tata letak ruang perawatan.
- b. Dari segi *reliability*, sebanyak 19,05% responden menyatakan tidak puas terkait diagnosa yang ditetapkan oleh dokter dan sebanyak 57,14% responden menyatakan tidak puas terkait ketepatan kunjungan atau *visite* dokter.
- c. Dari segi *responsiveness*, sebanyak 33,33% responden menyatakan tidak puas terkait pemberian informasi oleh dokter kepada pasien dengan jelas dan mudah dimengerti.
- d. Dari segi *assurance*, sebanyak 23,81% responden menyatakan tidak puas terkait pemberian pelayanan dengan sopan dan ramah dari dokter.
- e. Dari segi *empathy*, sebanyak 33,33% responden menyatakan tidak puas terkait pelayanan dokter dalam mengenal pasien dengan baik dan sebanyak 23,81% responden menyatakan tidak puas terkait pelayanan dokter dalam melakukan komunikasi yang baik dengan pasien.

Dari hasil studi pendahuluan di atas menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan belum dapat memberikan kepuasan yang optimal kepada pasien rawat inap yang berkunjung. Oleh karena itu, perlu adanya strategi peningkatan mutu pelayanan rawat inap dengan metode *service quality* di RSD dr. Soebandi Jember, agar rumah sakit dapat lebih memahami kebutuhan pasien dan dapat dipakai sebagai tolok ukur untuk meningkatkan atau menjaga mutu pelayanan kesehatan di instalasi rawat inap RSD dr. Soebandi Jember. Hal ini mengingat bahwa RSD dr. Soebandi jember adalah rumah sakit kelas B pendidikan yang menjadi rumah sakit rujukan bagi rumah sakit pemerintah dan swasta yang ada di Propinsi Jawa Timur bagian timur meliputi lima Kabupaten sekitar Jember yaitu Kabupaten Banyuwangi, Bondowoso,

Situbondo, Lumajang, dan sebagian Probolinggo. Selain itu sesuai SK Menkes nomor 440/19.SK/436.71/2008, RSD dr. Soebandi Jember ditunjuk sebagai rumah sakit rujukan flu burung.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana strategi peningkatan mutu pelayanan rawat inap dengan metode *service quality* di RSD dr. Soebandi Jember?”

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan umum**

Merumuskan strategi peningkatan mutu pelayanan rawat inap dengan metode *service quality* di RSD dr. Soebandi Jember.

### **1.3.2 Tujuan khusus**

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, dan pekerjaan.
- b. Mengidentifikasi tingkat harapan pasien rawat inap terhadap lima dimensi mutu pelayanan kesehatan di instalasi rawat inap RSD dr. Soebandi Jember.
- c. Mengidentifikasi tingkat persepsi (penilaian) pasien rawat inap terhadap lima dimensi mutu pelayanan kesehatan di instalasi rawat inap RSD dr. Soebandi Jember.
- d. Mengidentifikasi tingkat rata-rata dari nilai harapan dan nilai persepsi (penilaian) pasien rawat inap di RSD dr. Soebandi Jember.
- e. Menentukan posisi dari masing-masing atribut dimensi mutu pelayanan rawat inap di RSD dr. Soebandi Jember.
- f. Menentukan strategi peningkatan mutu pelayanan rawat inap di RSD dr. Soebandi Jember.

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan kesehatan masyarakat khususnya di bidang Administrasi dan Kebijakan Kesehatan yang terkait dengan manajemen mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit khususnya di Kabupaten Jember.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

Sebagai bahan masukan bagi RSD dr. Soebandi untuk mengevaluasi kinerja pelayanan kesehatan rawat inap di rumah sakit dan sebagai bahan informasi dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan di RSD dr. Soebandi Jember.

## **1.5 Keaslian Penelitian**

Penelitian mengenai strategi peningkatan mutu pelayanan rawat inap dengan metode *service quality* di RSD dr. Soebandi Jember, sepanjang pengetahuan penulis belum pernah dilakukan. Namun, demikian terdapat beberapa penelitian yang menggunakan topik terkait mutu pelayanan dan kepuasan pasien, diantaranya adalah:

- a. Nurita Kusriantini (2007), dalam penelitiannya yang berjudul Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Mutu Pelayanan Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soebandi Jember
- b. Muh. Halili Hamzah (2007), dalam penelitiannya yang berjudul Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Pasien di Ruang Paviliun RSD dr. Soebandi Jember
- c. Rochani Widdhi Astuti (2008), dalam penelitiannya yang berjudul Hubungan Karakteristik dan Persepsi Pasien Rawat Inap Terhadap Mutu Pelayanan dengan Pemilihan Kelas Perawatan di RSUD dr. Soebandi Jember
- d. Sri Wahyuni (2010), dalam penelitiannya yang berjudul Analisis Pengaruh Elemen Kepuasan Pelanggan Terhadap Retensi Pelanggan di Instalasi Rawat Jalan RSD dr. Soebandi Jember Tahun 2010.

## **BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA**

### **2.1 Rumah Sakit**

#### **2.1.1 Definisi Rumah Sakit**

Rumah Sakit adalah organisasi dan manajemen dengan ciri khas, memberikan pelayanan medis yang dilakukan oleh tenaga medis, dan para profesional seperti : dokter, dokter gigi, dan paramedis yang didukung oleh tenaga-tenaga non medis, tenaga administrasi dan tenaga teknis lainnya yang memberikan pelayanan umum beserta sarana dan prasarana yang diperlukan (Wijono, 2008).

Menurut WHO, Rumah Sakit adalah suatu bagian menyeluruh (*integral*) dan organisasi sosial dan medis, yang mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan yang lengkap kepada masyarakat baik *kuratif* maupun *preventif*, dimana pelayanan keluarnya menjangkau keluarga dan lingkungan rumahnya, rumah sakit juga merupakan pusat untuk latihan tenaga kesehatan dan untuk penelitian bio-sosial (Supriyanto, 2003).

Menurut Wolper dan Pena dalam Azwar (1996) dijelaskan bahwa Rumah Sakit adalah tempat dimana orang sakit mencari dan menerima pelayanan kedokteran serta tempat dimana pendidikan klinik untuk mahasiswa kedokteran, perawat dan berbagai tenaga profesi kesehatan lainnya diselenggarakan.

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (Undang-undang RI, 2009).

Rumah Sakit diselenggarakan berazaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti

diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di rumah sakit (Undang-undang RI, 2009).

Pengaturan penyelenggaraan rumah sakit bertujuan (Undang-undang RI, 2009) untuk :

- a. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapat pelayanan kesehatan;
- b. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit;
- c. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit;
- d. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit dan rumah sakit.

#### 2.1.2 Jenis dan Klasifikasi Rumah Sakit

Rumah sakit dapat dibagi berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya (Undang-undang RI, 2009), sebagai berikut :

- a. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan dalam Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus.
  - 1) Rumah Sakit Umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit;
  - 2) Rumah Sakit Khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.
- b. Berdasarkan pengelolaannya, rumah sakit dapat dibagi menjadi Rumah Sakit Publik dan Rumah Sakit Privat :
  - 1) Rumah Sakit Publik dapat dikelola oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan Badan Hukum yang bersifat nirlaba :

- a) Rumah Sakit Publik yang dikelola oleh Pemerintah dan Pemerintah Daerah diselenggarakan berdasarkan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
  - b) Rumah Sakit Publik yang dikelola Pemerintah dan Pemerintah Daerah tidak dapat dialihkan menjadi Rumah Sakit Privat.
- 2) Rumah Sakit Privat dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero.

Dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan kesehatan (Undang-undang RI, 2009), sebagai berikut :

a. Rumah sakit umum :

- 1) Rumah sakit umum kelas A;

Rumah sakit kelas A adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialisik dasar, 5 (lima) spesialis penunjang medik, 12 (dua belas) spesialis lain dan 13 (tiga belas) subspecialistik.

- 2) Rumah sakit umum kelas B;

Rumah sakit kelas B adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 4 (empat) spesialis penunjang medik, 8 (delapan) spesialis lain dan 2 (dua) subspecialis dasar.

- 3) Rumah sakit umum kelas C;

Rumah sakit umum kelas C adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar dan 4 (empat) spesialis penunjang medik.



4) Rumah sakit umum kelas D;

Rumah sakit kelas D adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) spesialis dasar.

b. Rumah sakit khusus;

1) Rumah sakit khusus kelas A;

Rumah sakit khusus kelas A adalah rumah sakit khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang lengkap.

2) Rumah sakit khusus kelas B;

Rumah sakit khusus kelas B adalah rumah sakit khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang terbatas.

3) Rumah sakit khusus kelas C;

Rumah sakit khusus kelas C adalah rumah sakit khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang minimal.

### 2.1.3 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Tugas rumah sakit adalah memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk menjalankan tugas tersebut, maka fungsi rumah sakit adalah (Undang-undang RI, 2009), sebagai berikut :

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam memberi pelayanan kesehatan;

- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

#### 2.1.4 Ciri Khas Rumah Sakit

Pada hakikatnya, rumah sakit adalah salah satu jenis industri jasa, dalam hal ini industri jasa kesehatan. Oleh karena itu, rumah sakit harus patuh pada kaidah-kaidah bisnis dengan berbagai fungsi manajerialnya. Akan tetapi, harus diakui bahwa pada kenyataannya rumah sakit mempunyai beberapa ciri khas yang membedakannya dengan industri lainnya. Karenanya, rumah sakit memerlukan pendekatan yang berbeda pula.

Rachael Massie dalam buku *Essential of Management* dalam Aditama (2002) mengemukakan tiga ciri khas rumah sakit yang membedakannya dengan industri lainnya.

- a. Pertama, kenyataan bahwa “bahan baku” dari industri jasa kesehatan adalah manusia. Dalam industri rumah sakit, seyogyanya tujuan utamanya adalah melayani kebutuhan manusia, bukan semata-mata menghasilkan produk dengan proses dan biaya yang seefisien mungkin. Unsur manusia perlu mendapat perhatian dan tanggung jawab utama pengelola rumah sakit. Perbedaan ini mempunyai dampak penting dalam manajemen, khususnya menyangkut pertimbangan etika dan nilai kehidupan manusia.
- b. Kedua, kenyataan bahwa dalam industri rumah sakit yang disebut sebagai pelanggan (*customer*) tidak selalu mereka yang menerima pelayanan. Pasien adalah mereka yang diobati di rumah sakit. Akan tetapi, kadang-kadang bukan mereka sendiri yang menentukan di rumah sakit mana mereka harus dirawat. Selain itu, jenis tindakan medis yang akan dilakukan dan pengobatan yang diberikan juga tidak tergantung pada pasiennya, tetapi tergantung dari dokter yang merawatnya.

- c. Ketiga, kenyataan yang menunjukkan bahwa pentingnya peran para profesional, termasuk dokter, perawat, ahli farmasi, fisioterapi, radiografer, ahli gizi, dan lain-lain. Para profesional ini banyak sekali jumlahnya di rumah sakit. Proporsi antara tenaga profesional dengan pekerja biasa di rumah sakit, lenih banyak dibanding dengan organisasi lainnya. Hal yang perlu mendapat perhatian adalah kenyataan bahwa para profesional cenderung sangat otonom dan berdiri sendiri. Tidak jarang misi kerjanya tidak sejalan dengan misi kerja manajemen organisasi secara keseluruhan. Standar profesi yang dianut biasanya mengacu pada organisasi profesi yang ada dan bukan tidak mungkin perlu disesuaikan lagi dengan standar yang dianut di rumah sakit dengan kekhasan masing-masing. Sukses kerja perseorangan seringkali juga menjadi acuan keberhasilan para profesional ini. Akibatnya, tidak jarang ada kesan bahwa fungsi manajemen dianggap menjadi kurang penting.

## **2.2 Instalasi Rawat Inap**

### **2.2.1 Definisi Instalasi Rawat Inap**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 159b/Menkes/PER/1988, yang dimaksud dengan instalasi rawat inap adalah sarana penunjang kegiatan untuk pelaksanaan pelayanan pasien rawat inap.

Menurut Keputusan Menkes RI Nomor 560/Menkes/SK/IV/2003, yang dimaksud dengan pelayanan rawat inap adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik, dan atau upaya pelayanan kesehatan lainnya dengan menginap di rumah sakit.

Pada rumah sakit, instalasi rawat inap merupakan bagian penting dari pelayanan kesehatan kepada pasien rumah sakit yang kegiatannya meliputi:

- a. Perawatan kepada pasien rawat inap
- b. Melakukan penyuluhan kepada pasien dalam melakukan pencegahan dan pengobatan terhadap penyakit yang diderita.

- c. Pendidikan dan pelatihan kepada para tenaga medis dan paramedik dalam meningkatkan mutu pelayanan.

### 2.2.2 Indikator-indikator pelayanan rawat inap

Indikator-indikator pelayanan rawat inap rumah sakit dapat digunakan untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu, dan efisiensi pelayanan rumah sakit. Indikator-indikator pelayanan rawat inap (Muninjaya, 2004), antara lain sebagai berikut :

a. BOR (*Bed Occupany Rate*)

BOR adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur di rumah sakit. Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 75-85%.

Manfaat perhitungan BOR adalah :

- 1) Untuk mengetahui tingkat pemanfaatan tempat tidur di rumah sakit.
- 2) Menggambarkan sampai seberapa jauh tempat tidur yang tersedia di rumah sakit dimanfaatkan untuk penderita rawat tinggal.

Interpretasi dari perhitungan BOR :

- 1) Angka BOR yang rendah menunjukkan kurangnya pemanfaatan fasilitas rumah sakit oleh masyarakat.
- 2) Umumnya nilai makin besar makin baik.
- 3) Angka BOR yang tinggi (> 85%) menunjukkan tingkat pemanfaatan tempat tidur yang terlalu tinggi, sehingga perlu pengembangan rumah sakit atau penambahan tempat tidur.
- 4) Indikator ini dapat dipengaruhi oleh tingginya hari perawatan yang lama dan rendahnya angka kunjungan rawat inap.

b. ALOS (*Average Length of Stay*)

ALOS adalah rata-rata lama rawat seorang pasien. Indikator ini disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan yang lebih lanjut. Secara umum nilai ALOS yang ideal antara 7-10 hari.

Manfaat dari perhitungan ALOS adalah :

- 1) Untuk mengukur efisiensi pelayanan rumah sakit (unit rawat inap).
- 2) Indikator ini disamping memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila ditetapkan pada diagnosa tertentu yang dijadikan "tracer" (yang perlu pengamatan lebih lanjut).

Interpretasi dari perhitungan ALOS :

- 1) ALOS menggambarkan lamanya seorang penderita dirawat oleh suatu rumah sakit dan secara tidak langsung menggambarkan efisiensi atau mutu perawatan rumah sakit (instalasi rawat inap tersebut).
- 2) Umumnya nilai makin kecil makin baik, tetapi bila harus membandingkan, harus dipikirkan faktor-faktor penyakit-penyakit yang berlainan (lamanya perawatan berlainan untuk penyakit yang berlainan) dan keadaan penderita waktu keluar (penderita yang keluar mati atau pulang paksa dalam keadaan belum sembuh tidak menggambarkan lamanya dirawat yang sebenarnya).

c. TOI (*Turn Over Interval*)

TOI adalah rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1-3 hari.

Manfaat dari perhitungan TOI adalah :

- 1) Menggambarkan efisiensi rumah sakit dalam mengatur pemasukan penderita rawat tinggal yang tidak darurat (*emergency*) selama satu periode tertentu.

- 2) Indikator ini juga memberikan tingkat efisiensi dari penggunaan tempat tidur.
- 3) Bersama dengan ALOS merupakan indikator tentang efisiensi penggunaan tempat tidur.

Interpretasi dari perhitungan TOI :

- 1) Umumnya nilai makin kecil semakin baik.

d. BTO (*Bed Turn Over*)

BTO adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu tertentu.

Manfaat dari perhitungan BTO adalah:

- 1) Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi dari pemakaian tempat tidur.
- 2) Bersama-sama indikator TOI dan ALOS dapat digunakan untuk mengetahui tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur rumah sakit.
- 3) Menggambarkan berapa banyak penderita yang memanfaatkan sebuah tempat tidur dalam jangka waktu tertentu.

Interpretasi dari perhitungan TOI:

- 1) Umumnya nilai makin besar semakin baik.
- 2) Idealnya selama satu tahun, tempat tidur dipakai 40-50 kali.

e. NDR (*Net Death Rate*)

NDR adalah angka kematian >48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1.000 penderita keluar. Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit. Ideal angka kematian ini adalah < 25 per 1000 (Depkes, 2008)

f. GDR (*Gross Death Rate*)

GDR adalah angka kematian umum untuk setiap 1.000 penderita keluar. Ideal angka kematian ini adalah < 45 per 1000 (Depkes, 2003)

## 2.3 Mutu Pelayanan Kesehatan

### 2.3.1 Konsep Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu adalah gambaran dan karakteristik menyeluruh dari barang dan atau jasa yang menunjukkan kemampuannya dalam memuaskan kebutuhan pelanggan baik berupa kebutuhan yang dinyatakan maupun kebutuhan yang tersirat (Supriyanto, 2003).

Mutu adalah faktor keputusan mendasar dari pelanggan. Mutu adalah penentuan pelanggan, bukan ketetapan insinyur, pasar, atau ketetapan manajemen. Mutu berdasarkan atas pengalaman nyata pelanggan terhadap produk dan jasa pelayanan, mengukurnya, mengharapkannya, dijanjikan atau tidak, sadar atau hanya dirasakan, operasional teknik atau subyektif sama sekali dan selalu menggambarkan target yang bergerak dalam pasar yang kompetitif (Wijono, 1999).

Menurut Juran dalam Wijono (2008) menyatakan bahwa mutu merupakan perwujudan atau gambaran hasil yang mempertemukan kebutuhan dari pelanggan dan oleh karena itu memberikan kepuasan.

Mutu pelayanan kesehatan sering diartikan sebagai mutu asuhan kesehatan, mutu pemeliharaan kesehatan, mutu perawatan kesehatan, yang menjadi acuan dalam pelaksanaan operasional sehari-hari adalah derajat dipenuhinya standar profesi yang baik dalam pelayanan pasien dan terwujudnya hasil-hasil atau *outcomes* seperti yang diharapkan yang menyangkut pelayanan pasien, diagnosa, prosedur, atau tindakan pemecahan masalah klinis (Wijono, 2008).

Mutu pelayanan kesehatan adalah sesuatu yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, dimana pada satu pihak dapat menimbulkan kepuasan setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata, serta dipihak lain melalui tata cara penyelenggaraan sesuai dengan kode etik dan standar profesi yang telah ditetapkan (Azwar, 1996).

Menurut Zeithaml *et al* dalam Asmita (2008) Mutu pelayanan jasa memiliki karakteristik khusus yakni lebih sulit untuk dievaluasi karena :

- a. Dalam mengevaluasi mutu pelayanan jasa, pelanggan tidak hanya mempertimbangkan pada *outcome* tetapi juga proses ketika pelayanan diberikan;
- b. Kriteria yang berlaku dalam mengevaluasi pelayanan tergantung semata mata oleh penilaian pelanggan. Secara spesifik, persepsi dari mutu sesuatu jasa tergantung dari bagaimana seorang *provider* dapat memahami ekspektasi pelanggannya terhadap jasa yang diberikan.

Dalam pelayanan kesehatan peningkatan mutu pelayanan diperlukan untuk memberikan kepuasan kepada pasien, petugas profesi kesehatan, manajer kesehatan maupun pemilik institusi kesehatan. Sedangkan mutu pelayanan kesehatan bagi seorang pasien tidak lepas dari rasa puas bagi seseorang pasien terhadap pelayanan yang diterima, dimana mutu yang baik dikaitkan dengan kesembuhan dari penyakit, peningkatan derajat kesehatan, kecepatan pelayanan, lingkungan perawatan yang menyenangkan, keramahan petugas, kemudahan prosedur, kelengkapan alat, obat-obatan dan biaya yang terjangkau (Wijono, 1999).

### 2.3.2 Penilaian Mutu Pelayanan Kesehatan

Menurut Jonas dan Rosenberg dalam buku *Health Care Delivery is The United States* dalam Aditama (2002) mengemukakan ada tiga aspek penting penilaian mutu pelayanan, yaitu aspek pendekatan, aspek teknik, dan aspek kriteria.:

- a. Aspek pendekatan

Berdasarkan aspek pendekatan, dapat dilakukan aspek pendekatan secara umum atau pendekatan secara khusus.

- 1) Pendekatan umum

Dilakukan dengan menilai kemampuan rumah sakit dan atau petugasnya, dan membandingkannya dengan standar yang ada. Para petugas dapat dinilai tingkat pendidikannya, pengalaman kerjanya, serta pengetahuan yang dimilikinya (biasanya dengan tes tertulis/lisan). Sementara itu, rumah sakitnya sendiri dinilai dalam segi bangunan fisiknya, administrasi organisasi



dan manajernya, kualifikasi sumber daya manusia yang tersedia, dan kemampuan memberi pelayanan sesuai standar yang berlaku saat itu.

2) Pendekatan khusus

Dalam hal ini, dinilai hubungan/interaksi antara pasien dengan pemberi pelayanan di rumah sakit.

b. Aspek teknik

Dapat dilakukan penilaian tiga komponen yaitu struktur, proses, hasil (*outcome*).

1) Aspek struktur

Struktur adalah semua masukan (*input*) untuk sistem pelayanan sebuah rumah sakit yang meliputi tenaga, peralatan, dana, dan sebagainya. Ada sebuah asumsi yang mengatakan bahwa jika struktur sistem rumah sakit tertata dengan baik, akan lebih menjamin mutu asuhannya. Baik tidaknya struktur rumah sakit diukur dari tingkat kewajaran, kuantitas, biaya (efisiensi), mutu dari masing-masing komponen struktur (Muninjaya, 2004).

2) Proses

Proses adalah semua kegiatan dokter dan tenaga profesi lainnya yang mengadakan interaksi secara profesional dengan pasiennya. Interaksi ini diukur antara lain dalam bentuk penilaian tentang penyakit pasien, penegakkan diagnosis, rencana tindakan pengobatan, indikasi tindakan, penanganan penyakit, dan prosedur pengobatan.

Dalam hal ini juga dianut asumsi bahwa semakin patuh tenaga profesi menjalankan “*standards of good practice*” (*standard of conduct*) yang telah diterima dan diakui oleh masing-masing ikatan profesi akan semakin tinggi pula mutu asuhan terhadap pasien. Baik tidaknya pelaksanaan proses pelayanan di rumah sakit dapat diukur dari tiga aspek yaitu relevan tidaknya proses itu bagi pasien, efektivitas prosesnya, dan kualitas interaksi asuhan terhadap pasien (Muninjaya, 2004).

3) *Outcome*

*Outcome* adalah hasil akhir kegiatan dokter dan tenaga profesi lainnya di rumah sakit terhadap pasien. Di sini diperlukan pedoman untuk mengukur mutu asuhan pelayanan kesehatan. Salah satu diantaranya adalah indikator mutu pelayanan untuk mengukur tingkat efisiensi rumah sakit, seperti : BOR, BTO, TOI, ALOS, dan sebagainya (Muninjaya, 2004).

c. Aspek kriteria

Dapat dibagi menjadi kriteria yang eksplisit dan kriteria yang implisit.

1) Kriteria eksplisit

Adalah kriteria yang nyata tertulis.

2) Kriteria implisit

Adalah kriteria yang tidak tertulis, yang ada di dalam benak anggota tim penilai.

Penilaian terhadap mutu pelayanan kesehatan menurut Robert & Provest seperti dikutip pada Azwar (1996) dapat juga dilihat dari sudut pandang berbagai pihak yang terlibat dalam pelayanan yaitu :

a. Penyelenggara pelayanan kesehatan ( *Health Provider* )

Pelayanan kesehatan lebih terkait dengan dimensi kesesuaian mutu pelayanan yang diselenggarakan dengan perkembangan ilmu dan teknologi mutakhir. Disamping juga memperhatikan otonomi profesi dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien;

b. Penyandang dana pelayanan kesehatan ( *Health Financing* )

Mutu pelayanan kesehatan lebih terkait dengan efisiensi pemakaian sumber dana, kewajaran pembiayaan kesehatan, dan atau kemampuan pelayanan kesehatan mengurangi kerugian penyandang dana pelayanan kesehatan;

c. Pemakai jasa pelayanan kesehatan ( *Health Consumer* )

Mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi ketanggapan petugas dalam memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi petugas pasien,

keramahtamahan petugas dalam pelayanan dan atau kesembuhan atas penyakit yang diderita pasien.

### 2.3.3 Dimensi Mutu Pelayanan

Menurut Lori Di Prete Brown, *et al*, dalam bukunya *Quality Assurance of Health Care in Developing Countries*, mutu merupakan fenomena yang *komprehensif* dan *multifacet*. Kegiatan menjaga mutu dapat menyangkut satu atau beberapa dimensi (Wijono, 1999), seperti berikut :

a. Kompetensi teknis

Kompetensi teknis terkait dengan keterampilan, kemampuan dan penampilan petugas, manajer dan staf pendukung. Kompetensi teknis berhubungan dengan bagaimana cara petugas mengikuti standar pelayanan yang telah ditetapkan dalam hal: dapat dipertanggungjawabkan atau diandalkan (*dependability*), ketepatan (*accuracy*), ketahanan uji (*reliability*) dan konsistensi (*consistency*). Dimensi ini relevan untuk pelayanan klinis maupun non-klinis. Kurangnya kompetensi teknis dapat bervariasi dari penyimpangan kecil dari prosedur standar sampai kesalahan yang besar yang menurunkan efektivitas dan membahayakan pasien.

b. Akses terhadap pelayanan

Akses berarti bahwa pelayanan kesehatan tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, budaya, organisasi atau hambatan bahasa. Akses geografis dapat diukur dengan jenis transportasi, jarak, waktu perjalanan dan hambatan fisik lain yang dapat menghalangi seseorang untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Akses ekonomi berkaitan dengan kemampuan memberikan pelayanan kesehatan yang pembiayaannya terjangkau pasien (*affordability*). Akses sosial atau budaya berkaitan dengan diterimanya pelayanan yang berkaitan dengan nilai budaya, kepercayaan dan perilaku. Akses organisasi berkaitan dengan sejauh mana pelayanan diatur untuk kenyamanan pasien, jam kerja klinik, waktu tunggu.

Akses bahasa berarti bahwa pelayanan diberikan dalam bahasa atau dialek setempat yang dipahami pasien.

c. Efektifitas

Kualitas pelayanan kesehatan tergantung dari efektivitas yang menyangkut norma pelayanan kesehatan dan petunjuk klinis sesuai standar yang ada.

d. Hubungan antar manusia

Dimensi hubungan antar manusia berkaitan dengan interaksi antara petugas kesehatan dengan pasien, manajer dengan petugas, dan antara tim kesehatan dengan masyarakat. Hubungan antar manusia yang baik menanamkan kepercayaan dan kredibilitas dengan cara: menghargai, menjaga rahasia, menghormati, *responsive*, dan memberikan perhatian. Mendengarkan keluhan dan berkomunikasi secara efektif juga penting. Hubungan antar manusia yang kurang baik akan mengurangi efektifitas dari kompetensi teknis pelayanan kesehatan. Pasien yang diperlakukan kurang baik cenderung untuk mengabaikan saran dan nasehat petugas kesehatan, atau tidak mau berobat ke tempat tersebut.

e. Efisiensi

Efisiensi pelayanan kesehatan merupakan dimensi yang penting dari mutu karena efisiensi akan mempengaruhi hasil pelayanan kesehatan, apalagi sumber daya pelayanan kesehatan pada umumnya terbatas. Pelayanan yang efisien akan memberikan perhatian yang optimal daripada memaksimalkan pelayanan kepada pasien dan masyarakat. Petugas akan memberikan pelayanan yang terbaik dengan sumber daya yang dimiliki. Pelayanan yang kurang baik karena norma yang tidak efektif atau pelayanan yang salah harus dikurangi atau dihilangkan. Dengan cara ini, kualitas dapat ditingkatkan sambil menekan biaya. Pelayanan yang kurang baik, disamping menyebabkan resiko yang tidak perlu terjadi dan kurang nyamannya pasien, seringkali mahal dan memakan waktu lama untuk memperbaiki. Peningkatan kualitas memerlukan tambahan sumberdaya. Tetapi

dengan menganalisis efisiensi, manajer program kesehatan dapat memilih intervensi yang paling *cost-effective*.

f. Kelangsungan pelayanan

Kelangsungan pelayanan berarti klien akan menerima pelayanan yang lengkap yang dibutuhkan tanpa interupsi, berhenti atau mengulangi prosedur diagnosa dan terapi yang tidak perlu. Klien harus mempunyai akses terhadap pelayanan rutin dan *preventif* yang diberikan oleh petugas kesehatan yang mengetahui riwayat penyakitnya. Klien juga harus mempunyai akses rujukan untuk pelayanan yang spesialisasi dan menyelesaikan pelayanan lanjutan yang diperlukan. Kelangsungan pelayanan kadang-kadang dapat diketahui dengan cara klien tersebut mengunjungi petugas yang sama, atau pada situasi lain dapat diketahui dari rekam medik yang lengkap dan akurat, sehingga petugas lain mengerti riwayat penyakit dan diagnosa serta pengobatan yang pernah diberikan sebelumnya. Tidak adanya kelangsungan pelayanan akan mengurangi efisiensi dan kualitas hubungan antar manusia.

g. Keamanan

Sabagai salah satu dimensi dari mutu, keamanan berarti mengurangi resiko cedera, infeksi, efek samping, atau bahaya lain yang berkaitan dengan pelayanan. Keamanan pelayanan melibatkan petugas dan pasien.

h. Kenyamanan, kenikmatan

Keramahan atau kenikmatan (*amenities*) berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang tidak berhubungan langsung dengan efektifitas klinis, tetapi dapat mempengaruhi kepuasan pasien dan bersedianya untuk kembali ke fasilitas kesehatan untuk memperoleh pelayanan berikutnya. *Amenities* juga penting karena dapat mempengaruhi kepercayaan pasien dalam pelayanan kesehatan. Bila biaya berobat menjadi pertimbangan, maka *amenities* akan mempengaruhi kemauan pasien untuk membayar pelayanan. *Amenities* juga berkaitan dengan penampilan fisik dari fasilitas kesehatan, personil, dan peralatan medis maupun

non medis. Kenyamanan, kebersihan dan *privacy* juga sangat berperan. Unsur amenities yang lain, misalnya hal-hal yang membuat waktu tunggu lebih menyenangkan seperti adanya musik, televisi, majalah dan lain-lain. Kebersihan, adanya kamar kecil, dan sekat atau gordyn di ruang pemeriksa juga merupakan faktor penting untuk menarik pasien yang dapat menjamin kelangsungan berobat dan meningkatkan cakupan.

Melalui serangkaian penelitian terhadap berbagai macam industri jasa, Parasuraman, Zeithaml, dan Berry (1985) berhasil mengidentifikasi sepuluh dimensi pokok kualitas jasa (Tjiptono dan Chandra, 2005):

- a. Reliabilitas, meliputi dua aspek utama, yaitu konsistensi kinerja (*performance*) dan sifat dapat dipercaya (*dependability*);
- b. Responsivitas atau daya tanggap, yaitu kesediaan dan kesiapan para karyawan untuk membantu para pelanggan dan menyampaikan jasa secara cepat;
- c. Kompetensi, yaitu penguasaan keterampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan agar dapat menyampaikan jasa sesuai dengan kebutuhan pelanggan;
- d. Akses meliputi kemudahan untuk dihubungi atau ditemui (*approachability*) dan kemudahan kontak.
- e. Kesopanan (*courtesy*), meliputi sikap santun, respek, atensi, dan keramahan para karyawan kontrak;
- f. Komunikasi, artinya menyampaikan informasi kepada para pelanggan dalam bahasa yang mudah mereka pahami serta selalu mendengarkan saran dan keluhan pelanggan;
- g. Kredibilitas, yaitu sifat jujur dan dapat dipercaya;
- h. Keamanan (*security*), yaitu bebas dari bahaya, risiko atau keragu-raguan;
- i. Kemampuan memahami pelanggan, yaitu berupaya memahami pelanggan dan kebutuhan spesifik mereka, memberikan perhatian individual, dan mengenal pelanggan reguler;

- j. Bukti fisik (*tangibles*), meliputi penampilan fisik, peralatan, personil, dan bahan-bahan komunikasi perusahaan.

Dalam riset selanjutnya, Parasuraman, Zeithaml, dan Berry (1988) menemukan adanya *overlapping* di antara beberapa dimensi di atas. Oleh sebab itu, mereka menyederhanakan sepuluh dimensi tersebut menjadi lima dimensi pokok. Kompetensi, kesopanan, kredibilitas, dan keamanan disatukan menjadi jaminan (*assurance*), sedangkan akses, komunikasi, dan kemampuan memahami pelanggan diintegrasikan menjadi empati (*empathy*). Dengan demikian, terdapat lima dimensi utama yang disusun sesuai urutan tingkat kepentingan relatifnya sebagai berikut (Tjiptono dan Chandra, 2005):

- a. Reliabilitas (*reliability*), berkaitan dengan kemampuan perusahaan untuk memberikan layanan yang akurat sejak pertama kali tanpa membuat kesalahan apapun dan menyampaikan jasanya sesuai dengan waktu yang disepakati;
- b. Daya Tanggap (*responsiveness*), berkenaan dengan kesediaan dan kemampuan para karyawan untuk membantu para pelanggan dan merespon permintaan mereka, serta menginformasikan kapan saja akan diberikan dan kemudian memberikan jasa secara cepat;
- c. Jaminan (*assurance*), yakni perilaku para karyawan mampu menumbuhkan kepercayaan pelanggan terhadap perusahaan dan perusahaan bisa menciptakan rasa aman bagi para pelanggannya. Jaminan juga berarti bahwa para karyawan selalu bersikap sopan dan menguasai pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk menangani setiap pertanyaan atau masalah pelanggan;
- d. Empati (*empathy*), berarti perusahaan memahami masalah para pelanggannya dan bertindak demi kepentingan pelanggan, serta memberikan perhatian personal kepada para pelanggan dan memiliki jam operasi yang nyaman;
- e. Bukti Fisik (*tangibles*), berkenaan dengan daya tarik fasilitas fisik, perlengkapan, dan material yang digunakan perusahaan, serta penampilan karyawan.

## 2.4 Persepsi

### 2.4.1 Definisi Persepsi

Menurut Setiadi dalam Asmita (2008), salah satu faktor psikologis yang mempengaruhi pembeli adalah persepsi. Persepsi merupakan suatu proses yang timbul akibat adanya stimulus (rangsangan) yang diterima melalui lima indera sehingga seseorang dapat menyimpulkan informasi dan menafsirkan pesan dan hal ini dipengaruhi pula oleh pengalaman-pengalaman yang ada pada diri yang bersangkutan. Persepsi dapat dinyatakan pula sebagai proses dimana seseorang menyeleksi, mengorganisasikan, dan menginterpretasi stimuli yang diterima pancaindera, ke dalam suatu gambaran dunia yang berarti dan menyeluruh.

Persepsi adalah suatu proses yang mana seseorang memilih, mengorganisir, dan mengintegrasikan suatu stimulus (rangsangan) menjadi suatu gambaran yang berarti dan konsisten dengan apa yang telah menjadi cara berpikirnya (*Perception is a Process by which people select, organize, and interpret stimuli into a meaningful and coherent picture*) (Supriyanto, 2003).

Arti Persepsi menurut kamus besar Bahasa Indonesia (2005), adalah tanggapan (penerimaan) langsung dari suatu serapan atau proses seseorang mengetahui beberapa hal melalui panca inderanya.

Persepsi pada hakikatnya adalah proses kognitif yang dialami oleh setiap orang di dalam memahami informasi tentang lingkungannya, baik lewat penglihatan, pendengaran, penghayatan, perasaan dan penciuman. Kunci untuk memahami persepsi adalah pengenalan bahwa persepsi merupakan penafsiran yang unik terhadap situasi dan bukannya suatu pencatatan yang benar terhadap situasi (Tjiptono, 1996).

### 2.4.2 Proses Pembentukan Persepsi

Menurut Setiadi dalam Asmita (2008), sesungguhnya persepsi dibentuk oleh tiga pengaruh yakni :



- a. Karakteristik dari stimuli (rangsangan) dimana stimulus merupakan hal diluar individu yang dapat berbentuk fisik, visual atau komunikasi verbal yang dapat mempengaruhi tanggapan individu.
- b. Hubungan stimuli dengan sekelilingnya. Persepsi yang dibentuk oleh seseorang dipengaruhi oleh pikiran dan lingkungan sekitarnya, oleh karena itu persepsi memiliki sifat subjektif. Hal tersebut berarti bahwa setiap orang dapat memiliki persepsi yang berbeda terhadap satu objek yang sama.
- c. Kondisi yang ada dalam diri individu yang bersangkutan. Satu hal yang perlu diperhatikan dari persepsi adalah bahwa persepsi dapat sangat berbeda dengan kenyataan yang ada.

#### 2.4.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi

Menurut Robbins dalam Asmita (2008), dengan melihat satu objek yang sama, orang dapat mempunyai persepsi yang berbeda, karena persepsi dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti berikut :

- a. Faktor Pelaku Persepsi

Bila seseorang memandang suatu objek dan mencoba, maka penafsiran itu sangat dipengaruhi oleh karakteristik pribadi dari orang yang berpersepsi yang mencakup sikap, motif, kepentingan, pengalaman dan pengharapan.

- b. Faktor Objek

Karakteristik-karakteristik dari target yang diamati dapat mempengaruhi apa yang dipersepsikan karena target tidak dipandang dalam keadaan terisolasi, namun objek yang berdekatan akan cenderung dipersepsikan bersama-sama. Faktor target mencakup hal-hal baru yakni gerakan, bunyi, ukuran, latar belakang, dan kedekatan.

- c. Faktor Situasi

Faktor situasi ini mencakup waktu, keadaan / tempat kerja , dan keadaan sosial.

Pengetahuan persepsi pasien dan faktor-faktor yang mempengaruhinya sangat berguna untuk penyedia pelayanan jasa kesehatan karena akan meningkatkan peluang di dalam membuat keputusan peningkatan mutu menjadi lebih baik. Apabila telah diketahui faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi mutu dari pasien, maka kebutuhan dan harapan pasien bisa ditentukan dan dipenuhi, yang pada akhirnya dapat meningkatkan kepuasan dan dapat membentuk loyalitas pasien (Asmita, 2008).

## **2.5 Persepsi Mutu Pelayanan**

Mutu harus dimulai dari kebutuhan pelanggan dan berakhir pada persepsi pelanggan. Hal ini berarti bahwa citra mutu yang baik bukan berdasarkan sudut pandang atau persepsi dari pihak penyedia jasa pelayanan, tetapi berdasarkan sudut pandang atau persepsi pelanggan. Persepsi konsumen terhadap mutu pelayanan jasa merupakan penilaian menyeluruh atas keunggulan jasa, karena konsumenlah yang menikmati jasa perusahaan dan menentukan mutunya (Tjiptono, 1996).

Persepsi setiap pelanggan sangat bervariasi dan berbeda-beda. Hal ini sangat ditentukan oleh faktor internal dan faktor eksternal yang sangat dinamis. Persepsi setiap orang secara subyektif terhadap barang atau jasa pelayanan sangat menentukan penilaian terhadap hal tersebut. Hal ini sangat dipengaruhi oleh faktor pengalaman atas barang atau jasa pelayanan dan faktor harapan atas hal tersebut (Munaryo, 2008).

Menurut Jacobalis dalam Asmita (2008), persepsi konsumen terhadap mutu pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor yang merupakan karakteristik dari pelaku persepsi (pelanggan), yaitu antara lain : umur, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan, sosial ekonomi, budaya, lingkungan fisik, serta kepribadian dan pengalaman pasien.

Karakteristik pasien dapat digunakan sebagai sumber informasi tentang penilaian sebuah kualitas pelayanan. Dalam hal ini karakteristik pasien tersebut, (Munaryo, 2008) adalah :

a. Umur

Masyarakat yang berobat ke pelayanan kesehatan sebagian besar termasuk kelompok masyarakat yang rentan yaitu balita, ibu hamil, usila. Sedang kelompok umur produktif relatif jarang.

b. Jenis Kelamin

Pria cenderung sebagai pelindung dan pemberi rasa aman.

c. Pendidikan

Pendidikan yang semakin tinggi akan meningkatkan permintaan terhadap pelayanan kesehatan yang lebih dan ada kecenderungan untuk lebih menuntut atau mengkritik jika merasa kurang puas.

d. Pekerjaan

Kelompok masyarakat yang bekerja cenderung lebih banyak menuntut atau mengkritik terhadap pelayanan yang diterima.

e. Pendapatan

Seseorang yang mampu membayar lebih terhadap suatu produk cenderung lebih banyak menuntut atau berharap lebih.

## 2.6 Konsep Harapan

### 2.6.1 Definisi Harapan

Menurut Oslon dan Dover, harapan pelanggan merupakan keyakinan pelanggan sebelum mencoba atau membeli suatu produk dan jasa, yang dijadikan standar atau acuan dalam menilai kinerja produk atau jasa tersebut. Harapan pelanggan (*expected service*) didefinisikan sebagai keinginan pelanggan (Tjiptono dan Chandra, 2005).

Menurut Tjiptono (2005), harapan dapat didefinisikan sebagai perkiraan atau keyakinan konsumen tentang apa yang akan diterimanya bila ia membeli atau mengkonsumsi suatu produk atau jasa. Harapan pelanggan diyakini mempunyai peranan yang besar dalam menentukan mutu produk (barang dan jasa) dan kepuasan pelanggan. Pada dasarnya ada hubungan yang erat antara penentuan mutu dan

kepuasan pelanggan. Dalam mengevaluasinya, pelanggan akan menggunakan harapannya sebagai standar atau acuan. Jadi, harapan pelanggan yang melatarbelakangi mengapa dua organisasi bisnis yang sama dapat dinilai berbeda oleh pelanggannya (Tjiptono, 1997).

### 2.6.2 Tingkat Harapan

Pemahaman akan harapan adalah prasyarat untuk peningkatan kualitas dan mencapai kepuasan pelanggan. Menurut Gaspersz dalam Supriyanto (2003), ada 3 (tiga) tingkatan harapan yaitu harapan implisit (harapan dasar); harapan eksplisit dan harapan tersembunyi (*latent*).

a. Harapan level 1, harapan implisit atau harapan dasar dari pelanggan, merupakan tingkat terendah dalam model hirarki harapan. Harapan level 1 ini menyangkut tingkat performansi minimum yang selalu diasumsikan ada, sehingga apabila karakteristik produk atau jasa ini hilang, pasien tidak puas. Pada level ini provider umumnya bersifat reaktif dan kurang berfokus pada upaya pemenuhan kebutuhan dan harapan pasien.

Provider pasif, menunggu dan hanya menampung keluhan yang ada. Level 1 adalah pelayanan yang berorientasi publik.

b. Harapan level 2, mencakup spesifikasi dan kebutuhan yang dapat dipilih. Provider mulai berfokus pelanggan dengan mencoba memenuhi harapan pasien, yang bersifat individual.

c. Harapan level 3 atau harapan tersembunyi atau *latent (augmented produk)*, merupakan nilai tambah dari karakteristik jasa yang tidak diketahui sebelumnya oleh pelanggan (tersembunyi), sehingga apabila karakteristik ini ada pada produk/jasa itu maka pelanggan akan sangat senang dan gembira. Pada level ini terjadi komunikasi terapeutik dalam upaya penyelesaian masalah pasien. Level ini adalah pelayanan yang berorientasi pada kelangsungan hubungan pelanggan.

### 2.6.3 Faktor-faktor yang Menentukan Harapan

Umumnya faktor-faktor yang menentukan harapan pelanggan meliputi kebutuhan pribadi, pengalaman masa lampau, rekomendasi dari mulut ke mulut, dan iklan. Zeithalm, *et al.*, melakukan penelitian terhadap mutu jasa terbentuk oleh beberapa faktor berikut (Tjiptono, 1997):

a. *Enduring Service Intensifier*

Faktor ini meliputi harapan yang disebabkan oleh orang lain dan filosofi pribadi seseorang tentang jasa. Seorang pelanggan akan berharap ia patut dilayani dengan baik pula apabila pelanggan yang lainnya dilayani dengan baik oleh pemberi pelayanan jasa.

b. *Personal Need*

Kebutuhan yang dirasakan seseorang mendasar bagi kesejahteraan akan sangat menentukan harapannya. Kebutuhan tersebut meliputi kebutuhan fisik, sosial, dan psikologis.

c. *Transitory Service Intensifier*

Faktor ini meliputi situasi darurat pada saat pelanggan membutuhkan jasa dan ingin perusahaan dapat membantunya dan jasa terakhir yang dikonsumsi pelanggan dapat pula menjadi acuannya untuk menentukan baik buruknya jasa berikutnya.

d. *Perceived Service Alternatives*

Merupakan persepsi pelanggan terhadap tingkat atau derajat pelayanan perusahaan lain yang sejenis. Jika konsumen memiliki beberapa alternatif, maka harapan terhadap suatu jasa cenderung membesar.

e. *Self-Perceived Service Roles*

Faktor ini adalah persepsi pelanggan tentang tingkat atau derajat keterlibatannya dalam mempengaruhi jasa yang diterimanya.

f. *Situational Factors*

Faktor situasional terdiri atas segala kemungkinan yang bisa mempengaruhi kinerja jasa, yang berada di luar kendali penyedia jasa.

g. *Explicit Service Promise*

Faktor ini merupakan pernyataan (secara personal atau non personal) oleh organisasi jasa kepada pelanggan. Janji ini bisa berupa iklan, *personal selling*, perjanjian atau komunikasi dengan karyawan organisasi penyedia jasa.

h. *Implicit Service*

Faktor ini menyangkut petunjuk yang berkaitan dengan jasa, memberikan kesimpulan bagi pelanggan jasa yang bagaimana seharusnya dan jasa bagaimana yang diberikan. Pelanggan biasanya menghubungkan dengan harga dan peralatan (*tangibles assets*) pendukung jasa dengan kualitas jasa. Harga yang mahal dihubungkan secara positif dengan kualitas yang tinggi.

i. *Word of Mouth* (rekomendasi atau saran dari orang lain)

Merupakan pernyataan (secara personal atau non personal) yang disampaikan oleh orang lain selain organisasi (*service provider*) kepada pelanggan. *Word of mouth* ini biasanya cepat diterima oleh pelanggan karena yang menyampaikan adalah mereka yang dapat dipercaya, seperti para ahli, teman, keluarga, dan publikasi media massa.

j. *Past experience*

Pengalaman masa lampau meliputi hal-hal yang telah dipelajari atau diketahui pelanggan dari yang pernah diterimanya di masa lalu.

## 2.7 Metode *Servqual* (*Service Quality*)

### 2.7.1 Konsep *Servqual*

Model kualitas jasa yang paling populer dan hingga kini banyak dijadikan acuan dalam riset manajemen dan pemasaran jasa adalah model *servqual* (*service quality*) yang dikembangkan oleh Parasuraman, Zeithaml, dan Berry (1985, 1988,

1990, 1991, 1993, 1994) dalam serangkaian penelitian mereka terhadap enam sektor jasa: reparasi peralatan rumah tangga, kartu kredit, asuransi, sambungan telepon interlokal, perbankan ritel, dan pialang sekuritas. Model yang dikenal pula dengan istilah *Gap Analysis Model* ini berkaitan erat dengan model kepuasan pelanggan yang didasarkan pada ancangan diskonfirmasi. Ancangan ini menegaskan bahwa bila kinerja pada suatu atribut (*attribute performance*) meningkat lebih besar daripada harapan (*expectations*) atas atribut bersangkutan, maka persepsi terhadap kualitas jasa akan positif dan sebaliknya (Tjiptono dan Chandra, 2005).

Model *servqual* didasarkan pada asumsi bahwa konsumen membandingkan kinerja jasa pada atribut-atribut relevan dengan standar ideal atau sempurna untuk masing-masing atribut jasa. Bila kinerja sesuai dengan atau melebihi standar, maka persepsi atau kualitas jasa secara keseluruhan akan positif dan sebaliknya. Dengan kata lain, model ini menganalisis *gap* antara dua variabel pokok, yakni jasa yang diharapkan (*expected service*) dan jasa yang dipersepsikan (*perceived service*) (Tjiptono dan Chandra, 2005).

Pengukuran kualitas jasa dalam model *servqual* didasarkan pada skala multi item yang dirancang untuk mengukur harapan dan persepsi pelanggan, serta *gap* di antara keduanya pada lima dimensi kualitas jasa (reliabilitas, daya tanggap, jaminan, empati, dan bukti fisik). Evaluasi kualitas jasa menggunakan model *servqual* mencakup perhitungan perbedaan di antara nilai yang diberikan para pelanggan untuk setiap pasang pernyataan berkaitan dengan harapan dan persepsi. Melalui analisis terhadap berbagai skor *gap* ini, perusahaan jasa tidak hanya bisa menilai kualitas keseluruhan jasanya sebagaimana dipersepsikan pelanggan, namun juga bisa mengidentifikasi dimensi-dimensi kunci dan aspek-aspek dalam setiap dimensi tersebut yang membutuhkan penyempurnaan kualitas. Instrumen *servqual* dan data yang dihasilkannya juga dapat dipergunakan untuk beberapa keperluan lain: membandingkan harapan dan persepsi pelanggan setiap waktu; membandingkan skor *servqual* suatu perusahaan dengan skor para pesaingnya; mengidentifikasi dan

menganalisis segmen-segmen pelanggan dengan persepsi kualitas yang berbeda; dan untuk menilai persepsi kualitas para pelanggan internal (dengan sedikit modifikasi, dimana kualitas layanan sebuah departemen atau divisi dinilai oleh karyawan lain dalam departemen atau divisi berbeda pada perusahaan sama) (Tjiptono dan Chandra, 2005).

Penelitian terkait kualitas jasa dengan acuan model *servqual* ini juga telah banyak dilakukan pada industri jasa pelayanan kesehatan seperti rumah sakit di Indonesia, antara lain: Rumah Sakit Surya Husada, Rumah Sakit Kasih Ibu, RSUP Sanglah, dan BRSU Tabanan. Penelitian-penelitian tersebut bertujuan untuk menganalisis kualitas pelayanan pada keempat rumah sakit dengan menggunakan model *servqual*, yaitu dengan membandingkan antara kualitas pelayanan yang dipersepsikan dengan kualitas pelayanan yang diharapkan pasien rumah sakit terhadap lima dimensi mutu pelayanan kesehatan (*tangible*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, dan *empathy*). Dari hasil penelitian tersebut dapat diketahui adanya kesenjangan atau *gap* antara kualitas pelayanan yang diberikan dengan yang diharapkan pasien pada keempat rumah sakit untuk kelima dimensi kualitas pelayanan. Selain itu dapat diketahui atribut-atribut yang menjadi prioritas utama pada masing-masing rumah sakit (Nurcaya, 2008).

Adapun tahap-tahap dalam melakukan metode *service quality* sebuah organisasi atau rumah sakit, antara lain:

a. Tahap pengumpulan data

Yaitu melakukan identifikasi terhadap 5 dimensi mutu pelayanan yang dijabarkan (*break down*) menjadi atribut-atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan (hal-hal yang berpengaruh terhadap dimensi mutu pelayanan kesehatan).

b. Tahap analisis melalui IP Matrik (matrik harapan-penilaian).

Setelah menentukan atribut-atribut dimensi mutu yang akan diidentifikasi, selanjutnya dilakukan analisis melalui harapan dan penilaian responden.



1) Harapan responden

Sistematika dalam menilai tingkat harapan, yaitu:

**Langkah 1.**

Menyusun daftar pernyataan tentang dimensi mutu pelayanan kesehatan, dapat berupa tabel ataupun pernyataan berupa pilihan.

**Langkah 2.**

Memberikan bobot/nilai pada masing-masing pernyataan tersebut, dengan menggunakan skala Likert (skala ordinal). Adapun nilai pengukuran tersebut adalah:

Untuk pernyataan *fevorabel* (positif) :

- a) Sangat setuju                      diberi nilai 4
- b) Setuju                                diberi nilai 3
- c) Tidak setuju                        diberi nilai 2
- d) Sangat tidak setuju                diberi nilai 1

Untuk pernyataan *unfavorable* (negatif) :

- a) Sangat setuju                      diberi nilai 1
- b) Setuju                                diberi nilai 2
- c) Tidak setuju                        diberi nilai 3
- d) Sangat tidak setuju                diberi nilai 4

2) Penilaian responden

Sistematika dalam menilai tingkat penilaian, yaitu:

**Langkah 1.**

Menyusun daftar pernyataan tentang dimensi mutu pelayanan kesehatan, dapat berupa tabel ataupun pernyataan berupa pilihan.

## Langkah 2.

Memberikan bobot pada masing-masing pernyataan tersebut, dengan menggunakan skala *Likert* (skala ordinal). Adapun nilai pengukuran tersebut adalah:

Untuk pernyataan *fevorabel* (positif) :

- a) Sangat setuju                      diberi nilai 4
- b) Setuju                                diberi nilai 3
- c) Tidak setuju                        diberi nilai 2
- d) Sangat tidak setuju                diberi nilai 1

Untuk pernyataan *unfavorable* (negatif) :

- a) Sangat setuju                      diberi nilai 1
- b) Setuju                                diberi nilai 2
- c) Tidak setuju                        diberi nilai 3
- d) Sangat tidak setuju                diberi nilai 4

Selanjutnya, sumbu mendatar (X) akan diisi oleh skor tingkat penilaian sedangkan sumbu tegak (Y) akan diisi oleh skor tingkat harapan. Dalam menyederhanakan rumus, maka untuk setiap faktor yang mempengaruhi dirumuskan dengan (Supranto, 2007):

$$\bar{X}_i = \frac{\sum x_i}{n} \quad \text{dan} \quad \bar{Y}_i = \frac{\sum y_i}{n}$$

dimana:

$\bar{X}_i$  = Skor rata-rata tingkat penilaian tiap atribut pernyataan

$\bar{Y}_i$  = Skor rata-rata tingkat harapan tiap atribut pernyataan

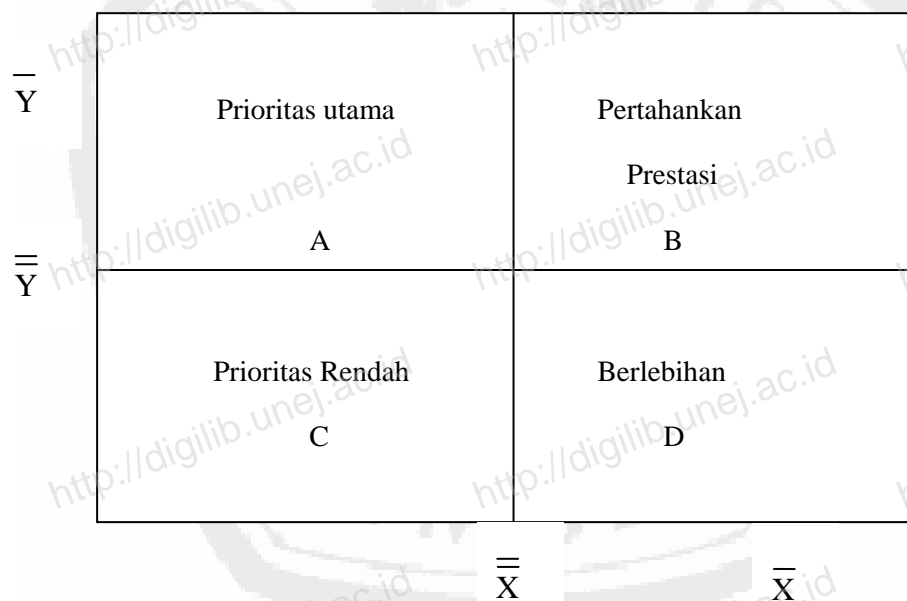
n = Jumlah responden

Matrik atau diagram kartesius merupakan suatu bangun yang dibagi atas empat bagian yang dibatasi oleh dua garis berpotongan tegak lurus pada titik-titik  $(\bar{X}, \bar{Y})$

dimana  $\bar{X}$  merupakan rata-rata dari rata-rata skor tingkat persepsi atau penilaian seluruh faktor atau atribut dan  $\bar{Y}$  adalah rata-rata dari rata-rata skor tingkat harapan seluruh faktor atau atribut. Seluruhnya ada K faktor dimana K adalah banyaknya atribut dimensi mutu pelayanan yang dapat mempengaruhi penilaian mutu pelayanan kesehatan (Supranto, 2007).

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^K \bar{X}_i}{K} \quad \text{dan} \quad \bar{Y} = \frac{\sum_{i=1}^K \bar{Y}_i}{K}$$

Selanjutnya tingkat unsur-unsur tersebut akan dijabarkan dan dibagi menjadi empat bagian ke dalam diagram kartesius seperti pada gambar 2.1 berikut:



Gambar 2.1 Matrik Harapan-Pernilaian

Sumber : Supranto (2007), Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan

### 2.7.2 Penentuan Posisi Rumah Sakit

Berdasarkan pendekatan *servqual* terhadap 5 dimensi mutu pelayanan rawat inap di rumah sakit, maka dapat digunakan sebagai acuan dalam menentukan posisi

dan strategi peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit. Bila rumah sakit telah mengetahui posisi setiap atribut mutu pelayanan berada di kuadran yang mana, maka ada beberapa pilihan strategi yang dilakukan :

a. Kuadran A (*high priority*)

Apabila posisi berada dalam kuadran A (*high priority*), menunjukkan faktor yang dianggap mempengaruhi kepuasan pelanggan, termasuk unsur-unsur jasa yang dianggap sangat penting, namun manajemen belum melaksanakannya sesuai keinginan atau harapan pelanggan, sehingga menimbulkan kekecewaan rasa tidak puas (Supranto, 2007). Pada area ini, kinerja pelayanan rumah sakit diinginkan oleh pasien tetapi pasien tidak memperolehnya (Supriyanto, 2003). Oleh karena itu, faktor-faktor yang berada dalam kuadran ini penanganannya perlu diprioritaskan oleh perusahaan dan strategi perbaikan mutu aspek pelayanan pada kuadran ini yaitu dengan meningkatkan kinerja pelayanan untuk memenuhi harapan pasien (Supriyanto, 2003).

b. Kuadran B (*maintained achievement*)

Apabila posisi berada dalam Kuadran B (*maintained achievement*) merupakan posisi terbaik, menunjukkan bahwa unsur-unsur jasa pokok yang dianggap penting oleh pelanggan telah berhasil dilaksanakan (Supranto, 2007). Kinerja pelayanan rumah sakit diinginkan oleh pasien dan pasien memperolehnya. Strategi perbaikan mutu pelayanan pada kuadran ini ialah dengan mempertahankan kinerja pelayanan tersebut (Supriyanto, 2003). Karena pada umumnya tingkat pelaksanaannya telah sesuai dengan harapan pelanggan. Selain itu, aspek layanan kesehatan pada kuadran ini perlu secara perlahan-lahan ditingkatkan agar penilaian kinerja sama atau lebih tinggi dari penilaian kepentingan pasien (Pohan, 2004).

c. Kuadran C (*low priority*)

Apabila posisi berada dalam dalam kuadran C (*low priority*), menunjukkan beberapa faktor yang kurang penting pengaruhnya bagi pelanggan, pelaksanaannya oleh perusahaan biasa-biasa saja. Dianggap kurang penting dan kurang memuaskan

(Supranto, 2007). Kinerja pelayanan rumah sakit tidak diinginkan pasien, tetapi pasien memperolehnya. Rumah sakit harus mengetahui mengapa pasien tidak mengharapkan (Supriyanto, 2003). Strategi perbaikan mutu pelayanan pada kuadran ini ialah dengan memberikan prioritas rendah pada pelayanan tersebut atau mempromosikan betapa pentingnya pelayanan tersebut bagi pasien (Supriyanto, 2003).

d. Kuadran D (*abundant*)

Apabila posisi berada dalam kuadran D (*abundant*), menunjukkan faktor yang mempengaruhi pelanggan kurang penting, akan tetapi pelaksanaannya berlebihan. Dianggap kurang penting tetapi sangat memuaskan (Supranto, 2007). Kinerja pelayanan rumah sakit tidak diinginkan pasien dan rumah sakit tidak perlu menyediakan. Strategi perbaikan mutu aspek layanan kesehatan pada kuadran ini ialah pelayanan tersebut dipikirkan untuk ditiadakan atau mempromosikan betapa pentingnya pelayanan tersebut pada pasien (Supriyanto, 2003).

### 2.7.3 Penyusunan Strategi

Menurut Afif dalam Supriyanto (2003), menyatakan bahwa strategi adalah suatu tindakan penyesuaian atau rencana untuk mengadakan reaksi terhadap situasi lingkungan tertentu (baru dan khas) yang dapat dianggap penting dimana tindakan penyesuaian tersebut dilakukan secara sadar berdasarkan pertimbangan yang wajar.

Langkah-langkah peningkatan mutu pelayanan berdasarkan posisi rumah sakit (Bayu, 2010), yaitu :

a. Strategi pada kuadran A (*high priority*)

Strategi peningkatan mutu yang dapat dilakukan jika posisi rumah sakit terletak di kuadran ini yaitu dengan cara meningkatkan kinerja pelayanan dan memenuhi harapan pasien. Cara yang dapat dilakukan antara lain:

- 1) Pengembangan produk jasa layanan
- 2) Adanya spesifikasi pelayanan jasa.
- 3) Kelonggaran, cara pembayaran, potongan dan keringanan biaya perawatan.

- 4) Harga kelas perawatan, tindakan operasi dan obat yang wajar dan terjangkau.
- 5) Adanya sistem informasi yang jelas bagi pasien, misalnya rambu petunjuk jalan, iklan-iklan kesehatan dan lainnya.
- 6) Aksesibilitas dan kemudahan mendapatkan pelayanan (keterjangkauan lokasi, sarana angkutan).
- 7) Kenyamanan ruang perawatan dan tempat parkir.
- 8) Ketepatan waktu pelayanan (waktu tunggu, dan waktu proses).
- 9) Akurasi pelayanan (keterampilan dan keahlian dokter).
- 10) Kesopanan dan keramahan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- 11) Hubungan interaksi yang baik antara petugas dan pasien dan lainnya.

Faktor-faktor yang berhubungan (atribut) dimensi mutu pelayanan yang terkait dengan *reliability*, *assurance*, *tangibles*, *empathy*, dan *responsiveness* perlu ditingkatkan lagi sehingga diharapkan dapat memenuhi keinginan pasien dan disesuaikan juga dengan kemampuan dari rumah sakit tersebut.

b. Strategi pada kuadran B (*maintained achievement*).

Jika posisi rumah sakit terletak pada kuadran ini, maka strategi utama yang dapat dilakukan adalah dengan cara mempertahankan *performance* (kinerja) layanan kesehatan. Karena posisi pada kuadran ini merupakan posisi dimana harapan pasien sesuai dengan kenyataan (penilaian) mereka terhadap layanan kesehatan yang mereka terima. Akan tetapi, rumah sakit juga dapat lebih meningkatkan aspek-aspek yang terdapat pada kuadran ini sehingga pelayanan kesehatan dapat semakin menjadi lebih baik.

c. Strategi pada kuadran C (*low priority*)

Jika posisi rumah sakit berada pada kuadran ini, maka strategi peningkatan mutu yang dapat dilakukan yaitu dengan memberikan prioritas rendah pada atribut-atribut dimensi mutu pelayanan yang terletak pada kuadran ini. Akan tetapi, rumah sakit

perlu juga melakukan peningkatan mutu layanan kesehatan dengan cara mendidik pasien dengan cara, yaitu:

- 1) Mendidik pasien untuk melakukan sendiri jasa atau pelayanan tertentu.
  - 2) Membantu pasien mengetahui kapan menggunakan suatu jasa, yaitu sebisa mungkin menghindari periode sibuk dan memanfaatkan pada periode sepi.
  - 3) Mendidik pasien cara menggunakan jasa.
  - 4) Meningkatkan persepsi mutu jasa dengan menjelaskan kepada pelanggan alasan-alasan yang mendasari suatu kebijaksanaan yang biasa mengecewakan mereka.
  - 5) Mengembangkan budaya mutu.
- d. Strategi pada kuadran D (*abundant*)

Jika posisi rumah sakit terletak pada kuadran ini, maka strategi peningkatan mutu yang dapat dilakukan adalah dengan cara mengurangi pelayanan yang terletak pada kuadran ini. Pihak rumah sakit juga dapat meniadakan pelayanan tersebut, karena atribut-atribut dimensi mutu pelayanan yang terletak pada kuadran ini dirasakan tidak perlu oleh pasien sehingga dapat ditiadakan atau diganti dengan layanan jasa yang lain.

## **2.8 Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan**

### **2.8.1 Dasar Peningkatan Mutu Pelayanan**

Wijono dalam bukunya “Manajemen Mutu Rumah Sakit dan Kepuasan Pelanggan” (2008) menyatakan bahwa organisasi atau industri kesehatan mempunyai rasa tanggung jawab yang besar sehingga pelayanan jasa haruslah bertujuan:

- a. Efektif;
- b. Aman;
- c. Efisien;
- d. Responsif terhadap kebutuhan konsumen (pasien).

Pada umumnya hal tersebut hanya didapat melalui kegiatan peningkatan mutu pelayanan secara formal. Dalam bidang pelayanan kesehatan, upaya peningkatan mutu menjadi penting karena:

- a. UU Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan menyatakan bahwa pelayanan kesehatan harus dilaksanakan sesuai dengan standar profesi;
- b. Pelayanan kesehatan yang memenuhi standar mutu akan memberikan dampak nyata terhadap peningkatan derajat kesehatan;
- c. Masyarakat semakin sadar perlunya pelayanan kesehatan yang bermutu;
- d. Semakin disadari bahwa pelayanan kesehatan yang bermutu justru lebih murah dibandingkan dengan pelayanan yang tak bermutu karena dapat dicegah pemborosan yang tak perlu;
- e. Pelayanan yang memperhatikan mutu akan memberikan kepuasan baik pada pemberi pelayanan maupun penerima pelayanan.

#### 2.8.2 Maksud Program Peningkatan Mutu Pelayanan

Adapun maksud dari program peningkatan mutu pelayanan (Wijono, 2008), antara lain sebagai berikut :

- a. Mengubah budaya kerja seseorang, agar berorientasi pada mutu pelayanan dan kepuasan pelanggan. Agar mengetahui metode ilmiah dalam memecahkan masalah atau perbaikan mutu dengan alat statistik;
- b. Mengubah proses pelayanan, agar proses pekerjaan pelayanan memperhatikan *Standard Operating Procedure (SOP)*;
- c. Meningkatkan *outcome* pelayanan, dengan sasaran:
  - 1) *Outcome* mutu pasien
    - a) Mengurangi keluhan pasien
    - b) Meningkatkan kepuasan pelanggan atau pasien
  - 2) *Outcome* profesional
    - a) Tenaga kesehatan bekerja sesuai standar profesi



- b) Mengurangi komplikasi
  - c) Memenuhi standar *outcome* pelayanan medis atau keperawatan
  - d) Meningkatkan kualitas sumber daya termasuk SDM yang diperlukan dalam pekerjaan pelayanan profesional
- 3) *Outcome* secara ekonomi
- a) Efektivitas dan efisiensi biaya operasional atau pengobatan atau perawatan pasien
  - b) Mengurangi besarnya *unit cost*.

### 2.8.3 Prinsip Peningkatan Mutu Pelayanan

Menurut Wijono (2008), prinsip-prinsip peningkatan mutu pelayanan adalah sebagai berikut:

- a. Memenuhi kebutuhan pasien
  - 1) Memenuhi pelayanan seperti yang diinginkan pasien
  - 2) Memenuhi apa yang dipikirkan pasien tentang pelayanan yang diberikan
  - 3) Membangun kebersamaan antara pasien dan petugas terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan
- b. Mengukur dan menilai pelayanan yang diberikan
  - 1) Mengukur dan menilai apa yang dilakukan
  - 2) Mengukur pengaruh pelayanan yang diberikan terhadap kepuasan pasien
  - 3) Mengukur dan menilai variabel yang penting guna perbaikan
- c. Memperbaiki proses pelayanan
  - 1) Menyederhanakan dan memperbaiki proses terus menerus, tidak bertele-tele, sesuai standar pelayanan
  - 2) Mengurangi kesalahan dan hasil yang buruk atau tidak bisa dipakai
- d. Meningkatkan mutu pemberi pelayanan
  - 1) Integrasi tim untuk mengurangi duplikasi hasil pekerjaan, dan pemborosan sumber daya

- 2) Memberikan penghargaan, meningkatkan tanggung jawab dan kerjasama dalam pelayanan kesehatan
  - 3) Pendidikan dan pelatihan SDM menurut kompetensi, profesionalismenya, dan memberikan pembekalan metode penyelesaian masalah dan alat statistik mutu
  - 4) Membentuk dan memberdayakan GKM dan atau Kelompok Budaya Kerja
- e. Memenuhi (kuantitas) dan kualitas sarana dan prasarana yang digunakan untuk melakukan pelayanan kesehatan.

## **2.9 Perbaikan Mutu Pelayanan**

Menurut Berwick dalam Koentjoro (2007), untuk melakukan perbaikan mutu pelayanan kesehatan perlu diperhatikan empat tingkat perubahan, yaitu :

- a. Pengalaman pasien dan masyarakat;
- b. Sistem mikro pelayanan
- c. Sistem organisasi pelayanan kesehatan
- d. Lingkungan pelayanan kesehatan

Di samping harus memiliki tujuan yang jelas dan komprehensif, pelayanan kesehatan harus berfokus pada pelanggan. Pengalaman pasien dan masyarakat yang menjadi pelanggan pelayanan kesehatan harus mendapat perhatian utama sehingga kebutuhan, harapan, dan nilai pelanggan dapat dipenuhi oleh organisasi pelayanan kesehatan. Mekanisme untuk mengenal adanya perubahan kebutuhan, harapan, dan nilai pelanggan perlu ada dalam pengelolaan organisasi pelayanan kesehatan, demikian juga mekanisme untuk mengelola pengalaman pelanggan. Dengan demikian, organisasi pelayanan kesehatan akan mampu memberikan yang terbaik kepada pasien dan masyarakat.

Pengelolaan terhadap pengalaman pelanggan dapat terlaksana dengan baik jika dilakukan perubahan dan perbaikan pada sistem mikro pelayanan, sistem organisasi pelayanan kesehatan, dan lingkungannya. Sistem mikro merupakan unit kerja

terdepan dalam organisasi yang memberikan pelayanan yang langsung dirasakan dan dialami oleh pasien dan masyarakat. Sistem mikro tersebut terdiri dari sekelompok orang yang bekerja dalam tim disertai sistem informasi yang ada, sumber daya yang ada, dan masyarakat yang dilayani membentuk suatu proses kerja pelayanan. Lancar tidaknya proses pada sistem mikro itulah yang secara langsung dirasakan oleh pelanggan. Oleh karena itu, untuk menanggapi, menyelesaikan permasalahan yang dirasakan oleh pelanggan, dan mengupayakan agar permasalahan tidak terulang kembali, perlu dilakukan kajian dan perubahan pada sistem mikro agar dapat memberikan kepuasan kepada pelanggan. Pelayanan kesehatan pada sistem mikro diharapkan dilaksanakan menggunakan bukti terkini yang tersedia, fokus pada pelanggan, berupa sistem pelayanan yang terkoordinasi dengan baik, terintegrasi dan efisien, serta sederhana dan adaptif terhadap kebutuhan masyarakat. Semuanya diuraikan dalam 10 (sepuluh) aturan dasar pelayanan pelanggan, yaitu :

a. Hubungan yang berkesinambungan dengan pelanggan.

Hubungan yang berkesinambungan dengan pelanggan mengandung pengertian bahwa hubungan penyedia pelayanan dengan pasien merupakan upaya penyembuhan yang berkesinambungan (*continuity of care*), bukan sekedar kunjungan tatap muka. Pelayanan kesehatan harus bersifat responsif terhadap pelanggan kapan saja bila dibutuhkan dengan berbagai cara akses yang memungkinkan.

b. Pelayanan yang *customized* terhadap kebutuhan, nilai, dan harapan pelanggan.

Pelayanan kesehatan *customized* terhadap kebutuhan, nilai, dan harapan pelanggan mensyaratkan bahwa sistem pelayanan dirancang agar dapat memenuhi kebutuhan yang pada umumnya diperlukan oleh pelanggan serta memiliki kemampuan merespons terhadap pilihan dan kebutuhan pasien secara individual.

c. Pelanggan sebagai sumber pengendali

Pelanggan sebagai sumber pengendali dalam pelayanan kesehatan harus memperoleh informasi yang dibutuhkan dan kesempatan untuk ikut mengendalikan keputusan-keputusan dalam upaya penyembuhan (*shared decision making*).

d. Keterbukaan informasi pada pelanggan

Informasi tentang pelanggan bukan merupakan catatan (medis) yang menjadi milik lembaga pelayanan kesehatan, tetapi merupakan informasi yang dapat diakses oleh pelanggan (pasien). Dengan demikian, akan terjadi komunikasi yang efektif antara praktisi klinis dengan pasien.

e. Pengambilan keputusan berdasar bukti

Tersedianya bukti klinis sekarang ini menyebabkan praktik dan pengambilan keputusan klinis harus didasarkan pada *the best available scientific evidence*. Perlu adanya kemudahan akses dari praktisi klinis terhadap bukti yang disediakan oleh lembaga pelayanan kesehatan. Demikian juga kesediaan praktisi klinis untuk berupaya mencari bukti-bukti terkini yang dapat digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan klinis.

f. Memberikan jaminan keamanan

Keselamatan pasien merupakan upaya yang harus diutamakan dalam penyediaan pelayanan kesehatan. Pelanggan (pasien) harus memperoleh jaminan keselamatan selama mendapatkan perawatan atau pelayanan di lembaga pelayanan kesehatan, yakni terhindar dari berbagai kesalahan tindakan medis (*medical error*) maupun kejadian yang tidak diharapkan (*adverse events*).

g. Transparan

Sistem pelayanan kesehatan seharusnya dapat menyediakan informasi terbuka kepada pasien dan keluarganya. Dengan demikian, mereka akan dapat menentukan pilihan terhadap lembaga pelayanan kesehatan atau rumah sakit

yang akan dikunjungi, lembaga asuransi kesehatan untuk menjamin kesehatannya, dan jenis terapi yang akan dijalani.

h. Kebutuhan pelanggan senantiasa diantisipasi

Lembaga pelayanan kesehatan tidak hanya reaktif terhadap kebutuhan, tetapi harus dapat mengantisipasi kebutuhan pelanggan dan mampu menyediakan pelayanan yang dibutuhkan.

i. Efisien

Efisien tidak hanya dalam bentuk pengendalian biaya, tetapi juga terhadap waktu yang dimiliki oleh pelanggan, sumber daya yang lain, dan mencegah dilakukannya tindakan maupun pengulangan-pengulangan yang tidak diperlukan.

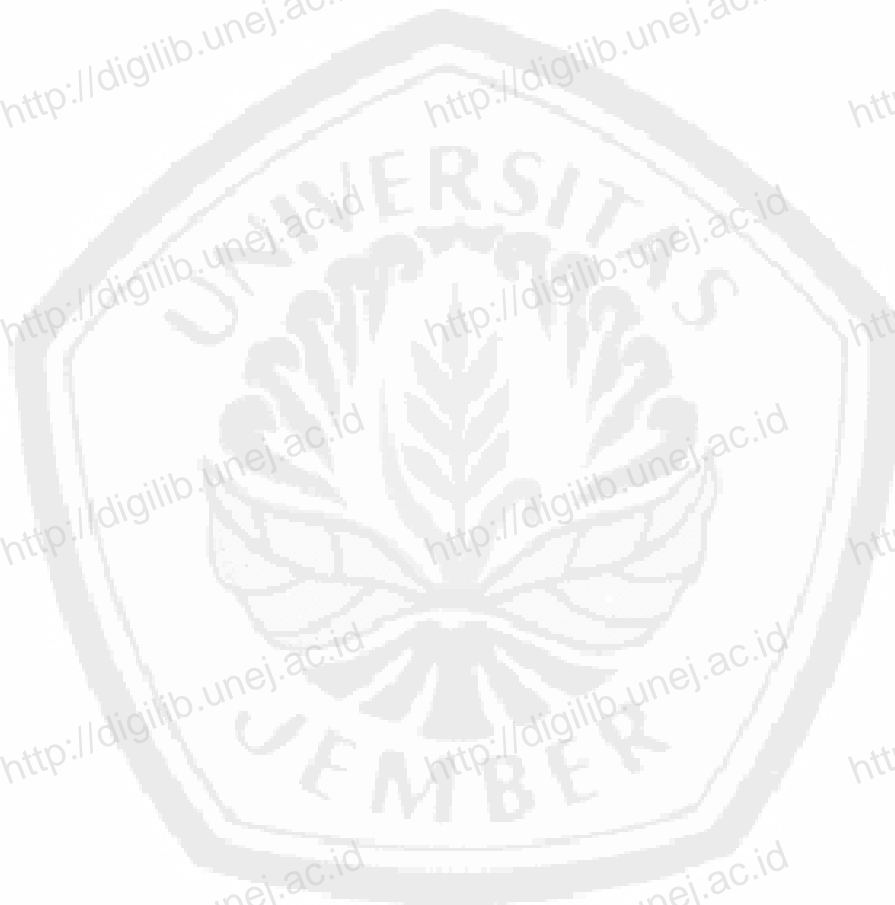
j. Kerja sama antar petugas kesehatan merupakan prioritas

Pelayanan kesehatan bersifat kompleks dan melibatkan berbagai praktisi klinis serta berbagai disiplin ilmu kedokteran dan ilmu kesehatan. Kerjasama antar petugas kesehatan tersebut sangat menentukan efektivitas dan efisiensi penyediaan pelayanan kesehatan pada pelanggan.

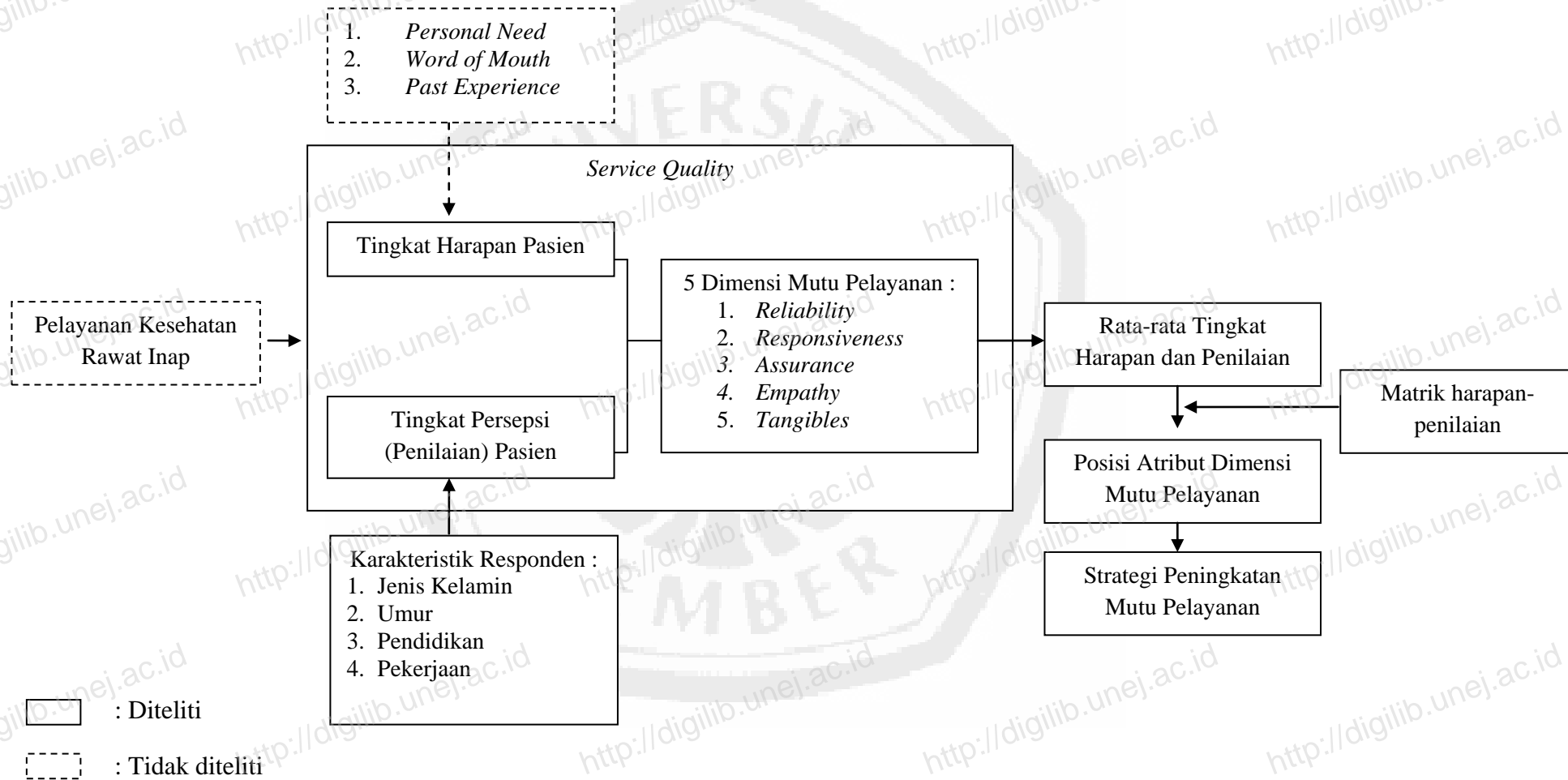
Proses pelayanan pada sistem mikro sangat dipengaruhi oleh sistem organisasi pelayanan kesehatan, antara lain kepemimpinan dalam organisasi, sistem administrasi, dan manajemen. Demikian juga dengan sistem manajemen mutu yang ada dalam organisasi tersebut. Desain organisasi perlu disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan pada sistem mikro dan pelanggan yang harus dilayani. Sistem organisasi perlu dirancang agar dapat memberikan yang terbaik bagi pelanggan, mengembangkan dan memanfaatkan teknologi dan informasi dalam pengambilan keputusan, melakukan investasi dalam pengembangan sumber daya manusia, mengembangkan tim kerja yang efektif, mendukung terciptanya koordinasi antar petugas kesehatan, serta melakukan pengukuran kinerja yang teratur sebagai dasar perbaikan kinerja.

Lingkungan pelayanan kesehatan meliputi sistem pembiayaan kesehatan, peraturan perundangan yang berlaku, kebijakan pemerintah, peraturan dan kebijakan yang disusun oleh pemilik, kebijakan pembiayaan dan peraturan keuangan, sistem

regulasi, serta sistem hukum dan sistem sosial. Seluruh sistem yang berlaku di masyarakat sangat berpengaruh terhadap sistem organisasi pelayanan kesehatan dan sistem mikro pelayanan. Permasalahan yang dihadapi berdasarkan pengalaman pasien tidak cukup dikaji dalam sistem mikro dan sistem organisasi pelayanan kesehatan, tetapi perlu dikaji lebih lanjut dalam konteks lingkungan pelayanan kesehatan.



## 2.10 Kerangka Konseptual



Rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan rawat inap dipandang mampu memberikan pelayanan medik dalam upaya penyembuhan dan pemulihan yang berkualitas. Kualitas pelayanan dapat diartikan sebagai perbandingan antara harapan dan persepsi pelanggan (dalam hal ini adalah pasien) terhadap pelayanan yang diberikan. Dimana harapan pasien dipengaruhi oleh *personal need*, *word of mouth* (rekomendasi atau saran dari orang lain), dan *past experience*. Sedangkan persepsi (penilaian) pasien dipengaruhi oleh karakteristik responden antara lain umur, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan. Hal ini yang menyebabkan persepsi setiap pasien sangat bervariasi dan berbeda-beda.

Selisih antara harapan dan persepsi inilah yang mendasari munculnya konsep *gap* dan digunakan sebagai dasar skala *service quality*. Model *Service quality* merupakan salah satu pendekatan yang dapat digunakan agar rumah sakit dapat memberikan pelayanan yang bermutu. Model ini didasarkan pada asumsi bahwa pasien membandingkan antara harapan dengan persepsi mereka terhadap lima dimensi mutu pelayanan yaitu *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, *empathy*, dan *tangibles*.

Berdasarkan tingkat harapan dan tingkat penilaian, maka dapat diketahui nilai rata-rata dari tingkat harapan dan tingkat penilaian terhadap lima dimensi mutu pelayanan yang dijadikan sebagai dasar penyusunan sebuah matrik harapan-penilaian. Dan berdasarkan rata-rata tingkat harapan dan penilaian dari setiap atribut dimensi mutu pelayanan dapat ditentukan posisi atribut dimensi mutu pelayanan yang terjabar dalam empat bagian diagram kartesius. Sehingga dapat dirumuskan strategi peningkatan mutu pelayanan.



## **BAB 3. METODE PENELITIAN**

### **3.1 Jenis Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif kuantitatif yaitu suatu metode penelitian yang bertujuan untuk membuat deskripsi, atau gambaran secara sistematis, faktual, akurat mengenai sifat-sifat serta hubungan antara fenomena yang diselidiki (Nazir, 1998). Rancangan penelitian deskriptif merupakan rancangan penelitian non-eksperimental. Oleh karena itu, rancangan ini tidak membutuhkan kelompok kontrol dan hipotesis yang spesifik (Budiarto, 2004). Metode penelitian deskriptif digunakan untuk memecahkan atau menjawab permasalahan yang sedang dihadapi pada situasi sekarang. Penelitian ini dilakukan dengan menempuh langkah-langkah pengumpulan data, klasifikasi, pengolahan/analisis data membuat kesimpulan dan laporan (Notoatmodjo, 2005).

Dilihat dari segi waktu, penelitian ini termasuk penelitian *cross sectional*. Penelitian *cross sectional* ialah suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*). Artinya tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subyek pada saat pemeriksaan (Notoatmodjo, 2005).

### **3.2 Tempat dan Waktu Penelitian**

#### **3.2.1 Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di instalasi rawat inap RSD dr. Soebandi Jember kelas I, II, dan III.

### 3.2.2 Waktu Penelitian

Studi pendahuluan dilakukan pada tanggal 5 Maret – 7 Maret 2011 dan penelitian dilakukan pada bulan April – Mei 2011.

## 3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

### 3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi atau populasi umum adalah kumpulan lengkap dari seluruh subyek, individu, atau elemen lain yang secara implisit akan dipelajari dalam sebuah penelitian (Murti, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien umum yang dirawat di instalasi rawat inap kelas I, II dan III RSD dr. Soebandi Jember. Dalam penelitian ini, pasien umum yang dirawat di instalasi rawat inap kelas paviliun tidak termasuk dalam populasi penelitian. Hal ini disebabkan hasil pencapaian indikator BOR (*Bed Occupation Rate*) berdasarkan laporan tahunan instalasi rawat inap RSD dr. Soebandi Jember di kelas paviliun pada tahun 2010 telah mencapai standar ideal. Adapun hasil pencapaian indikator BOR tahun 2010 kelas paviliun = 75,78%, kelas I = 68,05%, kelas II = 26,73%, dan kelas III = 60,04%. Peneliti menggunakan data BOR tahun 2010 karena angka BOR menunjukkan persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu yaitu dalam satuan waktu satu tahun. Sehingga pada saat penelitian dilakukan, peneliti belum bisa menggunakan data BOR pada tahun 2011.

Jumlah populasi dalam penelitian ini, peneliti menggunakan data jumlah pasien umum per bulan yang di rawat di instalasi rawat inap kelas I, II, dan III (pada semua ruang perawatan selain ruang perawatan bayi dan anak-anak) tahun 2010. Diketahui pada tahun 2010, jumlah pasien umum sebesar 5420 pasien. Sehingga dapat diperoleh jumlah pasien umum per bulan sebesar 452 pasien. Alasan peneliti menggunakan data laporan tahun 2010 karena data-data yang tersaji pada laporan tersebut telah melalui proses pengolahan dan evaluasi oleh sub bagian monitoring dan evaluasi RSD dr. Soebandi Jember. Selain itu laporan tersebut juga telah dilaporkan kepada Kepala

Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur dan Kepala Dinas Kesehatan kabupaten Jember.

### 3.3.2 Sampel Penelitian

Menurut Notoatmodjo (2005), sampel merupakan sebagian objek yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian pasien umum yang dirawat di instalasi rawat inap kelas I, II dan III (pada semua ruang perawatan selain ruang perawatan bayi dan anak-anak) RSD dr. Soebandi Jember, yang memenuhi kriteria inklusi penelitian, yaitu :

- a. Pasien umum yang tidak termasuk pasien Askes, Jamkesmas, Askeskin, Jamkesda, dan asuransi kesehatan lainnya.
- b. Berusia > 17 tahun
- c. Sudah mendapat perawatan minimal 3 (tiga) hari
- d. Pasien bersedia diwawancarai
- e. Pasien dapat berkomunikasi dengan cukup baik

Jika pasien tidak dapat atau belum dapat berkomunikasi dengan baik, maka responden adalah keluarga pasien misalnya ayah atau ibu atau pengasuh atau saudara yang menunggui langsung selama perawatan.

### 3.4 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini yaitu menggunakan metode pencuplikan berstrata. Pencuplikan berstrata merupakan teknik pencuplikan dengan membagi populasi sasaran dalam strata (subpopulasi) menurut karakteristik tertentu yang dianggap penting oleh peneliti, status sosio-ekonomi, atau area geografis, lalu melakukan pencuplikan dari masing-masing strata, yang lazimnya dilakukan secara random, sehingga skema keseluruhan disebut pencuplikan random berstrata (*stratified random sampling*) (Murti, 2010). Penentuan strata dalam penelitian ini

didasarkan pada tingkatan sosio-ekonomi. Pasien yang memiliki sosio-ekonomi tinggi cenderung akan memilih kelas perawatan yang mahal. Begitu juga sebaliknya, pasien yang memiliki sosio-ekonomi menengah ke bawah cenderung memilih kelas perawatan yang lebih murah. Agar perimbangan sampel dari masing-masing strata itu memadai, maka dalam teknik ini sering dilakukan perimbangan antara jumlah anggota populasi berdasarkan masing-masing strata (Notoatmodjo, 2005).

### 3.5 Penentuan Ukuran Sampel

Menurut Roscoe dalam Sugiyono (2009) ukuran sampel yang layak dalam penelitian adalah antara 30 sampai 500. Dalam menentukan besar atau ukuran sampel, peneliti menggunakan rumus Snedecor dan Cochran dalam Budiarto (2004), yaitu:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,1)^2}$$

$$n = 96$$

Karena populasi tersebut terbatas dan berjumlah kurang dari 10.000 maka rumus tersebut dilakukan koreksi sebagai berikut:

$$nk = \frac{n}{1 + n/N}$$

$$nk = \frac{96}{1 + 96/452}$$

$$nk = 79,18 \approx 80$$

Keterangan :

n = besarnya sampel

p = proporsi variabel yang dikehendaki karena tidak diketahui maka diambil proporsi terbesar yaitu 0,5

$$q = 1 - p = 1 - 0,5 = 0,5$$

Z<sub>α</sub> = simpangan rata-rata distribusi normal standar pada derajat kemaknaan 95% yaitu 1,96

d = kesalahan sampling yang masih dapat ditoleransi yaitu 10%

nk = besarnya sampel setelah dikoreksi

N = besarnya populasi atau pasien umum per bulan tahun 2010

Untuk perhitungan proporsi sampel di tiap ruang perawatan, berikut ini rumus untuk menghitung proporsi sampel dari masing-masing ruang rawat inap menurut Notoatmodjo (2003), yaitu:

$$n_i = \frac{N_i}{N} \times n$$

$$\begin{aligned} n \text{ kelas I} &= \frac{61}{452} \times 80 \\ &= 11 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} n \text{ kelas II dan III} &= \frac{391}{452} \times 80 \\ &= 69 \end{aligned}$$

Keterangan :

n<sub>i</sub> = jumlah sampel pada masing-masing ruang perawatan

N<sub>i</sub> = jumlah pasien per bulan pada setiap ruang perawatan tahun 2010

N = besarnya populasi atau pasien umum per bulan tahun 2010

n = besar sampel keseluruhan

### 3.6 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

#### 3.6.1 Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah variabel strategi peningkatan mutu pelayanan rawat inap, karakteristik responden (jenis kelamin, umur, pendidikan dan pekerjaan), tingkat harapan responden (*tangibles*, *reliability*, *responsiveness*,

*assurance*, dan *empathy*) terhadap pelayanan rawat inap, tingkat penilaian responden (*tangibles*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, dan *empathy*) terhadap pelayanan rawat inap, tingkat rata-rata nilai harapan-nilai persepsi (penilaian), dan posisi atribut dimensi mutu pelayanan rawat inap.

### 3.6.2 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Kriteria Pengukuran
a.	Strategi peningkatan mutu pelayanan rawat inap	Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan mutu pelayanan rawat inap berdasarkan metode <i>service quality</i> dengan membandingkan antara tingkat harapan dan tingkat persepsi responden terhadap lima dimensi mutu pelayanan, yaitu: <i>reliability</i> , <i>responsiveness</i> , <i>assurance</i> , <i>empathy</i> , dan <i>tangibles</i> , yang masing-masing terjabar ke dalam atribut-atribut dimensi mutu pelayanan.	Posisi masing-masing atribut dimensi mutu pelayanan pada matrik harapan-penilaian		
b.	Karakteristik Responden	Ciri-ciri yang dimiliki responden sebagai bagian dari identitasnya, yang digunakan sebagai sumber informasi tentang persepsi mutu pelayanan dan mendasari adanya perbedaan persepsi pada setiap responden terhadap mutu pelayanan, meliputi: 1) Jenis Kelamin 2) Umur 3) Pendidikan 4) Pekerjaan			

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Kriteria Pengukuran
1)	Jenis Kelamin	Ciri fisik dan biologis yang dimiliki responden yang membedakan laki-laki dan perempuan.	Observasi	Nominal	Pengukuran dilakukan dengan kategori : a) Laki-laki b) Perempuan
2)	Umur	Lama waktu hidup responden atau sejak dilahirkan terhitung sampai ulang tahun terakhir, menurut responden.	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Ordinal	Pengukuran dilakukan dengan kategori : a) Remaja, 14 - < 18 tahun b) Dewasa dini, 18 - < 40 tahun c) Usia pertengahan, 40 - < 60 tahun d) Usia lanjut, untuk $\geq$ 60 tahun (Hurlock, 1993)
3)	Pendidikan	Jenjang pendidikan terakhir formal yang pernah ditempuh oleh responden.	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Ordinal	Pengukuran dilakukan dengan kategori : a. Pendidikan rendah : responden tidak sekolah-tamat SD/MI/SMP/MTs b. Pendidikan menengah : responden dengan pendidikan terakhir SMA/MA/SMK c. Pendidikan tinggi : responden dengan pendidikan terakhir tamat PT (D1, D2, D3, S1, S2, S3)/ magister/spesialis (UU RI No.20, 2003)

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Kriteria Pengukuran
4)	Pekerjaan	Mata pencaharian yang dimiliki oleh responden untuk mendapatkan sumber ekonomi atau penghasilan.	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Nominal	Pengukuran dilakukan dengan kategori : a) PNS/TNI/POLRI b) Swasta c) Wiraswasta d) Pelajar/Mahasiswa e) Petani f) Buruh g) Lain-lain (Kepmenpan No: KEP/25/M.PAN/2004)
c.	Tingkat harapan responden	Harapan responden terhadap mutu pelayanan rawat inap yang diterimanya dan dijadikan acuan dalam menilai mutu pelayanan, meliputi 5 dimensi mutu pelayanan, yaitu: 1) <i>Reliability</i> (Kehandalan) 2) <i>Responsiveness</i> (daya tanggap) 3) <i>Assurance</i> (jaminan) 4) <i>Empathy</i> (empati) 5) <i>Tangible</i> (bukti fisik)			



No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Kriteria Pengukuran
1)	<i>Reliability</i> (kehandalan)	Harapan responden terhadap kemampuan petugas untuk memberikan pelayanan secara konsisten, akurat, dan terpercaya meliputi : ketepatan dokter dalam menetapkan diagnosa penyakit (sesuai dengan SOP yaitu melalui anamnese, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang), ketepatan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan (sesuai dengan SOP), ketepatan waktu kunjungan atau <i>visite</i> dokter (sesuai dengan jadwal atau selalu konsisten), ketepatan waktu pelayanan untuk pengobatan, pemberian makan, dan pelayanan laboratorium (sesuai dengan jadwal atau selalu konsisten), dan kesesuaian antara pelayanan yang diberikan dengan yang diinformasikan (misalnya: pelaksanaan pemeriksaan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah diinformasikan).	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Ordinal	Diukur dengan 7 (tujuh) pernyataan (no. 1-7) dengan kriteria skor (menggunakan skala likert) pada tiap pernyataan, yaitu: Untuk pernyataan positif : a) Jawaban “ <b>a</b> ” = 4 b) Jawaban “ <b>b</b> ” = 3 c) Jawaban “ <b>c</b> ” = 2 d) Jawaban “ <b>d</b> ” = 1  Untuk pernyataan negatif : a) Jawaban “ <b>a</b> ” = 1 b) Jawaban “ <b>b</b> ” = 2 c) Jawaban “ <b>c</b> ” = 3 d) Jawaban “ <b>d</b> ” = 4

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Kriteria Pengukuran
2)	<i>Responsiveness</i> (cepat tanggap)	Harapan responden terhadap kesediaan petugas untuk membantu pasien dan menyediakan pelayanan secara cepat meliputi : kemampuan dokter cepat tanggap dalam menyelesaikan keluhan pasien (dokter mampu mengantisipasi keluhan pasien sesuai dengan diagnose), kemampuan perawat untuk cepat tanggap dalam menyelesaikan keluhan pasien (perawat proaktif dalam mengantisipasi dan mengobservasi keluhan pasien sesuai dengan diagnose dan <i>advise</i> atau perintah dokter), kemampuan dokter dan perawat dalam memberikan informasi yang dibutuhkan pasien dengan jelas dan mudah dimengerti (menggunakan dialek atau bahasa setempat yang mudah dipahami), dan kemudahan dalam menghubungi perawat (perawat selalu ada di tempat).	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Ordinal	Diukur dengan 5 (lima) pernyataan (no. 8-12) dengan kriteria skor (menggunakan skala likert) pada tiap pernyataan, yaitu: Untuk pernyataan positif : a) Jawaban “ <b>a</b> ” = 4 b) Jawaban “ <b>b</b> ” = 3 c) Jawaban “ <b>c</b> ” = 2 d) Jawaban “ <b>d</b> ” = 1  Untuk pernyataan negatif : a) Jawaban “ <b>a</b> ” = 1 b) Jawaban “ <b>b</b> ” = 2 c) Jawaban “ <b>c</b> ” = 3 d) Jawaban “ <b>d</b> ” = 4

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Kriteria Pengukuran
3)	<i>Assurance</i> (kepastian)	Harapan responden terhadap pelayanan yang sopan dan ramah dari dokter dan perawat (pelayanan disertai 3S: senyum, sapa, salam), jaminan keamanan pelayanan dan kepercayaan terhadap pelayanan (tidak terjadi resiko, cedera, infeksi, efek samping, atau bahaya lain yang berkaitan dengan pelayanan), keterampilan dokter dan perawat dalam bekerja (cekatan dalam mengambil tindakan).	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Ordinal	Diukur dengan 5 (lima) pernyataan (no. 13-17) dengan kriteria skor (menggunakan skala likert) pada tiap pernyataan, yaitu: Untuk pernyataan positif : a) Jawaban “a” = 4 b) Jawaban “b” = 3 c) Jawaban “c” = 2 d) Jawaban “d” = 1  Untuk pernyataan negatif : a) Jawaban “a” = 1 b) Jawaban “b” = 2 c) Jawaban “c” = 3 d) Jawaban “d” = 4
4)	<i>Empathy</i>	Harapan responden terhadap perhatian secara khusus dari dokter dan perawat, meliputi: pelayanan dalam mengenal pasien dengan baik, mengingat dengan baik masalah (penyakit dan keluhan) yang dialami pasien sebelumnya, pelayanan kepada semua pasien tanpa memandang status sosial, melakukan komunikasi yang baik dengan pasien, dan memahami kebutuhan/perasaan pasien dengan baik.	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Ordinal	Diukur dengan 10 (sepuluh) pernyataan (no. 18-27) dengan kriteria skor (menggunakan skala likert) pada tiap pernyataan, yaitu: Untuk pernyataan positif : a) Jawaban “a” = 4 b) Jawaban “b” = 3 c) Jawaban “c” = 2 d) Jawaban “d” = 1  Untuk pernyataan negatif : a) Jawaban “a” = 1 b) Jawaban “b” = 2 c) Jawaban “c” = 3 d) Jawaban “d” = 4

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Kriteria Pengukuran
5)	<i>Tangible</i> fisik)	(bukti Harapan responden terhadap penampilan fisik dari kebersihan, kerapian, dan kenyamanan ruangan (termasuk kebersihan kamar mandi, dan ruangan dalam kondisi tidak berbau), penataan tata letak ruang perawatan, kelengkapan, kesiapan, dan kebersihan alat-alat periksa yang dipakai, serta penampilan dokter dan perawat dilihat dari segi kebersihan dan kerapian.	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Ordinal	Diukur dengan 5 (lima) pernyataan (no. 28-32) dengan kriteria skor (menggunakan skala likert) pada tiap pernyataan, yaitu: Untuk pernyataan positif : a) Jawaban “a” = 4 b) Jawaban “b” = 3 c) Jawaban “c” = 2 d) Jawaban “d” = 1  Untuk pernyataan negatif : a) Jawaban “a” = 1 b) Jawaban “b” = 2 c) Jawaban “c” = 3 d) Jawaban “d” = 4
d.	Tingkat penilaian responden	Penilaian responden secara menyeluruh terhadap mutu pelayanan rawat inap yang diterimanya, meliputi 5 dimensi mutu pelayanan, yaitu: 1) <i>Reliability</i> (Kehandalan) 2) <i>Responsiveness</i> (daya tanggap) 3) <i>Assurance</i> (jaminan) 4) <i>Empathy</i> (empati) 5) <i>Tangible</i> (bukti fisik)			

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Kriteria Pengukuran
1)	<i>Reliability</i> (kehandalan)	Penilaian responden terhadap kemampuan petugas untuk memberikan pelayanan secara konsisten, akurat, dan terpercaya meliputi : ketepatan dokter dalam menetapkan diagnosa penyakit (sesuai dengan SOP yaitu melalui anamnese, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang), ketepatan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan (sesuai dengan SOP), ketepatan waktu kunjungan atau <i>visite</i> dokter (sesuai dengan jadwal atau selalu konsisten), ketepatan waktu pelayanan untuk pengobatan, pemberian makan, dan pelayanan laboratorium (sesuai dengan jadwal atau selalu konsisten), dan kesesuaian antara pelayanan yang diberikan dengan yang diinformasikan (misalnya: pelaksanaan pemeriksaan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah diinformasikan).	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Ordinal	Diukur dengan 7 (tujuh) pernyataan (no. 33-39) dengan kriteria skor (menggunakan skala likert) pada tiap pernyataan, yaitu: Untuk pernyataan positif : a) Jawaban “a” = 4 b) Jawaban “b” = 3 c) Jawaban “c” = 2 d) Jawaban “d” = 1  Untuk pernyataan negatif : a) Jawaban “a” = 1 b) Jawaban “b” = 2 c) Jawaban “c” = 3 d) Jawaban “d” = 4

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Kriteria Pengukuran
2)	<i>Responsiveness</i> (cepat tanggap)	Penilaian responden terhadap kesediaan petugas untuk membantu pasien dan menyediakan pelayanan secara cepat meliputi : kemampuan dokter cepat tanggap dalam menyelesaikan keluhan pasien (dokter mampu mengantisipasi keluhan pasien sesuai dengan diagnose), kemampuan perawat untuk cepat tanggap dalam menyelesaikan keluhan pasien (perawat proaktif dalam mengantisipasi dan mengobservasi keluhan pasien sesuai dengan diagnose dan <i>advise</i> atau perintah dokter), kemampuan dokter dan perawat dalam memberikan informasi yang dibutuhkan pasien dengan jelas dan mudah dimengerti (menggunakan dialek atau bahasa setempat yang mudah dipahami), dan kemudahan dalam menghubungi perawat (perawat selalu ada di tempat).	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Ordinal	Diukur dengan 5 (lima) pernyataan (no. 40-44) dengan kriteria skor (menggunakan skala likert) pada tiap pernyataan, yaitu: Untuk pernyataan positif : a) Jawaban “ <b>a</b> ” = 4 b) Jawaban “ <b>b</b> ” = 3 c) Jawaban “ <b>c</b> ” = 2 d) Jawaban “ <b>d</b> ” = 1  Untuk pernyataan negatif : a) Jawaban “ <b>a</b> ” = 1 b) Jawaban “ <b>b</b> ” = 2 c) Jawaban “ <b>c</b> ” = 3 d) Jawaban “ <b>d</b> ” = 4

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Kriteria Pengukuran
3)	<i>Assurance</i> (kepastian)	Penilaian responden terhadap pelayanan yang sopan dan ramah dari dokter dan perawat (pelayanan disertai 3S: senyum, sapa, salam), jaminan keamanan pelayanan dan kepercayaan terhadap pelayanan (tidak terjadi resiko, cedera, infeksi, efek samping, atau bahaya lain yang berkaitan dengan pelayanan), keterampilan dokter dan perawat dalam bekerja (cekatan dalam mengambil tindakan).	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Ordinal	Diukur dengan 5 (lima) pernyataan (no. 45-49) dengan kriteria skor (menggunakan skala likert) pada tiap pernyataan, yaitu: Untuk pernyataan positif : a) Jawaban “a” = 4 b) Jawaban “b” = 3 c) Jawaban “c” = 2 d) Jawaban “d” = 1  Untuk pernyataan negatif : a) Jawaban “a” = 1 b) Jawaban “b” = 2 c) Jawaban “c” = 3 d) Jawaban “d” = 4
4)	<i>Empathy</i>	Penilaian responden terhadap perhatian secara khusus dari dokter dan perawat, meliputi: pelayanan dalam mengenal pasien dengan baik, mengingat dengan baik masalah (penyakit/keluhan) yang dialami pasien sebelumnya, pelayanan kepada semua pasien tanpa memandang status sosial, melakukan komunikasi yang baik dengan pasien, dan memahami kebutuhan/perasaan pasien dengan baik.	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Ordinal	Diukur dengan 10 (sepuluh) pernyataan (no. 50-59) dengan kriteria skor (menggunakan skala likert) pada tiap pernyataan, yaitu: Untuk pernyataan positif : a) Jawaban “a” = 4 b) Jawaban “b” = 3 c) Jawaban “c” = 2 d) Jawaban “d” = 1  Untuk pernyataan negatif : a) Jawaban “a” = 1 b) Jawaban “b” = 2 c) Jawaban “c” = 3 d) Jawaban “d” = 4

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Kriteria Pengukuran
5)	<i>Tangible</i> fisik)	(bukti Penilaian responden terhadap penampilan fisik dari kebersihan, kerapian, dan kenyamanan ruangan (termasuk kebersihan kamar mandi, dan ruangan dalam kondisi tidak berbau), penataan tata letak ruang perawatan, kelengkapan, kesiapan, dan kebersihan alat-alat periksa yang dipakai, serta penampilan dokter dan perawat dilihat dari segi kebersihan dan kerapian.	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Ordinal	Diukur dengan 5 (lima) pernyataan (no. 60-64) dengan kriteria skor (menggunakan skala likert) pada tiap pernyataan, yaitu: Untuk pernyataan positif : a) Jawaban "a" = 4 b) Jawaban "b" = 3 c) Jawaban "c" = 2 d) Jawaban "d" = 1  Untuk pernyataan negatif : a) Jawaban "a" = 1 b) Jawaban "b" = 2 c) Jawaban "c" = 3 d) Jawaban "d" = 4
e.	Tingkat rata-rata nilai harapan-nilai persepsi (penilaian)	Hasil perhitungan yang diperoleh dari pembagian antara skor total nilai dengan jumlah responden dari setiap pernyataan pada setiap atribut dimensi mutu pelayanan.	Hasil perhitungan dari pembagian nilai harapan dan persepsi dibagi jumlah responden dari setiap atribut dimensi mutu pelayanan		$\bar{X}_i = \frac{\sum X_i}{n}$ $\bar{Y}_i = \frac{\sum Y_i}{n}$ <p>dimana :</p> <p><math>\bar{X}_i</math> merupakan rata-rata dari nilai persepsi (penilaian) tiap atribut pertanyaan, sedangkan</p> <p><math>\bar{Y}_i</math> merupakan rata-rata dari nilai harapan tiap atribut pertanyaan.</p> <p>n merupakan jumlah responden. (Supranto, 2006)</p>



No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Kriteria Pengukuran
f.	Posisi atribut dimensi mutu pelayanan rawat inap	Perbandingan antara harapan dan persepsi responden menunjukkan seberapa besar tingkat pelaksanaan pelayanan rawat inap yang diberikan oleh rumah sakit dapat memenuhi harapan responden.	Hasil perhitungan rata-rata dari nilai harapan dan persepsi (penilaian) responden		<p>Kuadran A, jika <math>\bar{Y} &gt; \bar{Y}</math> dan <math>\bar{X} &lt; \bar{X}</math></p> <p>Kuadran B, jika <math>\bar{Y} &gt; \bar{Y}</math> dan <math>\bar{X} &gt; \bar{X}</math></p> <p>Kuadran C, jika <math>\bar{Y} &lt; \bar{Y}</math> dan <math>\bar{X} &lt; \bar{X}</math></p> <p>Kuadran D, jika <math>\bar{Y} &lt; \bar{Y}</math> dan <math>\bar{X} &gt; \bar{X}</math></p> <p>(Supranto, 2006)</p>

### 3.7 Data dan Sumber Data

Data yang digunakan pada penelitian ini adalah data primer dan sekunder. Data primer adalah data yang dikumpulkan peneliti langsung dari sumber dokumen utama sedangkan data sekunder adalah data yang telah tersusun dalam bentuk dan data yang dikumpulkan dari sumber sekunder (Usman, 2003). Data primer dalam hal ini adalah informasi yang diperoleh langsung dari kelompok pasien yang meliputi karakteristik responden (jenis kelamin, umur, pendidikan dan pekerjaan), tingkat persepsi responden (*reliability*, *responsiveness*, *assurance*, *empathy*, dan *tangibles*) terhadap pelayanan rawat inap, dan tingkat harapan responden (*reliability*, *responsiveness*, *assurance*, *empathy*, dan *tangibles*) terhadap pelayanan rawat inap. Sedangkan untuk data sekunder dalam penelitian ini adalah:

- a. Data mengenai hasil pelayanan kesehatan RSD dr. Soebandi Jember tahun 2008 sampai tahun 2010

- b. Data mengenai hasil pencapaian indikator BOR pada masing-masing kelas perawatan instalasi rawat inap RSD dr. Soebandi Jember tahun 2010
- c. Data mengenai jumlah pasien umum tiap ruang perawatan di instalasi rawat inap RSD dr. Soebandi Jember tahun 2010

### **3.8 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data**

#### **3.8.1 Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan teknik wawancara disertai dengan panduan wawancara. Wawancara adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab, sambil bertatap muka antara si penanya atau pewawancara dengan si penjawab atau responden dengan menggunakan *interview guide* (panduan wawancara) (Nazir, 2003). Wawancara dalam penelitian ini dilakukan secara terstruktur. Wawancara terstruktur digunakan sebagai teknik pengumpul data, bila peneliti atau pengumpul data telah mengetahui dengan pasti tentang informasi yang akan diperoleh. Oleh karena itu, dalam melakukan wawancara, pengumpul data telah menyiapkan instrumen penelitian berupa pertanyaan-pertanyaan tertulis yang alternatif jawabannya pun telah disiapkan (Sugiyono, 2009).

#### **3.8.2 Instrumen Pengumpulan Data**

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah panduan wawancara yang berupa lembar kuesioner. Kuesioner merupakan daftar pertanyaan yang sudah tersusun dengan baik, sudah matang, dimana responden dan *interviewer* tinggal memberikan jawaban atau dengan memberikan tanda-tanda tertentu (Notoatmodjo, 2003). Instrumen kuesioner dalam penelitian ini terdiri dari pernyataan *favorable* dan pernyataan *unfavorable*.

Pernyataan *favorable* menunjukkan indikator positif yang mendukung variable yang diukur, masing-masing pilihan jawaban : sangat setuju (SS) dengan skor 4,

setuju (S) dengan skor 3, tidak setuju (TS) dengan skor 2, sangat tidak setuju (STS) dengan skor 1.

Pernyataan *unfavorable* menunjukkan indikator negatif yang tidak mendukung variable yang diukur, masing-masing pilihan jawaban : sangat setuju (SS) dengan skor 1, setuju (S) dengan skor 2, tidak setuju (TS) dengan skor 3, sangat tidak setuju (STS) dengan skor 4.

### **3.9 Teknik Penyajian dan Analisis Data**

#### **3.9.1 Teknik Penyajian Data**

Penyajian data merupakan salah satu kegiatan yang dilakukan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang telah dilakukan agar dapat dipahami, dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan dan kemudian ditarik kesimpulan sehingga menggambarkan hasil penelitian (Suyanto, 2005). Adapun teknik penyajian data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

a. Pemeriksaan Data (*editing*)

Editing dilakukan sebelum pengolahan data. Data yang telah dikumpulkan dari kuesioner dan lembar observasi perlu dibaca kembali dan diperbaiki, apabila ada hal-hal yang salah atau masih meragukan.

b. Pemberian Kode (*coding*)

Pemberian kode pada setiap atribut pertanyaan dari variabel yang diteliti, untuk mempermudah waktu mengadakan tabulasi dan analisis.

c. Pemberian Nilai (*scoring*)

Untuk menentukan skor atau nilai dari jawaban responden, dengan nilai tertinggi sampai nilai terendah dari kuesioner yang diajukan. Pemberian skor didasarkan pada skala Likert.

d. Tabulasi (*tabulating*)

Kegiatan ini dilakukan dengan cara memasukkan data yang diperoleh ke dalam tabel-tabel sesuai dengan variabel yang diteliti.

### 3.9.2 Teknik Analisis Data

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis deskriptif kuantitatif, dengan berdasarkan metode *service quality* untuk dapat menentukan strategi peningkatan mutu pelayanan rawat inap di RSD dr. Soebandi Jember. Analisis data dilakukan berdasarkan skor rata-rata tingkat harapan dan persepsi (penilaian) tiap atribut dimensi mutu pelayanan yang diaplikasikan dalam diagram kartesius (Kotler, 2003).

## 3.10 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian

### 3.10.1 Uji Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoatmodjo, 2005). Uji validitas digunakan untuk mengetahui tingkat kesahihan tiap butir pernyataan dalam kuesioner. Pengujian validitas tiap butir digunakan analisis item, yaitu mengkorelasikan skor tiap butir dengan skor total yang merupakan jumlah tiap skor butir. Korelasi yang digunakan adalah korelasi Pearson Moment (Sugiyono, 2009).

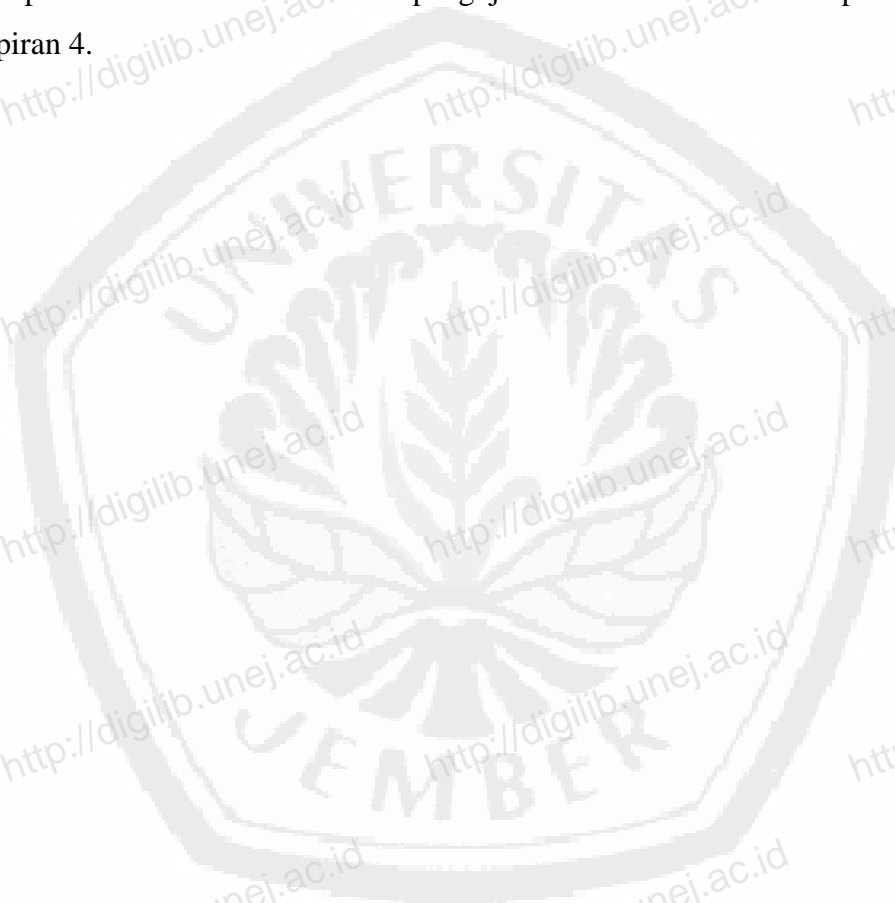
Uji validitas dalam penelitian ini menggunakan sampel tes sebanyak 30 responden dengan 64 butir pernyataan (32 pernyataan tingkat harapan responden dan 32 pernyataan tingkat penilaian responden). Dari hasil uji, diperoleh semua nilai  $r_{hitung}$  lebih besar dari 0,3. Hal ini menunjukkan bahwa tiap pernyataan berkorelasi positif dengan skor totalnya dan data yang dikumpulkan valid (sahih). Hasil pengujian validitas kuesioner dapat dilihat pada lampiran 3.

### 3.10.2 Uji Reliabilitas

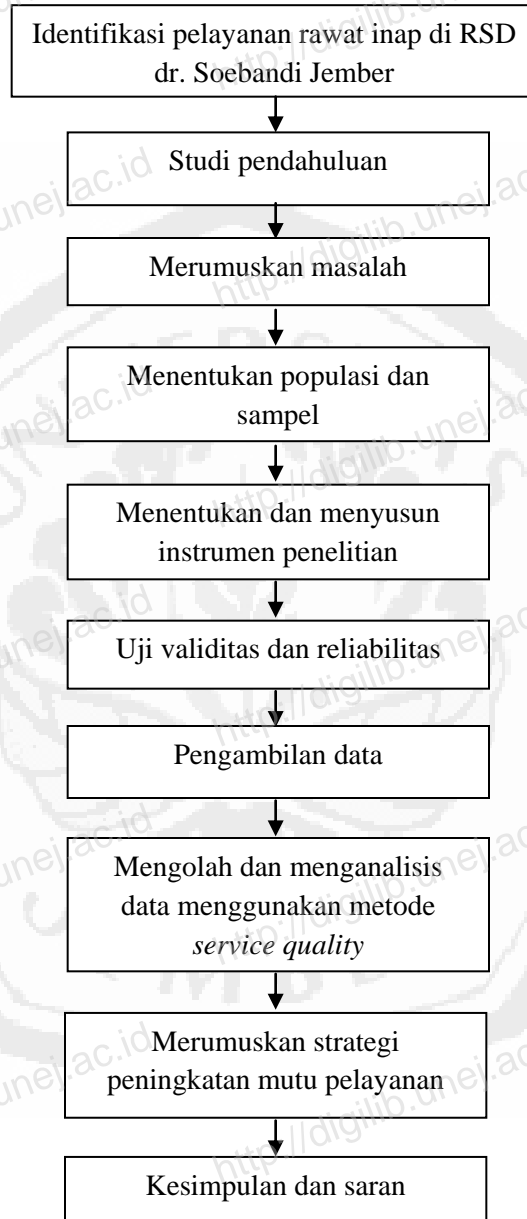
Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Uji reliabilitas dilakukan agar instrumen tersebut reliabel artinya instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama akan menghasilkan data yang sama. Pengujian

reliabilitas instrumen dilakukan dengan *internal consistency* dengan teknik belah dua (*split half*) yang dianalisis dengan rumus Spearman Brown (Sugiyono, 2009).

Syarat minimum nilai reliabilitas yang harus dipenuhi suatu alat ukur adalah 0,6. Dari hasil uji, diperoleh nilai reliabilitas baik untuk tingkat harapan maupun tingkat penilaian responden di atas 0,6. Sehingga instrumen kuesioner dari penelitian ini dapat dikatakan reliabel. Hasil pengujian validitas kuesioner dapat dilihat pada lampiran 4.



### 3.11 Kerangka Operasional



Bagan 3.1 Kerangka Operasional

Penelitian ini diawali dengan mengidentifikasi pelayanan rawat inap di RSD dr. Soebandi Jember. Identifikasi ini dilakukan dengan melihat hasil pencapaian pelayanan kesehatan yang terdiri dari indikator BOR (*Bed Occupancy Rate*), ALOS (*Average Length of Stay*), TOI (*Turn Over Interval*), NDR (*Net Death Rate*), dan GDR (*Gross Death Rate*). Dimana untuk indikator BOR, NDR, dan GDR di instalasi rawat inap RSD dr. Soebandi Jember belum memenuhi standar ideal. Selain itu, dilakukan pula studi pendahuluan terkait kesenjangan antara persepsi dan harapan pasien atas lima dimensi mutu pelayanan yang terjabar ke dalam beberapa atribut pelayanan. Studi pendahuluan ini dilakukan untuk memperkuat dilakukannya penelitian ini.

Berdasarkan studi pendahuluan yang menunjukkan masih adanya beberapa atribut mutu pelayanan rawat inap di RSD dr. Soebandi Jember yang masih kurang bermutu, maka dirumuskanlah suatu masalah yang mendasari dilakukannya penelitian strategi peningkatan mutu pelayanan rawat inap dengan metode *service quality* di RSD dr. Soebandi Jember.

Setelah dilakukan perumusan masalah, peneliti menentukan populasi dan sampel pada penelitian ini. Dimana populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien umum yang dirawat di instalasi rawat inap kelas I, II dan III RSD dr. Soebandi Jember. Sampel pada penelitian ini adalah sebagian pasien umum yang dirawat di instalasi rawat inap (pada seluruh ruang perawatan selain bayi dan anak-anak) dengan teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah metode pencuplikan berstrata. Untuk mempermudah peneliti dalam pengambilan data di lapangan, maka terlebih dahulu dilakukan penentuan dan penyusunan instrumen penelitian dalam bentuk kuesioner dengan pernyataan tertutup yang terdiri atas pernyataan *favorable* dan *unfavorable* dari tiap atribut mutu pelayanan persepsi dan harapan pasien.

Agar instrumen penelitian yang digunakan valid dan reliabel, maka perlu dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Uji validitas dilakukan agar instrumen tersebut dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur. Sedangkan uji

reliabilitas dilakukan agar instrumen tersebut reliabel artinya instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama akan menghasilkan data yang sama. Setelah instrumen dapat dikatakan valid dan reliabel, maka dapat dilakukan pengambilan data di lapangan. Data-data yang telah terkumpul kemudian diolah dan dianalisis dengan menggunakan metode *service quality*. Sehingga dapat dirumuskan strategi peningkatan mutu pelayanan rawat inap di RSD dr. Soebandi Jember. Dan akhir dari penelitian ini adalah pengambilan kesimpulan dan saran.





## BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

### 4.1 Identifikasi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Umur, Tingkat Pendidikan dan Pekerjaan

Persepsi setiap pelanggan sangat bervariasi atau berbeda-beda. Dengan melihat suatu objek yang sama, orang dapat mempunyai persepsi yang berbeda. Persepsi setiap orang secara subjektif terhadap barang atau jasa pelayanan sangat menentukan penilaian terhadap hal tersebut. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor yang merupakan karakteristik dari pelaku persepsi (pelanggan), yaitu antara lain: jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, dan pekerjaan.

Distribusi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, dan pekerjaan dapat dilihat pada tabel berikut:

#### a. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 4.1 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis kelamin	Jumlah	Persen
Laki-laki	28	35
Perempuan	52	65
Total	80	100

Sumber : Data Primer Terolah, Mei 2011

Berdasarkan tabel 4.1 di atas dapat dilihat bahwa dari 80 responden, sebanyak 28 responden atau 35% responden berjenis kelamin laki-laki dan sebanyak 52 responden atau 65% responden berjenis kelamin perempuan. Dari data tersebut dapat diketahui bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan. Namun responden yang berjenis kelamin laki-laki dapat berpengaruh terhadap persepsi atau penilaian mereka terhadap pelayanan kesehatan yang diterima. Dalam Munaryo (2008) menjelaskan bahwa laki-laki cenderung sebagai pelindung dan pemberi rasa aman, sehingga dalam menilai suatu mutu pelayanan kesehatan ada kecenderungan untuk lebih menuntut atau mengkritik jika mereka kurang puas.

b. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Tabel 4.2 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Umur	Jumlah	Persen
14 - < 18 tahun	1	1.25
18 - < 40 tahun	47	58.75
40 - < 60 tahun	32	40
≥ 60 tahun	0	0
Total	80	100

Sumber : Data Primer Terolah, Mei 2011

Berdasarkan tabel 4.2 di atas dapat dilihat bahwa dari 80 responden, sebanyak 1 responden atau 1,25% responden berusia 14 - < 18 tahun yang tergolong dalam kategori remaja, sebanyak 47 responden atau 58,75% responden berusia 18 - < 40 tahun yang tergolong dalam kategori dewasa dini dan sebanyak 32 responden atau 40% responden berusia 40 - < 60 tahun yang tergolong dalam kategori usia pertengahan. Dari data tersebut dapat diketahui bahwa sebagian besar responden berusia 18 - < 40 tahun yang berarti tergolong dalam kategori dewasa dini.

Menurut Levinson *et al* dalam Haditono *et al* (2001), menyatakan bahwa antara usia 17 dan 22 tahun seseorang ada dalam dua masa. Ia meninggalkan masa pra-dewasa dan memasuki masa dewasa awal yang mencakup tiga periode. Periode pertama adalah periode pengenalan dengan dunia orang dewasa (22-28 tahun). Orang mengakui dirinya sendiri serta dunia yang ia masuki dan berusaha untuk membentuk struktur kehidupan yang stabil. Orang mencari tempat dalam dunia kerja dan hubungan sosial. Pada akhir usia 20 tahun maka pemilihan struktur hidup ini makin menjadi penting. Pada usia antara 28-33 tahun pilihan struktur kehidupan ini menjadi lebih tetap dan stabil. Dalam fase kemantapan (33-40 tahun) orang dengan keyakinan yang mantap menemukan tempatnya dalam masyarakat dan berusaha untuk memajukan karir sebaik-baiknya. Pekerjaan dan kehidupan keluarga membentuk struktur peran yang memunculkan aspek-aspek kepribadian yang diperlukan dalam fase tersebut. Atas dasar tersebut, diasumsikan kelompok usia yang tergolong dalam kategori dewasa dini, dalam menilai suatu pelayanan kesehatan yang diterima ada kecenderungan untuk lebih menuntut atau mengkritik jika mereka kurang puas

c. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Tabel 4.3 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Pendidikan	Jumlah	Persen
Pendidikan Rendah	50	62.5
Pendidikan Menengah	22	27.5
Pendidikan Tinggi	8	10
Total	80	100

Sumber : Data Primer Terolah, Mei 2011

Berdasarkan tabel 4.3 di atas dapat dilihat bahwa dari 80 responden, sebanyak 50 responden atau 62,5% responden memiliki tingkat pendidikan rendah, sebanyak 22 responden atau 27,5% responden memiliki tingkat pendidikan menengah, dan sebanyak 8 responden atau 10% responden memiliki tingkat pendidikan tinggi. Dari data tersebut dapat diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan rendah. Namun responden yang memiliki tingkat pendidikan menengah dan tingkat pendidikan tinggi dapat berpengaruh terhadap persepsi atau penilaian mereka terhadap pelayanan kesehatan yang diterima. Pendidikan yang semakin tinggi akan meningkatkan permintaan terhadap pelayanan kesehatan yang lebih dan ada kecenderungan untuk lebih menuntut atau mengkritik jika mereka kurang puas (Munaryo, 2008).

d. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 4.4 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Pekerjaan	Jumlah	Persen
PNS/TNI/POLRI	7	8.75
Swasta	14	17.5
Wiraswasta	20	25
Pelajar/Mahasiswa	1	1.25
Petani	10	12.5
Buruh	4	5
Lain-lain (Ibu Rumah Tangga)	24	30
Total	80	100

Sumber : Data Primer Terolah, Mei 2011

Berdasarkan tabel 4.4 di atas dapat dilihat bahwa dari 80 responden, sebanyak 7 responden atau 8,75% responden bekerja sebagai PNS/TNI/POLRI, sebanyak 14 responden atau 17,5% responden bekerja sebagai karyawan swasta, sebanyak 20 responden atau 25% responden bekerja sebagai wiraswasta, sebanyak 1 responden atau 1,25% responden sebagai pelajar/mahasiswa, sebanyak 10 responden atau 12,5% responden bekerja sebagai petani, sebanyak 4 responden atau 5% responden bekerja sebagai buruh, dan sebanyak 24 responden atau 30% responden memiliki pekerjaan lain yang dalam hal ini adalah sebagai ibu rumah tangga. Dari data tersebut dapat diketahui bahwa sebagian besar responden tergolong ke dalam kelompok masyarakat yang bekerja. Kelompok masyarakat yang bekerja cenderung lebih banyak menuntut atau mengkritik terhadap pelayanan yang diterima (Munaryo, 2008).

#### **4.2 Identifikasi Tingkat Harapan Pasien Rawat Inap Terhadap Lima Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan di Instalasi Rawat Inap RSD dr. Soebandi Jember**

Menurut Oslon dan Dover, harapan pelanggan merupakan keyakinan pelanggan sebelum mencoba atau membeli suatu produk dan jasa, yang dijadikan standar atau acuan dalam menilai kinerja produk atau jasa tersebut. Harapan pelanggan (*expected service*) didefinisikan sebagai keinginan pelanggan (Tjiptono dan Chandra, 2005). Pada penelitian ini, untuk mendapatkan data mengenai tingkat harapan pasien rawat inap terhadap lima dimensi mutu pelayanan kesehatan di instalasi rawat inap RSD dr. Soebandi Jember, dilakukan wawancara dengan panduan wawancara berupa lembar kuesioner yang terdiri dari 32 butir pernyataan mengenai lima dimensi mutu pelayanan kesehatan yang meliputi: *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, *empathy*, dan *tangibles*. Tingkat harapan pasien rawat inap terhadap lima dimensi mutu pelayanan kesehatan di instalasi rawat inap RSD dr. Soebandi Jember, dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.5 Tingkat Harapan Pasien Rawat Inap Terhadap Lima Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan di Instalasi Rawat Inap RSD dr. Soebandi Jember

<b>Atribut Dimensi Mutu Pelayanan</b>	<b>N</b>	<b>Sum</b>	<b>Mean</b>	<b>Std. Deviation</b>
Ketepatan dokter dalam menetapkan diagnose penyakit	80	289	3.61	± .490
Ketepatan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan	80	288	3.60	± .493
Ketepatan waktu kunjungan atau <i>visite</i> dokter	80	289	3.61	± .490
Ketepatan waktu pelayanan pengobatan	80	291	3.64	± .484
Ketepatan waktu pelayanan pemberian makan	80	292	3.65	± .480
Ketepatan waktu pelayanan laboratorium	80	293	3.66	± .476
Kesesuaian pelayanan yang diberikan dengan yang diinformasikan	80	290	3.62	± .487
Kemampuan dokter cepat tanggap dalam menyelesaikan keluhan pasien	80	280	3.50	± .503
Kemampuan perawat cepat tanggap dalam menyelesaikan keluhan pasien	80	289	3.61	± .490
Pemberian informasi oleh dokter dengan jelas dan mudah dimengerti	80	288	3.60	± .493
Pemberian informasi oleh perawat dengan jelas dan mudah dimengerti	80	290	3.63	± .487
Kemudahan perawat untuk dihubungi	80	290	3.63	± .487
Pelayanan sopan dan ramah dari dokter	80	286	3.58	± .497
Pelayanan sopan dan ramah dari perawat	80	288	3.60	± .493
Jaminan keamanan pelayanan dan kepercayaan terhadap pelayanan	80	288	3.60	± .493
Keterampilan dokter dalam bekerja	80	290	3.63	± .487
Keterampilan perawat dalam bekerja	80	291	3.64	± .484
Perhatian dokter dalam mengenal pasien dengan baik	80	288	3.60	± .493
Perhatian perawat dalam mengenal pasien dengan baik	80	289	3.61	± .490
Perhatian dokter dalam mengingat dengan baik masalah pasien sebelumnya	80	288	3.60	± .493
Perhatian perawat dalam mengingat dengan baik masalah pasien sebelumnya	80	288	3.60	± .493

<b>Atribut Dimensi Mutu Pelayanan</b>	<b>N</b>	<b>Sum</b>	<b>Mean</b>	<b>Std. Deviation</b>
Pelayanan dokter tanpa memandang status sosial	80	274	3.42	± .497
Pelayanan perawat tanpa memandang status sosial	80	274	3.43	± .497
Komunikasi yang baik dengan dokter	80	291	3.64	± .484
Komunikasi yang baik dengan perawat	80	292	3.65	± .480
Perhatian dokter dalam memahami kebutuhan pasien	80	289	3.61	± .490
Perhatian perawat dalam memahami kebutuhan pasien	80	281	3.51	± .503
Kebersihan, kerapian, dan kenyamanan ruangan	80	292	3.65	± .480
Penataan tata letak ruang perawatan	80	288	3.60	± .493
Kelengkapan, kesiapan, dan kebersihan alat-alat yang dipakai	80	288	3.60	± .493
Penampilan dokter dari segi kerapian dan kebersihan	80	283	3.54	± .502
Penampilan perawat dari segi kerapian dan kebersihan	80	275	3.44	± .499
Valid N (listwise)	80			

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan di instalasi rawat inap RSD dr. Soebandi Jember yang mendapatkan harapan rendah dari responden adalah pelayanan dokter tanpa memandang status sosial, yaitu dengan rata-rata tingkat harapan sebesar 3,42. Sedangkan atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan di instalasi rawat inap RSD dr. Soebandi Jember yang mendapatkan harapan tinggi dari responden adalah ketepatan waktu pelayanan laboratorium, yaitu dengan rata-rata tingkat harapan sebesar 3,66.

Pada ukuran nilai tengah, beberapa distribusi dengan *mean* yang sama kemungkinan mempunyai variasi yang berbeda (Budiarto, 2001). Data mengenai *standard deviation* pada tabel tingkat harapan pasien di atas dapat digunakan untuk mengetahui variasi yang terjadi dalam satu kelompok pengamatan. Dari data di atas dapat diketahui bahwa, atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan yang memiliki nilai *standard deviation* tinggi adalah kemampuan dokter cepat tanggap dalam

menyelesaikan keluhan pasien dan perhatian perawat dalam memahami kebutuhan pasien, yaitu dengan nilai *standard deviation* sebesar 0,503. Sedangkan atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan yang memiliki nilai *standard deviation* rendah adalah ketepatan waktu pelayanan laboratorium, yaitu dengan nilai *standard deviation* sebesar 0,476. Hal ini menunjukkan bahwa variabilitas tingkat harapan pasien terhadap kemampuan dokter cepat tanggap dalam menyelesaikan keluhan pasien dan perhatian perawat dalam memahami kebutuhan pasien lebih besar dibandingkan variabilitas tingkat harapan pasien terhadap atribut ketepatan waktu pelayanan laboratorium. Nilai *standard deviation* yang semakin besar menunjukkan variabilitas yang semakin besar.

Deviasi standar (*standard deviation*) memegang peranan penting karena dapat memberikan gambaran tentang penyimpangan yang terjadi pada setiap nilai hasil pengamatan terhadap rata-rata suatu distribusi dan dapat menyatakan perbedaan penyimpangan beberapa distribusi (Budiarto, 2001). Pada penelitian ini, peneliti mencoba untuk menganalisis interval penyimpangan pada beberapa nilai hasil pengamatan tingkat harapan pasien terhadap atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan, antara lain:

- a. Atribut ketepatan waktu pelayanan laboratorium dimana atribut ini memiliki nilai tingkat rata-rata (*mean*) yang paling tinggi dibandingkan atribut yang lain dan nilai *standard deviation* yang paling rendah dibandingkan atribut lainnya. Dari tabel di atas dapat diketahui, nilai *mean* = 3,66 dan nilai *standard deviation* = 0,476. Selanjutnya dilakukan perhitungan antara nilai *mean* dengan nilai *standard deviation*, yaitu  $3,66 \pm 0,476$ .
- b. Atribut kemampuan dokter cepat tanggap dalam menyelesaikan keluhan pasien dimana atribut ini memiliki nilai *standard deviation* yang paling tinggi dibandingkan atribut lainnya. Dari tabel di atas dapat diketahui, nilai *mean* = 3,50 dan nilai *standard deviation* = 0,503. Selanjutnya dilakukan perhitungan antara nilai *mean* dengan nilai *standard deviation*, yaitu  $3,50 \pm 0,503$ .

- c. Atribut pelayanan dokter tanpa memandang status sosial dimana atribut ini memiliki nilai tingkat rata-rata (*mean*) yang paling rendah dibandingkan atribut lainnya. Dari tabel di atas dapat diketahui, nilai *mean* = 3,42 dan nilai *standard deviation* = 0,497. Selanjutnya dilakukan perhitungan antara nilai *mean* dengan nilai *standard deviation*, yaitu  $3,42 \pm 0,497$ .

Dari hasil perhitungan dengan tingkat kepercayaan 95% diperoleh hasil bahwa, interval penyimpangan tingkat harapan pasien terhadap atribut ketepatan waktu pelayanan laboratorium terletak pada nilai 3,184 – 4,136. Hal ini menunjukkan tingkat harapan pasien terhadap atribut ketepatan waktu pelayanan laboratorium terletak pada kategori berharap sampai sangat berharap. Untuk interval penyimpangan tingkat harapan pasien terhadap atribut kemampuan dokter cepat tanggap dalam menyelesaikan keluhan pasien terletak pada nilai 2,997 – 4,003. Hal ini menunjukkan tingkat harapan pasien terhadap atribut kemampuan dokter cepat tanggap dalam menyelesaikan keluhan pasien terletak pada kategori berharap sampai sangat berharap. Sedangkan untuk interval penyimpangan tingkat harapan pasien terhadap atribut pelayanan dokter tanpa memandang status sosial terletak pada nilai 2,923 – 3,917. Hal ini menunjukkan tingkat harapan pasien terhadap atribut pelayanan dokter tanpa memandang status sosial terletak pada kategori berharap sampai sangat berharap. Sehingga dapat disimpulkan bahwa, rata-rata interval penyimpangan tingkat harapan responden terhadap atribut dimensi mutu pelayanan berada pada kategori berharap sampai sangat berharap.

#### **4.3 Identifikasi Tingkat Persepsi Pasien Rawat Inap Terhadap Lima Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan di Instalasi Rawat Inap RSD dr. Soebandi Jember**

Mutu harus dimulai dari kebutuhan pelanggan dan berakhir pada persepsi pelanggan. Hal ini berarti bahwa citra mutu yang baik bukan berdasarkan sudut pandang atau persepsi dari pihak penyedia jasa pelayanan, tetapi berdasarkan sudut pandang atau persepsi pelanggan. Persepsi konsumen terhadap mutu pelayanan jasa



merupakan penilaian menyeluruh atas keunggulan jasa, karena konsumenlah yang menikmati jasa perusahaan dan menentukan mutunya (Tjiptono, 1996). Pada penelitian ini, untuk mendapatkan data mengenai tingkat persepsi atau penilaian pasien rawat inap terhadap lima dimensi mutu pelayanan kesehatan di instalasi rawat inap RSD dr. Soebandi Jember, dilakukan wawancara dengan panduan wawancara berupa lembar kuesioner yang terdiri dari 32 butir pernyataan mengenai lima dimensi mutu pelayanan kesehatan meliputi: *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, *empathy*, dan *tangibles*. Tingkat persepsi pasien rawat inap terhadap lima dimensi mutu pelayanan kesehatan di instalasi rawat inap RSD dr. Soebandi Jember, dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.6 Tingkat Persepsi Pasien Rawat Inap Terhadap Lima Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan di Instalasi Rawat Inap RSD dr. Soebandi Jember

<b>Atribut Dimensi Mutu Pelayanan</b>	<b>N</b>	<b>Sum</b>	<b>Mean</b>	<b>Std. Deviation</b>
Ketepatan dokter dalam menetapkan diagnosa penyakit	80	278	3.48	± .503
Ketepatan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan	80	277	3.46	± .502
Ketepatan waktu kunjungan atau <i>visite</i> dokter	80	251	3.14	± .590
Ketepatan waktu pelayanan pengobatan	80	281	3.51	± .503
Ketepatan waktu pelayanan pemberian makan	80	281	3.58	± .497
Ketepatan waktu pelayanan laboratorium	80	269	3.36	± .484
Kesesuaian pelayanan yang diberikan dengan yang diinformasikan	80	270	3.38	± .513
Kemampuan dokter cepat tanggap dalam menyelesaikan keluhan pasien	80	260	3.25	± .540
Kemampuan perawat cepat tanggap dalam menyelesaikan keluhan pasien	80	276	3.45	± .525
Pemberian informasi oleh dokter dengan jelas dan mudah dimengerti	80	253	3.16	± .737
Pemberian informasi oleh perawat dengan jelas dan mudah dimengerti	80	273	3.41	± .544
Kemudahan perawat untuk dihubungi	80	280	3.50	± .595
Pelayanan sopan dan ramah dari dokter	80	276	3.45	± .571
Pelayanan sopan dan ramah dari perawat	80	267	3.34	± .674

<b>Atribut Dimensi Mutu Pelayanan</b>	<b>N</b>	<b>Sum</b>	<b>Mean</b>	<b>Std. Deviation</b>
Jaminan keamanan pelayanan dan kepercayaan terhadap pelayanan	80	269	3.36	± .579
Keterampilan dokter dalam bekerja	80	286	3.51	± .503
Keterampilan perawat dalam bekerja	80	275	3.44	± .548
Perhatian dokter dalam mengenal pasien dengan baik	80	254	3.18	± .671
Perhatian perawat dalam mengenal pasien dengan baik	80	267	3.34	± .615
Perhatian dokter dalam mengingat dengan baik masalah pasien sebelumnya	80	259	3.24	± .680
Perhatian perawat dalam mengingat dengan baik masalah pasien sebelumnya	80	269	3.36	± .601
Pelayanan dokter tanpa memandang status sosial	80	261	3.26	± .443
Pelayanan perawat tanpa memandang status sosial	80	261	3.26	± .611
Komunikasi yang baik dengan dokter	80	258	3.23	± .616
Komunikasi yang baik dengan perawat	80	267	3.34	± .655
Perhatian dokter dalam memahami kebutuhan pasien	80	274	3.43	± .569
Perhatian perawat dalam memahami kebutuhan pasien	80	251	3.14	± .631
Kebersihan, kerapian, dan kenyamanan ruangan	80	226	2.82	± .742
Penataan tata letak ruang perawatan	80	248	3.10	± .722
Kelengkapan, kesiapan, dan kebersihan alat-alat yang dipakai	80	275	3.44	± .499
Penampilan dokter dari segi kerapian dan kebersihan	80	272	3.40	± .493
Penampilan perawat dari segi kerapian dan kebersihan	80	270	3.38	± .582
Valid N (listwise)	80			

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan di instalasi rawat inap RSD dr. Soebandi Jember yang mendapatkan persepsi atau penilaian rendah dari responden adalah kebersihan, kerapian, dan kenyamanan ruangan, yaitu dengan rata-rata tingkat persepsi sebesar

2,82. Sedangkan atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan di instalasi rawat inap RSD dr. Soebandi Jember yang mendapatkan persepsi atau penilaian tinggi dari responden adalah ketepatan waktu pelayanan pemberian makan, yaitu dengan rata-rata tingkat persepsi sebesar 3,58.

Pada ukuran nilai tengah, beberapa distribusi dengan *mean* yang sama kemungkinan mempunyai variasi yang berbeda (Budiarto, 2001). Data mengenai *standard deviation* pada tabel tingkat persepsi pasien rawat inap di atas dapat digunakan untuk mengetahui variasi yang terjadi dalam satu kelompok pengamatan. Dari data di atas dapat diketahui bahwa, atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan yang memiliki nilai *standard deviation* tinggi adalah kebersihan, kerapian, dan kenyamanan ruangan, yaitu dengan nilai *standard deviation* sebesar 0,742. Sedangkan atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan yang memiliki nilai *standard deviation* rendah adalah pelayanan dokter tanpa memandang status sosial, yaitu dengan nilai *standard deviation* sebesar 0,443. Hal ini menunjukkan bahwa variabilitas tingkat persepsi pasien rawat inap terhadap atribut kebersihan, kerapian dan kenyamanan ruangan lebih besar dibandingkan variabilitas tingkat persepsi pasien terhadap atribut pelayanan dokter tanpa memandang status sosial. Nilai *standard deviation* yang semakin besar menunjukkan variabilitas yang semakin besar.

Deviasi standar (*standard deviation*) memegang peranan penting karena dapat memberikan gambaran tentang penyimpangan yang terjadi pada setiap nilai hasil pengamatan terhadap rata-rata suatu distribusi dan dapat menyatakan perbedaan penyimpangan beberapa distribusi (Budiarto, 2001). Pada penelitian ini, peneliti mencoba untuk menganalisa interval penyimpangan pada beberapa nilai hasil pengamatan tingkat persepsi pasien terhadap atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan, antara lain:

- a. Atribut kebersihan, kerapian, dan kenyamanan ruangan dimana atribut ini memiliki nilai tingkat rata-rata (*mean*) yang paling rendah dibandingkan atribut yang lain dan nilai *standard deviation* yang paling tinggi dibandingkan atribut

lainnya. Dari tabel di atas dapat diketahui, nilai *mean* = 2,82 dan nilai *standard deviation* = 0,742. Selanjutnya dilakukan perhitungan antara nilai *mean* dengan nilai *standard deviation*, yaitu  $2,82 \pm 0,742$ .

- b. Atribut pelayanan dokter tanpa memandang status sosial dimana atribut ini memiliki nilai *standard deviation* yang paling rendah dibandingkan atribut lainnya. Dari tabel di atas dapat diketahui, nilai *mean* = 3,26 dan nilai *standard deviation* = 0,443. Selanjutnya dilakukan perhitungan antara nilai *mean* dengan nilai *standard deviation*, yaitu  $3,26 \pm 0,443$ .
- c. Atribut ketepatan waktu pelayanan pemberian makan dimana atribut ini memiliki nilai tingkat rata-rata (*mean*) yang paling tinggi dibandingkan atribut lainnya. Dari tabel di atas dapat diketahui, nilai *mean* = 3,58 dan nilai *standard deviation* = 0,497. Selanjutnya dilakukan perhitungan antara nilai *mean* dengan nilai *standard deviation*, yaitu  $3,58 \pm 0,497$ .

Dari hasil perhitungan dengan tingkat kepercayaan 95% diperoleh hasil bahwa, interval penyimpangan tingkat persepsi pasien terhadap atribut kebersihan, kerapian, dan kenyamanan ruangan terletak pada nilai 2,078 – 3,562. Hal ini menunjukkan tingkat persepsi pasien terhadap atribut kebersihan, kerapian, dan kenyamanan ruangan terletak pada kategori tidak baik sampai sangat baik. Untuk interval penyimpangan tingkat persepsi pasien terhadap atribut pelayanan dokter tanpa memandang status sosial terletak pada nilai 2,817 – 3,703. Hal ini menunjukkan tingkat persepsi pasien terhadap atribut pelayanan dokter tanpa memandang status sosial terletak pada kategori baik sampai sangat baik. Sedangkan untuk interval penyimpangan tingkat persepsi pasien terhadap atribut ketepatan waktu pelayanan pemberian makan terletak pada nilai 3,083 – 4,077. Hal ini menunjukkan tingkat persepsi pasien terhadap atribut ketepatan waktu pelayanan pemberian makan terletak pada kategori baik sampai sangat baik. Sehingga dapat disimpulkan bahwa, ada keragaman terkait interval penyimpangan tingkat persepsi responden terhadap atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan.

#### 4.4 Identifikasi Tingkat Rata-Rata Dari Nilai Harapan dan Nilai Persepsi Pasien Rawat Inap di RSD dr. Soebandi Jember

Tingkat rata-rata dari nilai harapan pasien pada tiap atribut dimensi mutu pelayanan diperoleh dari hasil pembagian antara skor total nilai harapan tiap atribut dengan jumlah responden dan untuk tingkat rata-rata dari nilai persepsi pasien pada tiap atribut dimensi mutu pelayanan diperoleh dari hasil pembagian antara skor total nilai persepsi tiap atribut dengan jumlah responden.

Sedangkan rata-rata dari rata-rata skor tingkat harapan seluruh atribut dimensi mutu pelayanan diperoleh dari hasil pembagian antara skor total rata-rata seluruh atribut dengan banyaknya atribut dimensi mutu pelayanan dan untuk rata-rata dari rata-rata skor tingkat persepsi seluruh atribut dimensi mutu pelayanan diperoleh dari hasil pembagian antara skor total rata-rata seluruh atribut dengan banyaknya atribut dimensi mutu pelayanan. Tingkat rata-rata dari nilai harapan dan nilai persepsi pasien rawat inap di RSD dr. Soebandi Jember, dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.7 Tingkat Rata-Rata dari Nilai Harapan dan Nilai Persepsi Pasien Rawat Inap di RSD dr. Soebandi Jember

Atribut Dimensi Mutu Pelayanan	Mean Persepsi	Mean Harapan
Ketepatan dokter dalam menetapkan diagnosa penyakit	3.48	3.61
Ketepatan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan	3.46	3.60
Ketepatan waktu kunjungan atau <i>visite</i> dokter	3.14	3.61
Ketepatan waktu pelayanan pengobatan	3.51	3.64
Ketepatan waktu pelayanan pemberian makan	3.58	3.65
Ketepatan waktu pelayanan laboratorium	3.36	3.66
Kesesuaian pelayanan yang diberikan dengan yang diinformasikan	3.38	3.62
Kemampuan dokter cepat tanggap dalam menyelesaikan keluhan pasien	3.25	3.50
Kemampuan perawat cepat tanggap dalam menyelesaikan keluhan pasien	3.45	3.61
Pemberian informasi oleh dokter dengan jelas dan mudah dimengerti	3.16	3.60
Pemberian informasi oleh perawat dengan jelas dan mudah dimengerti	3.41	3.63

<b>Atribut Dimensi Mutu Pelayanan</b>	<b>Mean Persepsi</b>	<b>Mean Harapan</b>
Kemudahan perawat untuk dihubungi	3.50	3.63
Pelayanan sopan dan ramah dari dokter	3.45	3.58
Pelayanan sopan dan ramah dari perawat	3.34	3.60
Jaminan keamanan pelayanan dan kepercayaan terhadap pelayanan	3.36	3.60
Keterampilan dokter dalam bekerja	3.51	3.63
Keterampilan perawat dalam bekerja	3.44	3.64
Perhatian dokter dalam mengenal pasien dengan baik	3.18	3.60
Perhatian perawat dalam mengenal pasien dengan baik	3.34	3.61
Perhatian dokter dalam mengingat dengan baik masalah pasien sebelumnya	3.24	3.60
Perhatian perawat dalam mengingat dengan baik masalah pasien sebelumnya	3.36	3.60
Pelayanan dokter tanpa memandang status sosial	3.26	3.42
Pelayanan perawat tanpa memandang status sosial	3.26	3.43
Komunikasi yang baik dengan dokter	3.23	3.64
Komunikasi yang baik dengan perawat	3.34	3.65
Perhatian dokter dalam memahami kebutuhan pasien	3.43	3.61
Perhatian perawat dalam memahami kebutuhan pasien	3.14	3.51
Kebersihan, kerapian, dan kenyamanan ruangan	2.82	3.65
Penataan tata letak ruang perawatan	3.10	3.60
Kelengkapan, kesiapan, dan kebersihan alat-alat yang dipakai	3.44	3.60
Penampilan dokter dari segi kerapian dan kebersihan	3.40	3.54
Penampilan perawat dari segi kerapian dan kebersihan	3.38	3.44
Rata-rata seluruh atribut	3.33	3.59

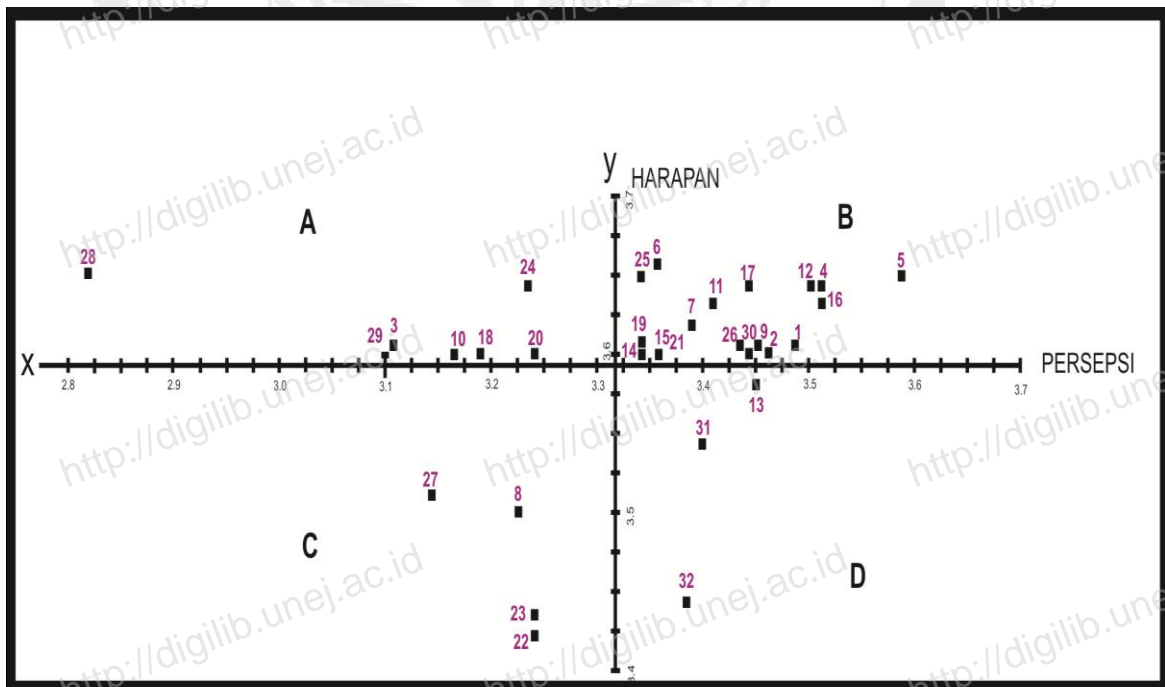
Rata-rata dari rata-rata skor tingkat persepsi dan harapan seluruh atribut dimensi mutu pelayanan pada tabel di atas digunakan sebagai dasar untuk menyusun matrik atau diagram kartesius. Dimana matrik atau diagram kartesius merupakan suatu bangun yang dibagi atas empat bagian yang dibatasi oleh dua garis berpotongan tegak lurus pada titik-titik  $(\bar{X}, \bar{Y})$  dimana  $\bar{X}$  merupakan rata-rata dari rata-rata skor

tingkat persepsi atau penilaian seluruh faktor atau atribut dan  $\bar{\bar{Y}}$  adalah rata-rata dari rata-rata skor tingkat harapan seluruh faktor atau atribut. Dari tabel di atas dapat diketahui nilai  $\bar{\bar{X}}$  sebesar 3,33 dan nilai  $\bar{\bar{Y}}$  sebesar 3,59.

Sedangkan rata-rata nilai harapan dan nilai persepsi tiap atribut dimensi mutu pelayanan pada tabel di atas digunakan untuk menentukan posisi dari masing-masing atribut dimensi mutu pelayanan dalam matrik atau diagram kartesius.

#### 4.5 Penentuan Posisi Atribut Dimensi Mutu Pelayanan Rawat Inap di RSD dr. Soebandi Jember

Tabel 4.7 menyajikan rata-rata dari rata-rata skor tingkat persepsi dan harapan seluruh atribut dimensi mutu pelayanan ( $\bar{\bar{X}}$ ,  $\bar{\bar{Y}}$ ) dengan nilai  $\bar{\bar{X}}$  sebesar 3,33 dan nilai  $\bar{\bar{Y}}$  sebesar 3,59. Sehingga matrik atau diagram kartesius terbagi menjadi empat bagian (kuadran A, kuadran B, kuadran C, dan kuadran D) dibatasi oleh dua garis berpotongan tegak lurus pada titik  $\bar{\bar{X}}=3,33$  dan  $\bar{\bar{Y}}=3,59$ . Penyajian dari tiap-tiap atribut dimensi mutu pelayanan pada diagram kartesius adalah sebagai berikut:



Gambar 4.1 Posisi Atribut Dimensi Mutu Pelayanan Rawat Inap

Gambar 4.1 memperlihatkan posisi dari tiap-tiap atribut dimensi mutu pelayanan yang terbagi menjadi empat bagian (kuadran A, kuadran B, kuadran C, dan kuadran D). Adapun interpretasi dan implikasi dari tiap bagian dalam diagram kartesius adalah sebagai berikut:

a. Kuadran A (*high priority*)

Atribut-atribut dimensi mutu pelayanan yang terletak dalam kuadran A (*high priority*) memiliki rata-rata tingkat persepsi atau penilaian tiap atribut lebih kecil dari rata-rata nilai tingkat persepsi atau penilaian seluruh atribut ( $\bar{X} < \bar{\bar{X}}$ ) dan memiliki rata-rata tingkat harapan tiap atribut lebih besar dari rata-rata nilai tingkat harapan seluruh atribut ( $\bar{Y} > \bar{\bar{Y}}$ ). Adapun Atribut-atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kuadran A antara lain sebagai berikut:

1. Ketepatan waktu kunjungan atau *visite* dokter
2. Pemberian informasi oleh dokter dengan jelas dan mudah dimengerti
3. Perhatian dokter dalam mengenal pasien dengan baik
4. Perhatian dokter dalam mengingat dengan baik masalah (penyakit/keluhan) pasien sebelumnya
5. Komunikasi yang baik dengan dokter
6. Kebersihan, kerapian, dan kenyamanan ruangan
7. Penataan tata letak ruang perawatan

Mutu adalah gambaran dan karakteristik menyeluruh dari barang dan atau jasa yang menunjukkan kemampuannya dalam memuaskan kebutuhan pelanggan baik berupa kebutuhan yang dinyatakan maupun kebutuhan yang tersirat (Supriyanto, 2003). Sedangkan menurut Lori Di Prete Brown, *et al* dalam Wijono (1999), mutu merupakan fenomena yang komprehensif dan multifacet. Kegiatan menjaga mutu dapat menyangkut satu atau beberapa dimensi antara lain seperti: kompetensi teknis, akses, hubungan antar manusia, dan kenyamanan, kenikmatan.

Atribut yang termasuk dalam dimensi kompetensi teknis adalah ketepatan waktu kunjungan atau *visite* dokter. Dimensi kompetensi teknis terkait dengan keterampilan,



dan kemampuan petugas, manajer dan staf pendukung. Kompetensi teknis berhubungan dengan bagaimana cara petugas mengikuti standar pelayanan yang telah ditetapkan dalam hal: dapat dipertanggungjawabkan atau diandalkan (*dependability*), ketepatan (*accuracy*), ketahanan uji (*reliability*) dan konsistensi (*consistency*) (Wijono, 1999).

Menurut Zeithmal dalam Gaspersz (2003), menyatakan bahwa kehandalan suatu rumah sakit dapat dilihat dari kemampuan rumah sakit untuk memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan. Hal ini berarti bahwa jasa rumah sakit dikatakan handal apabila mampu memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan jadwal dan waktu yang ditetapkan sehingga pasien tidak menunggu lama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Membiarkan konsumen tanpa adanya suatu alasan yang jelas menyebabkan persepsi yang negatif dalam kualitas pelayanan (Supranto, 1997).

Atribut yang termasuk dalam dimensi akses terhadap pelayanan adalah pemberian informasi oleh dokter dengan jelas dan mudah dimengerti. Dalam Wijono (1999), menjelaskan bahwa akses berarti bahwa pelayanan kesehatan tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, budaya, organisasi atau hambatan bahasa. Akses bahasa berarti bahwa pelayanan diberikan dalam bahasa atau dialek setempat yang dipahami pasien.

Atribut yang termasuk dalam dimensi hubungan antar manusia antara lain: perhatian dokter dalam mengenal pasien dengan baik, perhatian dokter dalam mengingat dengan baik masalah (penyakit/keluhan) pasien sebelumnya, dan komunikasi yang baik dengan dokter. Dimensi hubungan antar manusia berkaitan dengan interaksi antara petugas kesehatan dengan pasien, manajer dengan petugas, dan antara tim kesehatan dengan masyarakat. Hubungan antar manusia yang baik menanamkan kepercayaan dan kredibilitas dengan cara: menghargai, menjaga rahasia, menghormati, *responsive*, dan memberikan perhatian. Mendengarkan keluhan dan berkomunikasi secara efektif juga penting. Hubungan antar manusia

yang kurang baik akan mengurangi efektifitas dari kompetensi teknis pelayanan kesehatan. Pasien yang diperlakukan kurang baik cenderung untuk mengabaikan saran dan nasehat petugas kesehatan, atau tidak mau berobat ke tempat tersebut (Wijono, 1999).

Sedangkan atribut yang termasuk dalam dimensi kenyamanan, kenikmatan antara lain: kebersihan, kerapian, dan kenyamanan ruangan dan penataan tata letak ruang perawatan. Dimensi kenyamanan atau kenikmatan (*amenities*) berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang tidak berhubungan langsung dengan efektifitas klinis, tetapi dapat mempengaruhi kepuasan pasien dan bersedianya untuk kembali ke fasilitas kesehatan untuk memperoleh pelayanan berikutnya. *Amenities* juga penting karena dapat mempengaruhi kepercayaan pasien dalam pelayanan kesehatan. Bila biaya berobat menjadi pertimbangan, maka *amenities* akan mempengaruhi kemauan pasien untuk membayar pelayanan. Unsur *amenities* yang lain, misalnya hal-hal yang membuat waktu tunggu lebih menyenangkan seperti adanya musik, televisi, majalah dan lain-lain. Kebersihan, adanya kamar kecil, dan sekat atau gordyn di ruang pemeriksa juga merupakan faktor penting untuk menarik pasien yang dapat menjamin kelangsungan berobat dan meningkatkan cakupan (Wijono, 1999).

Atribut-atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan yang berada dalam kuadran ini menunjukkan atribut yang mempengaruhi kepuasan pasien RSD dr. Soebandi Jember dan penanganannya perlu diprioritaskan oleh rumah sakit, karena keberadaan atribut-atribut dimensi pelayanan kesehatan di atas dinilai sangat penting oleh pasien sedangkan tingkat pelaksanaannya masih belum memuaskan. Oleh karena itu, diperlukan suatu strategi peningkatan mutu pelayanan agar pelayanan kesehatan yang diberikan terkait atribut-atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan di atas dapat memenuhi harapan pelanggan.

b. Kuadran B (*maintained achievement*)

Atribut-atribut dimensi mutu pelayanan yang terletak dalam kuadran B (*maintained achievement*) memiliki rata-rata tingkat persepsi atau penilaian tiap atribut lebih besar dari rata-rata nilai tingkat persepsi atau penilaian seluruh atribut ( $\bar{X} > \bar{\bar{X}}$ ) dan memiliki rata-rata tingkat harapan tiap atribut lebih besar dari rata-rata nilai tingkat harapan seluruh atribut ( $\bar{Y} > \bar{\bar{Y}}$ ). Adapun Atribut-atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kuadran B antara lain sebagai berikut:

- 1) Ketepatan dokter dalam menetapkan diagnosa penyakit
- 2) Ketepatan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan
- 3) Ketepatan waktu pelayanan pengobatan
- 4) Ketepatan waktu pelayanan pemberian makan
- 5) Ketepatan waktu pelayanan laboratorium
- 6) Kesesuaian pelayanan yang diberikan dengan yang diinformasikan
- 7) Kemampuan perawat cepat tanggap dalam menyelesaikan keluhan pasien
- 8) Pemberian informasi oleh perawat dengan jelas dan mudah dimengerti
- 9) Kemudahan perawat untuk dihubungi
- 10) Pelayanan sopan dan ramah dari perawat
- 11) Jaminan keamanan pelayanan dan kepercayaan terhadap pelayanan
- 12) Keterampilan dokter dalam bekerja
- 13) Keterampilan perawat dalam bekerja
- 14) Perhatian perawat dalam mengenal pasien dengan baik
- 15) Perhatian perawat dalam mengingat dengan baik masalah (penyakit/keluhan) pasien sebelumnya
- 16) Komunikasi yang baik dengan perawat
- 17) Perhatian dokter dalam memahami kebutuhan pasien
- 18) Kelengkapan, kesiapan, dan kebersihan alat-alat yang dipakai

Mutu adalah gambaran dan karakteristik menyeluruh dari barang dan atau jasa yang menunjukkan kemampuannya dalam memuaskan kebutuhan pelanggan baik

berupa kebutuhan yang dinyatakan maupun kebutuhan yang tersirat (Supriyanto, 2003). Sedangkan menurut Lori Di Prete Brown, *et al* dalam Wijono (1999), mutu merupakan fenomena yang komprehensif dan multifacet. Kegiatan menjaga mutu dapat menyangkut satu atau beberapa dimensi antara lain seperti: kompetensi teknis, akses, hubungan antar manusia, keamanan (*safety*) dan kenyamanan, kenikmatan.

Atribut yang termasuk dalam faktor kompetensi teknis antara lain: ketepatan dokter dalam menetapkan diagnosa penyakit, ketepatan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan, ketepatan waktu pelayanan pengobatan, ketepatan waktu pelayanan pemberian makan, ketepatan waktu pelayanan laboratorium, kesesuaian pelayanan yang diberikan dengan yang diinformasikan, dan kemampuan perawat cepat tanggap dalam menyelesaikan keluhan pasien. Dimensi kompetensi teknis terkait dengan keterampilan, dan kemampuan petugas, manajer dan staf pendukung. Kompetensi teknis berhubungan dengan bagaimana cara petugas mengikuti standar pelayanan yang telah ditetapkan dalam hal: dapat dipertanggungjawabkan atau diandalkan (*dependability*), ketepatan (*accuracy*), ketahanan uji (*reliability*) dan konsistensi (*consistency*) (Wijono, 1999).

Menurut Zeithmal dalam Gaspersz (2003), menyatakan bahwa kehandalan suatu rumah sakit dapat dilihat dari kemampuan rumah sakit untuk memberi pelayanan kesehatan sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan. Hal ini berarti bahwa jasa rumah sakit dikatakan handal apabila mampu memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan jadwal dan waktu yang ditetapkan sehingga pasien tidak menunggu lama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Sedangkan menurut Gaspersz (2003), menyatakan bahwa pada umumnya pelanggan menginginkan produk yang memiliki karakteristik lebih cepat (*faster*), lebih murah (*cheaper*), dan lebih baik (*better*). Karakteristik lebih cepat (*faster*) biasanya berkaitan dengan dimensi waktu yang menggambarkan kecepatan dan kemudahan atau kenyamanan untuk memperoleh produk itu.

Atribut yang termasuk dalam dimensi akses terhadap pelayanan antara lain: pemberian informasi oleh perawat dengan jelas dan mudah dimengerti dan kemudahan perawat untuk dihubungi. Dalam Wijono (1999), menjelaskan bahwa akses berarti bahwa pelayanan kesehatan tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, budaya, organisasi atau hambatan bahasa. Akses bahasa berarti bahwa pelayanan diberikan dalam bahasa atau dialek setempat yang dipahami pasien. Selain itu, hubungan yang berkesinambungan dengan pelanggan mengandung pengertian bahwa hubungan penyedia pelayanan dengan pasien merupakan upaya penyembuhan yang berkesinambungan (*continuity of care*), bukan sekedar kunjungan tatap muka. Pelayanan kesehatan harus bersifat responsif terhadap pelanggan kapan saja bila dibutuhkan dengan berbagai cara akses yang memungkinkan (Koentjoro, 2007).

Atribut yang termasuk dalam dimensi hubungan antar manusia antara lain: pelayanan sopan dan ramah dari perawat, perhatian perawat dalam mengenal pasien dengan baik, perhatian perawat dalam mengingat dengan baik masalah (penyakit/keluhan) pasien sebelumnya, komunikasi yang baik dengan perawat, dan perhatian dokter dalam memahami kebutuhan pasien. Dimensi hubungan antar manusia berkaitan dengan interaksi antara petugas kesehatan dengan pasien, manajer dengan petugas, dan antara tim kesehatan dengan masyarakat. Hubungan antar manusia yang baik menanamkan kepercayaan dan kredibilitas dengan cara: menghargai, menjaga rahasia, menghormati, *responsive*, dan memberikan perhatian. Mendengarkan keluhan dan berkomunikasi secara efektif juga penting (Wijono, 1999).

Atribut yang termasuk dalam dimensi keamanan antara lain: jaminan keamanan pelayanan dan kepercayaan terhadap pelayanan, keterampilan dokter dalam bekerja, dan keterampilan perawat dalam bekerja. Menurut Parasuraman dalam Tjiptono (1997), menyatakan bahwa jaminan adalah kemampuan karyawan untuk menimbulkan keyakinan dan kepercayaan terhadap janji yang telah dikemukakan

kepada pelanggan. Jaminan yang diberikan oleh rumah sakit adalah meliputi pengetahuan, keterampilan dan kepercayaan yang dimiliki oleh tenaga medis, paramedis dan non medis serta reputasi rumah sakit tersebut di masyarakat. Dimensi keamanan (*safety*) berarti mengurangi resiko cedera, infeksi, efek samping, atau bahaya lain yang berkaitan dengan pelayanan (Wijono, 1999).

Sedangkan atribut yang termasuk dalam dimensi kenyamanan, kenikmatan adalah kelengkapan, kesiapan, dan kebersihan alat-alat yang dipakai. Dimensi kenyamanan atau kenikmatan (*amenities*) berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang tidak berhubungan langsung dengan efektifitas klinis, tetapi dapat mempengaruhi kepuasan pasien dan bersedianya untuk kembali ke fasilitas kesehatan untuk memperoleh pelayanan berikutnya. *Amenities* juga penting karena dapat mempengaruhi kepercayaan pasien dalam pelayanan kesehatan. *Amenities* juga berkaitan dengan penampilan fisik dari fasilitas kesehatan, personil, dan peralatan medis maupun non medis (Wijono, 1999).

Atribut-atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan yang berada dalam kuadran ini menunjukkan atribut yang mempengaruhi kepuasan pasien RSD dr. Soebandi Jember pada umumnya tingkat pelaksanaannya telah sesuai dengan harapan pasien. Sehingga atribut-atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan di atas perlu dipertahankan pelaksanaannya sehingga dapat memuaskan pasien.

c. Kuadran C (*low priority*)

Atribut-atribut dimensi mutu pelayanan yang terletak dalam kuadran C (*low priority*) memiliki rata-rata tingkat persepsi atau penilaian tiap atribut lebih kecil dari rata-rata nilai tingkat persepsi atau penilaian seluruh atribut ( $\bar{X} < \bar{\bar{X}}$ ) dan memiliki rata-rata tingkat harapan tiap atribut lebih kecil dari rata-rata nilai tingkat harapan seluruh atribut ( $\bar{Y} < \bar{\bar{Y}}$ ). Adapun Atribut-atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kuadran C antara lain sebagai berikut:

- 1) Kemampuan dokter cepat tanggap dalam menyelesaikan keluhan pasien

- 2) Pelayanan dokter tanpa memandang status sosial
- 3) Pelayanan perawat tanpa memandang status sosial
- 4) Perhatian perawat dalam memahami kebutuhan pasien

Mutu adalah gambaran dan karakteristik menyeluruh dari barang dan atau jasa yang menunjukkan kemampuannya dalam memuaskan kebutuhan pelanggan baik berupa kebutuhan yang dinyatakan maupun kebutuhan yang tersirat (Supriyanto, 2003). Sedangkan menurut Lori Di Prete Brown, *et al* dalam Wijono (1999), mutu merupakan fenomena yang komprehensif dan multifacet. Kegiatan menjaga mutu dapat menyangkut satu atau beberapa dimensi antara lain seperti: kompetensi teknis dan hubungan antar manusia.

Atribut yang termasuk dalam dimensi kompetensi teknis adalah kemampuan dokter cepat tanggap dalam menyelesaikan keluhan pasien. Kompetensi teknis terkait dengan keterampilan dan kemampuan petugas, manajer dan staf pendukung. Kompetensi teknis berhubungan dengan bagaimana cara petugas mengikuti standar pelayanan yang telah ditetapkan dalam hal: dapat dipertanggungjawabkan atau diandalkan (*dependability*), ketepatan (*accuracy*), ketahanan uji (*reliability*) dan konsistensi (*consistency*) (Wijono, 1999). Menurut Gaspersz (2003), menyatakan bahwa pada umumnya pelanggan menginginkan produk yang memiliki karakteristik lebih cepat (*faster*), lebih murah (*cheaper*), dan lebih baik (*better*). Karakteristik lebih cepat (*faster*) biasanya berkaitan dengan dimensi waktu yang menggambarkan kecepatan dan kemudahan atau kenyamanan untuk memperoleh produk itu.

Sedangkan atribut yang termasuk dalam dimensi hubungan antar manusia antara lain: pelayanan dokter dan perawat tanpa memandang status sosial dan perhatian perawat dalam memahami kebutuhan pasien. Dimensi hubungan antar manusia berkaitan dengan interaksi antara petugas kesehatan dengan pasien, manajer dengan petugas, dan antara tim kesehatan dengan masyarakat. Hubungan antar manusia yang baik menanamkan kepercayaan dan kredibilitas dengan cara: menghargai, menjaga rahasia, menghormati, *responsive*, dan memberikan perhatian. Mendengarkan

keluhan dan berkomunikasi secara efektif juga penting. Hubungan antar manusia yang kurang baik akan mengurangi efektifitas dari kompetensi teknis pelayanan kesehatan. Pasien yang diperlakukan kurang baik cenderung untuk mengabaikan saran dan nasehat petugas kesehatan, atau tidak mau berobat ke tempat tersebut (Wijono, 1999).

Atribut-atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan yang berada dalam kuadran ini menunjukkan atribut yang mempengaruhi kepuasan pasien RSD dr. Soebandi Jember dinilai atau dianggap kurang penting bagi pasien, sedangkan kualitas pelaksanaannya biasa-biasa saja atau cukup. Oleh karena itu, diperlukan suatu strategi agar rumah sakit dapat mengetahui mengapa pasien menganggap atribut-atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan di atas kurang penting pengaruhnya bagi mereka, sehingga diharapkan nantinya atribut-atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan di atas dapat menjadi prioritas penting dalam pemberian pelayanan kesehatan.

d. Kuadran D (*abundant*)

Atribut-atribut dimensi mutu pelayanan yang terletak dalam kuadran D (*abundant*) memiliki rata-rata tingkat persepsi atau penilaian tiap atribut lebih besar dari rata-rata nilai tingkat persepsi atau penilaian seluruh atribut ( $\bar{X} > \bar{\bar{X}}$ ) dan memiliki rata-rata tingkat harapan tiap atribut lebih kecil dari rata-rata nilai tingkat harapan seluruh atribut ( $\bar{Y} < \bar{\bar{Y}}$ ). Adapun Atribut-atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kuadran D antara lain sebagai berikut:

- 1) Pelayanan sopan dan ramah dari dokter
- 2) Penampilan dokter dari segi kerapian dan kebersihan
- 3) Penampilan perawat dari segi kerapian dan kebersihan

Mutu adalah gambaran dan karakteristik menyeluruh dari barang dan atau jasa yang menunjukkan kemampuannya dalam memuaskan kebutuhan pelanggan baik berupa kebutuhan yang dinyatakan maupun kebutuhan yang tersirat (Supriyanto, 2003). Sedangkan menurut Lori Di Prete Brown, *et al* dalam Wijono (1999), mutu



merupakan fenomena yang komprehensif dan multifacet. Kegiatan menjaga mutu dapat menyangkut satu atau beberapa dimensi antara lain seperti: hubungan antar manusia dan kenyamanan, kenikmatan.

Atribut yang termasuk dalam dimensi hubungan antar manusia adalah pelayanan sopan dan ramah dari dokter. Dimensi hubungan antar manusia berkaitan dengan interaksi antara petugas kesehatan dengan pasien, manajer dengan petugas, dan antara tim kesehatan dengan masyarakat. Hubungan antar manusia yang baik menanamkan kepercayaan dan kredibilitas dengan cara: menghargai, menjaga rahasia, menghormati, *responsive*, dan memberikan perhatian (Wijono, 1999).

Sedangkan atribut yang termasuk dalam dimensi kenyamanan, kenikmatan adalah penampilan dokter dan perawat dari segi kerapian dan kebersihan. Dimensi kenyamanan atau kenikmatan (*amenities*) berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang tidak berhubungan langsung dengan efektifitas klinis, tetapi dapat mempengaruhi kepuasan pasien dan bersedianya untuk kembali ke fasilitas kesehatan untuk memperoleh pelayanan berikutnya. *Amenities* juga penting karena dapat mempengaruhi kepercayaan pasien dalam pelayanan kesehatan. *Amenities* juga berkaitan dengan penampilan fisik dari fasilitas kesehatan, personil, dan peralatan medis maupun non medis (Wijono, 1999).

Atribut-atribut dimensi mutu pelayanan yang berada dalam kuadran ini menunjukkan atribut yang mempengaruhi kepuasan pasien RSD dr. Soebandi Jember dinilai berlebihan dalam pelaksanaannya, hal ini terutama disebabkan karena pasien menganggap tidak terlalu penting terhadap adanya atribut-atribut di atas, akan tetapi pelaksanaannya dilakukan dengan baik sekali oleh rumah sakit, sehingga sangat memuaskan. Rumah sakit perlu mencari tahu mengapa pasien menganggap atribut-atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan di atas dinilai kurang penting bagi mereka dan diperlukan suatu strategi agar pasien dapat mengerti dan memahami pentingnya atribut-atribut tersebut.

#### **4.6 Strategi Peningkatan Mutu Pelayanan Rawat Inap di RSD dr. Soebandi Jember**

Menurut Afif dalam Supriyanto (2003), menyatakan bahwa strategi adalah suatu tindakan penyesuaian atau rencana untuk mengadakan reaksi terhadap situasi lingkungan tertentu (baru dan khas) yang dapat dianggap penting dimana tindakan penyesuaian tersebut dilakukan secara sadar berdasarkan pertimbangan yang wajar. Dalam penelitian ini, berdasarkan penentuan posisi atribut dimensi mutu pelayanan rawat inap dengan menggunakan metode *service quality* di atas, rumah sakit dapat menentukan strategi dan mengambil langkah dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan di instalasi rawat inap berdasarkan prioritas yang ada pada masing-masing kuadran.

Adapun strategi peningkatan mutu pelayanan kesehatan di instalasi rawat inap RSD dr. Soebandi Jember yang dapat dilakukan berdasarkan atribut-atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

a. Kuadran A (*high priority*)

Atribut-atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan yang berada dalam kuadran A, antara lain:

- 1) Ketepatan waktu kunjungan atau *visite* dokter
- 2) Pemberian informasi oleh dokter dengan jelas dan mudah dimengerti
- 3) Perhatian dokter dalam mengenal pasien dengan baik
- 4) Perhatian dokter dalam mengingat dengan baik masalah (penyakit/keluhan) pasien sebelumnya
- 5) Komunikasi yang baik dengan dokter
- 6) Kebersihan, kerapian, dan kenyamanan ruangan
- 7) Penataan tata letak ruang perawatan

Berdasarkan posisi atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan di atas, dapat disimpulkan bahwa masyarakat sudah mulai menyadari akan pentingnya mutu pelayanan kesehatan, dan masyarakat sudah mulai mengharapkan pelayanan

kesehatan yang lebih baik. Menurut Supriyanto (2003), menyatakan bahwa dewasa ini kemampuan atau daya beli masyarakat meningkat sehingga ada kecenderungan bahwa faktor biaya tidak lagi menjadi pertimbangan utama. *Customer* cenderung memilih institusi pelayanan kesehatan yang menyediakan pelayanan yang dapat memberikan kenyamanan daripada institusi pelayanan kesehatan yang hanya menekankan pada aspek medik. Selain itu, *customer* sering kali menggunakan dimensi *service* untuk menilai kualitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan.

Strategi peningkatan mutu yang dapat dilakukan jika posisi rumah sakit terletak di kuadran ini yaitu dengan cara meningkatkan kinerja pelayanan untuk memenuhi harapan pasien. Adapun cara umum yang dapat dilakukan antara lain:

- a) Pengembangan produk jasa layanan
- b) Adanya spesifikasi pelayanan jasa.
- c) Kelonggaran, cara pembayaran, potongan dan keringanan biaya perawatan.
- d) Harga kelas perawatan, tindakan operasi dan obat yang wajar dan terjangkau.
- e) Adanya sistem informasi yang jelas bagi pasien, misalnya rambu petunjuk jalan, iklan-iklan kesehatan dan lainnya.
- f) Aksesibilitas dan kemudahan mendapatkan pelayanan (keterjangkauan lokasi, sarana angkutan).
- g) Kenyamanan ruang perawatan dan tempat parkir.
- h) Ketepatan waktu pelayanan (waktu tunggu, dan waktu proses).
- i) Akurasi pelayanan (keterampilan dan keahlian dokter).
- j) Kesopanan dan keramahan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- k) Hubungan interaksi yang baik antara petugas dan pasien dan lainnya.

Terkait ketepatan waktu kunjungan atau *visite* dokter, pihak rumah sakit dapat melakukan suatu upaya peningkatan dengan cara diberlakukannya konsolidasi dan monitoring serta evaluasi terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan, baik terhadap tenaga medis maupun paramedis khususnya di ruang perawatan agar pelayanan kesehatan yang diberikan tepat waktu, sehingga pasien merasa diperhatikan dan tidak

terlalu lama menunggu pelayanan kesehatan. Pihak rumah sakit juga perlu melakukan suatu bentuk komunikasi atau pemahaman kepada tenaga medis untuk memberikan alasan yang jelas kepada pasien atau keluarga pasien terkait keterlambatan kunjungan atau *visite* dokter agar tidak menimbulkan persepsi yang negatif pada benak mereka terhadap pelayanan yang mereka terima.

Pemberian informasi oleh dokter dengan jelas dan mudah dimengerti berhubungan dengan lama waktu pemeriksaan. Agar dapat memberikan pelayanan yang sesuai dengan harapan pasien, tenaga medis (dokter) perlu meluangkan waktu lebih lama dari biasanya untuk memberikan informasi kepada pasien atau keluarga pasien dengan bahasa atau dialek yang mudah dipahami sampai mereka mengetahui dan mengerti kondisi pasien. Selain itu, perhatian dokter mengenal pasien dengan baik dan mengingat penyakit atau keluhan pasien sebelumnya dapat dilakukan dengan kesediaan dokter untuk minimal mengetahui nama pasien dan selalu menanyakan bagaimana kondisi atau perasaan pasien setiap waktu kunjungan atau *visite*. Hal ini sesuai dengan hak-hak pasien dalam Djodibroto (1997), antara lain bahwa pasien berhak menerima perawatan yang diberikan kepadanya dengan sopan dan penuh perhatian. Selain itu pasien berhak menerima keterangan lengkap dan jelas dari dokternya mengenai diagnosis, perawatan, dan prognosinya melalui istilah yang mudah ditangkap dan dimengerti oleh pasien. Sehingga tercipta suatu komunikasi yang baik antara dokter dengan pasien dan keluarga pasien.

Terkait kebersihan, kerapian, dan kenyamanan ruangan, pihak rumah sakit perlu meningkatkan lagi pelaksanaannya yang disesuaikan dengan tata cara pelaksanaan pembersihan. Adapun tata cara pelaksanaan pembersihan (Djodibroto, 1997), adalah sebagai berikut:

- a) Kegiatan pembersihan ruang sebaiknya dilakukan pada pagi dan sore hari
- b) Pembersihan lantai di ruang perawatan pasien dilakukan setelah pembenahan tempat tidur pasien, setelah jam makan, setelah jam kunjungan dokter, setelah kunjungan keluarga, dan sewaktu-waktu bilamana diperlukan

- c) Harus dihindari cara pembersihan yang dapat menebarkan debu
- d) Pembersihan lantai dimulai dari bagian ruangan paling dalam dan bergerak menuju ke arah luar
- e) Sewaktu mengepel lantai semua perabotan ruangan diangkat atau digeser agar pembersihan lantai sempurna
- f) Setiap percikan ludah, darah, eksudat pada dinding atau lantai harus segera dibersihkan dengan menggunakan antiseptik.

Kegiatan di atas juga diperlukan adanya suatu monitoring dan evaluasi, agar pelaksanaan kegiatan untuk menciptakan kondisi yang bersih, rapi, dan nyaman terlaksana sesuai dengan tata aturan yang berlaku.

Kebersihan kamar mandi dalam ruangan juga perlu diperhatikan oleh pihak rumah sakit terkait ketersediaan air bersih. Bagian instalasi Sanitasi/Instalasi Pengelolaan Air Limbah perlu melakukan monitoring secara periodik terhadap ketersediaan air bersih di setiap ruang rawat inap. Selain itu, kebersihan, kerapian, dan kenyamanan ruangan merupakan tanggung jawab bersama, artinya pihak rumah sakit wajib untuk mengutamakan kebersihan, kerapian, dan kenyamanan ruangan tetapi pasien khususnya keluarga pasien juga wajib menjaganya. Oleh sebab itu, perlu adanya sosialisasi kepada pasien khususnya keluarga pasien untuk menjaga kebersihan, kerapian, dan kenyamanan ruangan.

Sedangkan terkait penataan tata letak ruang perawatan, menurut Djojodibroto (1997), untuk ruang perawatan orang dewasa luasnya minimal  $4,5 \text{ m}^2$ / tempat tidur dan untuk ruang isolasi orang dewasa luasnya minimal  $6 \text{ m}^2$ / tempat tidur. RSD dr. Soebandi Jember telah berupaya optimal dalam memberikan penampilan dari aspek gedung atau bangunan. Namun, perlu ditingkatkan dan diupayakan lagi dengan mengadakan adanya sekat atau gordyn antara tempat tidur yang satu dengan tempat tidur yang lain di seluruh ruang perawatan karena setiap pasien memiliki *privasi* masing-masing.

b. Kuadran B (*maintained achievement*)

Atribut-atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan yang berada dalam kuadran B, antara lain:

- 1) Ketepatan dokter dalam menetapkan diagnosa penyakit
- 2) Ketepatan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan
- 3) Ketepatan waktu pelayanan pengobatan
- 4) Ketepatan waktu pelayanan pemberian makan
- 5) Ketepatan waktu pelayanan laboratorium
- 6) Kesesuaian pelayanan yang diberikan dengan yang diinformasikan
- 7) Kemampuan perawat cepat tanggap dalam menyelesaikan keluhan pasien
- 8) Pemberian informasi oleh perawat dengan jelas dan mudah dimengerti
- 9) Kemudahan perawat untuk dihubungi
- 10) Pelayanan sopan dan ramah dari perawat
- 11) Jaminan keamanan pelayanan dan kepercayaan terhadap pelayanan
- 12) Keterampilan dokter dalam bekerja
- 13) Keterampilan perawat dalam bekerja
- 14) Perhatian perawat dalam mengenal pasien dengan baik
- 15) Perhatian perawat dalam mengingat dengan baik masalah pasien sebelumnya (penyakit/keluhan)
- 16) Komunikasi yang baik dengan perawat
- 17) Perhatian dokter dalam memahami kebutuhan pasien
- 18) Kelengkapan, kesiapan, dan kebersihan alat-alat yang dipakai

Jika posisi rumah sakit terletak pada kuadran ini, maka strategi utama yang dapat dilakukan adalah dengan cara mempertahankan *performance* (kinerja) layanan kesehatan. Karena posisi pada kuadran ini merupakan posisi dimana harapan pasien sesuai dengan kenyataan (penilaian) mereka terhadap layanan kesehatan yang mereka terima. Akan tetapi, rumah sakit juga dapat secara perlahan meningkatkan aspek-

aspek yang terdapat pada kuadran ini sehingga pelayanan kesehatan dapat menjadi lebih baik.

c. Kuadran C (*low priority*)

Atribut-atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan yang berada dalam kuadran C, antara lain:

- 1) Kemampuan dokter cepat tanggap dalam menyelesaikan keluhan pasien
- 2) Pelayanan dokter tanpa memandang status sosial
- 3) Pelayanan perawat tanpa memandang status sosial
- 4) Perhatian perawat dalam memahami kebutuhan pasien

Jika posisi rumah sakit berada pada kuadran ini, maka strategi peningkatan mutu yang dapat dilakukan yaitu dengan memberikan prioritas rendah pada atribut-atribut dimensi mutu pelayanan yang terletak pada kuadran ini. Akan tetapi, rumah sakit perlu juga melakukan peningkatan mutu layanan kesehatan dengan cara mendidik pasien dengan cara, yaitu:

- a) Mendidik pasien untuk melakukan sendiri jasa atau pelayanan tertentu.
- b) Membantu pasien mengetahui kapan menggunakan suatu jasa, yaitu sebisa mungkin menghindari periode sibuk dan memanfaatkan pada periode sepi.
- c) Mendidik pasien cara menggunakan jasa.
- d) Meningkatkan persepsi mutu jasa dengan menjelaskan kepada pelanggan alasan-alasan yang mendasari suatu kebijaksanaan yang biasa mengecewakan mereka.
- e) Mengembangkan budaya mutu.

Cara mendidik pasien dalam hal ini dapat dilakukan dengan mempromosikan betapa pentingnya atribut-atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan terkait ketanggapan dokter dalam menyelesaikan keluhan pasien, pelayanan dokter dan perawat tanpa memandang status sosial, dan perhatian perawat dalam memahami kebutuhan pasien. Upaya tersebut dapat dilakukan baik melalui komunikasi personal

maupun melalui media informasi seperti: leaflet, pamflet, dan spanduk. Agar pasien menyakini dan menyadari bahwa atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan di atas perlu diberikan dan dibutuhkan oleh pasien. Hal ini sesuai dengan motto RSD dr. Soebandi Jember yaitu pelayanan cepat, tepat, bermutu dan manusiawi.

d. Kuadran D (*abundant*)

Atribut-atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan yang berada dalam kuadran D, antara lain:

- 1) Pelayanan sopan dan ramah dari dokter
- 2) Penampilan dokter dari segi kerapian dan kebersihan
- 3) Penampilan perawat dari segi kerapian dan kebersihan

Jika posisi rumah sakit terletak pada kuadran ini, maka strategi peningkatan mutu yang dapat dilakukan adalah dengan cara mempromosikan betapa pentingnya pelayanan tersebut pada pasien. Pihak rumah sakit juga dapat meniadakan pelayanan tersebut, karena atribut-atribut dimensi mutu pelayanan yang terletak pada kuadran ini dirasakan kurang penting bagi pasien sehingga dapat ditiadakan atau diganti dengan layanan jasa yang lain. Akan tetapi, sebaiknya rumah sakit mempromosikan kepada pasien betapa pentingnya pelayanan tersebut dengan mencari tahu terlebih dahulu mengapa pasien menganggap atribut-atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan di atas kurang penting bagi mereka. Karena hal ini sesuai dengan program yang telah digalakkan oleh RSD dr. Soebandi Jember, bahwa dalam memberikan pelayanan kesehatan harus disertai dengan 3S (Senyum, Sapa, Salam).



## BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dari penelitian “Strategi Peningkatan Mutu Pelayanan Rawat Inap dengan Metode *Service Quality* Di RSD dr. Soebandi Jember”, dapat disimpulkan sebagai berikut:

- a. Sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan dan berusia antara 18 - < 40 tahun yang tergolong dalam kategori dewasa dini. Jika dilihat dari tingkat pendidikan, sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan rendah. Dan dari segi pekerjaan, sebagian besar responden tergolong ke dalam kelompok masyarakat yang bekerja.
- b. Tingkat harapan pasien rendah terhadap atribut dimensi mutu pelayanan *empathy* yaitu pelayanan dokter tanpa memandang status sosial dan tingkat harapan pasien tinggi terhadap atribut dimensi mutu pelayanan *reliability* yaitu ketepatan waktu pelayanan laboratorium.
- c. Tingkat persepsi pasien rendah terhadap atribut dimensi mutu pelayanan *tangibles* yaitu kebersihan, kerapian, dan kenyamanan ruangan dan tingkat persepsi pasien tinggi terhadap atribut dimensi mutu pelayanan *reliability* yaitu ketepatan waktu pelayanan pemberian makan.
- d. Rata-rata skor tingkat persepsi dan harapan seluruh atribut dimensi mutu pelayanan digunakan sebagai dasar untuk menyusun diagram kartesius. Sedangkan rata-rata nilai harapan dan nilai persepsi tiap atribut dimensi mutu pelayanan digunakan untuk menentukan posisi dari masing-masing atribut dimensi mutu pelayanan dalam diagram kartesius.

- e. Atribut-atribut dimensi mutu pelayanan *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, *empathy*, dan *tangibles* tersebar ke dalam 4 kuadran pada diagram kartesius. Dimana sebagian besar atribut dimensi mutu pelayanan terletak pada kuadran B yaitu, tujuh atribut terletak pada kuadran A, delapan belas atribut terletak pada kuadran B, empat atribut terletak pada kuadran C, dan tiga atribut terletak pada kuadran D.
- f. Strategi peningkatan mutu pelayanan rawat inap yang dapat dilakukan adalah dengan mempertahankan *performance* (kinerja) layanan kesehatan tanpa mengabaikan atribut lainnya yang berada di kuadran A, C, dan D.

## 5.2 Saran

### a. Bagi Pihak RSD dr. Soebandi Jember

- 1) Perlu dipertahankan atribut-atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan yang telah berhasil dilaksanakan sesuai dengan harapan pasien.
- 2) Pihak rumah sakit perlu melakukan suatu upaya konsolidasi, monitoring dan evaluasi terkait ketepatan waktu kunjungan atau *visite* dokter. Pihak rumah sakit juga dapat melakukan suatu upaya komunikasi atau pemahaman kepada tenaga medis untuk selalu memberikan alasan yang jelas kepada pasien atau keluarga pasien terkait keterlambatan kunjungan atau *visite* dokter agar tidak menimbulkan persepsi yang negatif pada benak mereka terhadap pelayanan yang mereka terima. Hal ini mengingat bahwa ketenagaan minimum rumah sakit memiliki angka perbandingan tempat tidur : tenaga medis = (4 s/d 7) :
  1. Selain itu, upaya komunikasi dan pemahaman kepada tenaga medis khususnya dokter juga perlu dilakukan dalam rangka meningkatkan aspek pelayanan dari segi perhatian dokter kepada pasien dan menciptakan komunikasi yang baik antara dokter dengan pasien.
- 3) Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan perlu dilakukan oleh pihak rumah sakit terkait aspek pelayanan kebersihan, kerapian, dan kenyamanan

ruangan. Pihak rumah sakit juga perlu mengadakan suatu pendidikan dan pelatihan kepada petugas kebersihan agar kegiatan kebersihan terlaksana sesuai dengan tata aturan yang ada. Selain itu, pengadaan sekat atau gordyn pada setiap tempat tidur perlu diperhatikan oleh pihak rumah sakit mengingat pasien memiliki kebutuhan dan *privasi* masing-masing yang tidak ingin diketahui oleh orang lain.

- 4) Pihak rumah sakit lebih memperhatikan dan meningkatkan aspek *promotif* dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan agar atribut-atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan yang dinilai kurang penting bagi pasien seperti: tanggapan dokter dalam menyelesaikan keluhan pasien, pelayanan tanpa membeda-bedakan status sosial, perhatian perawat dalam memahami kebutuhan pasien, pelayanan yang sopan dari dokter, dan pemberian pelayanan dengan penampilan yang rapi dan bersih dari petugas kesehatan, nantinya dapat menjadi prioritas penting dalam pemberian pelayanan kesehatan sehingga pasien menyadari betapa pentingnya pelayanan-pelayanan tersebut bagi mereka. Kegiatan promotif dapat dilakukan dengan pemasangan iklan-iklan melalui media informasi seperti: poster, dan spanduk tentang pelayanan-pelayanan yang ada di rumah sakit seperti motto RSD dr. Soebandi Jember yaitu pelayanan cepat, tepat, bermutu, dan manusiawi serta program 3S (senyum, sapa, salam) yang telah digalakkan oleh RSD dr. Soebandi Jember. Kegiatan promotif melalui media informasi tersebut juga penting untuk mempromosikan hak dan kewajiban pasien, dalam upaya penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

b. Bagi Peneliti Lain

- 1) Penelitian ini masih jauh dari kesempurnaan, perlu dilakukan penelitian terkait strategi peningkatan mutu pelayanan rawat inap pada masing-masing kelas ruang rawat inap di instalasi rawat inap RSD dr. Soebandi Jember.

- 2) Perlu dilakukan penelitian terkait atribut-atribut dimensi mutu pelayanan yang dinilai kurang penting bagi pasien dan atribut-atribut dimensi mutu pelayanan yang pelaksanaannya biasa-biasa saja oleh rumah sakit.
- 3) Selain itu, perlu penelitian lebih lanjut terkait adanya keragaman interval penyimpangan pada tingkat persepsi pasien terhadap atribut dimensi mutu pelayanan kesehatan dengan adanya batasan pada kategori tingkat pendidikan responden.



## DAFTAR PUSTAKA

- Al-Assaf, A. F. 2009. *Mutu Pelayanan Kesehatan: Perspektif Internasional*. Jakarta: EGC
- Aditama, T. Y. 2002. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit: Edisi Kedua*. Jakarta: Universitas Indonesia Press
- Azwar, Azrul. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi II. Jakarta: PT Bina Rupa Aksara
- Asmita, Putri. 2008. *Analisis Pengaruh Persepsi Pasien Tentang Mutu Pelayanan Dokter Terhadap Loyalitas Pasien Di Poliklinik Umum Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang Tahun 2008* [serial online]. [http://eprints.undip.ac.id/17893/1/Putri\\_Asmita.pdf](http://eprints.undip.ac.id/17893/1/Putri_Asmita.pdf). [28 Februari 2011]
- Bayu, Febrianto. 2010. *Strategi Peningkatan Mutu Pelayanan Rawat Inap Berdasarkan Metode Servqual (service quality) di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso Tahun 2009*. Jember: FKM UNEJ
- Budiarto, Eko. 2001. *Biostatistika Untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC
- Budiarto, Eko. 2004. *Metodologi Penelitian Kedokteran*. Jakarta: EGC
- Depkes RI. 1998. *Peraturan Menkes RI Nomor: 159b/MENKES/PER/1988*. Jakarta: Depkes RI
- Depkes RI. 2003. *Keputusan Menkes RI Nomor : 560/MENKES/SK/IV/2003*. Jakarta: Depkes RI
- Depkes, 2003. *Statistik Rumah Sakit di Indonesia: Seri 1 Kegiatan Pelayanan*. Jakarta: Direktorat Pelayanan Medik
- Departemen Pendidikan Nasional. 2005. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka

- Depkes. 2008. *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik
- Djojodibroto, Darmanto. 1997. *Kiat Mengelola Rumah Sakit*. Jakarta: Penerbit Hipokrates
- Haditono, S. R, et al. 2001. *Psikologi Perkembangan: Pengantar Dalam Berbagai Bagiannya*. Yogyakarta: Gadjah Mada
- Hurlock, E. B. 1993. *Psikologi Perkembangan*. Jakarta: Erlangga
- Keputusan Menteri Pemberdayaan Aparatur Negara Nomor: KEP/25/M.PAN/2/2004 Tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah
- Koentjoro, Tjahjono. 2007. *Regulasi Kesehatan di Indonesia*. Yogyakarta: Andi Offset
- Kotler, P. 2003. *Manajemen Pemasaran: Edisi Kesebelas*. Jakarta: PT. Prenhallindo
- Munaryo, 2008. *Analisis Pengaruh Persepsi Mutu Pelayanan Rawat Inap Terhadap Minat Pemanfaatan Ulang di RSUD Kab. Brebes Tahun 2008* [serial online]. [http://eprints.undip.ac.id/18369/1/M\\_U\\_N\\_A\\_R\\_Y\\_O.pdf](http://eprints.undip.ac.id/18369/1/M_U_N_A_R_Y_O.pdf). [28 Februari 2011]
- Muninjaya, G. A. 2004. *Manajemen Kesehatan: Edisi Kedua*. Jakarta: EGC
- Murti, Bhisma. 2010. *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan: Edisi Ke dua*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press
- Nazir, M. 1998. *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia
- Nazir, M. 2003. *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia
- Nasution, M. N. 2004. *Manajemen Mutu Terpadu (Total Quality Management): Edisi Pertama*. Jakarta: Ghalia Indonesia
- Notoatmodjo, S. 2003. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2005. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta

- Notoatmodjo, S. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan : Edisi Revisi*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nurcaya, I. N. 2008. *Analisis Kualitas Pelayanan Rumah Sakit di Provinsi Bali* [serialonline].[http://ejournal.unud.ac.id/abstrak/ 3 %20naskah%20nurcaya.pdf](http://ejournal.unud.ac.id/abstrak/3%20naskah%20nurcaya.pdf). [4 Februari 2011]
- Peraturan Pemerintah Nomor 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom
- Pohan, I. S. 2004. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan, Dasar-dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta: EGC
- Sugiyono. 2009. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta
- Supranto, J. 1997. [ “Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan Termasuk Analisis Tingkat Kepentingan dan Kinerja” ]/Manajemen Usahawan No.05 Tahun XXVI hal 26-28/
- Supranto, Johannes. 2006. *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan Untuk Meningkatkan Pangsa Pasar*. Jakarta: Rineka Cipta
- Supriyanto. 2003. *Manajemen Mutu*. Surabaya: Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Program Pasca Sarjana UNAIR
- Supriyanto. 2003. *Manajemen Pemasaran: Jasa Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Bagian Administrasi Kebijakan Kesehatan FKM UNAIR
- Suyanto, B. 2005. *Metodologi Penelitian Sosial*. Jakarta: PT. Gasindo
- Tjiptono, Fandy. 1996. *Manajemen Jasa*. Yogyakarta: Andi Offset
- Tjiptono, Fandy. 1997. *Total Quality Service*. Yogyakarta: Andi Offset
- Tjiptono, Fandy. 2004. *Manajemen Jasa*. Yogyakarta: Andi Offset
- Tjiptono, F & Chandra, G. 2004. *Service, Quality, & Satisfaction*. Yogyakarta: Andi Offset
- Tjiptono, Fandy. 2005. *Pemasaran Jasa*. Jawa Timur: Bayumedia Publishing

Trisnantoro, Laksono. 2006. *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press

Undang Undang Nomor 22 Tahun 1999 Tentang Pemerintahan Daerah

Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, Bandung: Fokusmedia

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Jakarta: Sekretariat Negara RI

Wijono, Djoko. 1999. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan: Volume 1*. Surabaya: Airlangga University Press

Wijono, Djoko. 1999. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan: Volume 2*. Surabaya: Airlangga University Press

Wijono, Djoko. 2008. *Manajemen Mutu Rumah Sakit dan Kepuasan Pasien: Prinsip dan Praktek*. Surabaya: Duta Prima Airlangga





**Lampiran 1**

**LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN**  
**(Informed Consent)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

Menyatakan persetujuan saya untuk membantu dengan manjadi subjek dalam penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Diah Puspitasari

NIM : 072110101045

Judul : Strategi Peningkatan Mutu Pelayanan Rawat Inap Dengan Metode *Service Quality* di RSD dr. Soebandi Jember

Prosedur penelitian ini tidak menimbulkan resiko atau dampak apapun terhadap saya dan keluarga saya. Saya telah diberi penjelasan mengenai hal tersebut di atas dan saya diberikan kesempatan menanyakan hal-hal yang belum jelas dan telah diberikan jawaban dengan jelas dan benar.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela dan tanpa tekanan untuk ikut sebagai subjek dalam penelitian ini.

Jember, ....., 2011

Responden,

(.....)

## Lampiran 2



### KUESIONER PENELITIAN STRATEGI PENINGKATAN MUTU PELAYANAN RAWAT INAP DENGAN METODE *SERVICE QUALITY* DI RSD dr. SOEBANDI JEMBER

Kepada Yth.  
Sdr/i. pasien rawat inap/keluarga  
Di Ruang.....  
RSD dr. Soebandi Jember

Dengan hormat,

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan rawat inap di Rumah Sakit, kami mohon partisipasi anda secara sukarela untuk menjawab pernyataan-pernyataan berikut, secara jujur dan benar. Pernyataan terdiri dari data umum, harapan dan persepsi (penilaian) anda terhadap pelayanan rawat inap. Anda tidak perlu mencantumkan nama untuk menjaga kerahasiaan jawaban yang diberikan.

Atas peran serta anda, sebelum dan sesudahnya, kami ucapkan terima kasih.

#### A. Data umum

- a. Identitas responden :  pasien  keluarga pasien
- b. Jenis kelamin :  laki-laki  perempuan
- c. Umur : ..... tahun
- d. Pendidikan :  SD/MI/SMP/MTs  
 SMA/MA/SMK  
 D1/D2/D3/S1/S2/S3/Magister/Spesialis
- e. Pekerjaan :  PNS/TNI/POLRI  
 Swasta  
 Wiraswasta  
 Pelajar/Mahasiswa  
 Petani  
 Buruh  
 Lain-lain
- f. Kelas perawatan :  Kelas I  
 Kelas II  
 Kelas III

#### B. Tingkat harapan

##### *Reliability*

1. Anda tidak berharap dokter tepat dalam menetapkan diagnosa penyakit.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju

2. Anda berharap perawat selalu tepat dalam melakukan tindakan keperawatan.
  - a. Sangat setuju
  - b. Setuju
  - c. Tidak setuju
  - d. Sangat tidak setuju
3. Anda berharap kunjungan atau *visite* dokter dilakukan tepat waktu.
  - a. Sangat setuju
  - b. Setuju
  - c. Tidak setuju
  - d. Sangat tidak setuju
4. Anda tidak berharap pelayanan untuk pengobatan dilakukan tepat waktu.
  - a. Sangat setuju
  - b. Setuju
  - c. Tidak setuju
  - d. Sangat tidak setuju
5. Anda tidak berharap pelayanan untuk pemberian makan dilakukan tepat waktu.
  - a. Sangat setuju
  - b. Setuju
  - c. Tidak setuju
  - d. Sangat tidak setuju
6. Anda berharap pelayanan laboratorium dilakukan tepat waktu.
  - a. Sangat setuju
  - b. Setuju
  - c. Tidak setuju
  - d. Sangat tidak setuju
7. Anda tidak berharap pelayanan yang diberikan sesuai dengan yang diinformasikan.
  - a. Sangat setuju
  - b. Setuju
  - c. Tidak setuju
  - d. Sangat tidak setuju

**Responsiveness**

8. Anda berharap dokter mampu untuk cepat tanggap menyelesaikan keluhan pasien.
  - a. Sangat setuju
  - b. Setuju
  - c. Tidak setuju
  - d. Sangat tidak setuju
9. Anda tidak berharap perawat mampu untuk cepat tanggap menyelesaikan keluhan pasien.
  - a. Sangat tidak setuju
  - b. Setuju
  - c. Tidak setuju
  - d. Sangat tidak setuju
10. Anda berharap dokter memberikan informasi yang dibutuhkan pasien dengan jelas dan mudah dimengerti.
  - a. Sangat setuju
  - b. Setuju
  - c. Tidak setuju
  - d. Sangat tidak setuju

11. Anda tidak berharap perawat memberikan informasi yang dibutuhkan pasien dengan jelas dan mudah dimengerti.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
12. Anda berharap perawat mudah untuk dihubungi.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju

**Assurance**

13. Anda tidak berharap dokter bersikap sopan dan ramah dalam memberikan pelayanan.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
14. Anda tidak berharap perawat bersikap sopan dan ramah dalam memberikan pelayanan.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
15. Anda tidak berharap jaminan keamanan pelayanan dan kepercayaan terhadap pelayanan.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
16. Anda berharap dokter terampil dalam bekerja.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
17. Anda berharap perawat terampil dalam bekerja.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju

**Empathy**

18. Anda berharap dokter mengenal pasien dengan baik.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
19. Anda tidak berharap perawat mengenal pasien dengan baik.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju

20. Anda tidak berharap dokter mengingat masalah (penyakit/keluhan) yang dialami pasien sebelumnya dengan baik.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
21. Anda berharap perawat mengingat masalah (penyakit/keluhan) yang dialami pasien sebelumnya dengan baik.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
22. Anda berharap dokter memberikan pelayanan kepada semua pasien tanpa memandang status sosial.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
23. Anda tidak berharap perawat memberikan pelayanan kepada semua pasien tanpa memandang status sosial.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
24. Anda berharap ada komunikasi yang baik antara dokter dengan pasien.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
25. Anda berharap ada komunikasi yang baik antara perawat dengan pasien.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
26. Anda tidak berharap dokter memahami kebutuhan/perasaan pasien dengan baik.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
27. Anda tidak berharap perawat memahami kebutuhan/perasaan pasien baik.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju

***Tangibles***

28. Anda berharap ruangan rawat inap yang anda tempati dalam kondisi bersih, rapi dan nyaman.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju

29. Anda berharap tata letak ruang perawatan tertata dengan baik.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
30. Anda tidak berharap alat-alat (periksa/pengobatan) yang dipakai dalam kondisi lengkap, siap, dan bersih.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
31. Anda tidak berharap dokter berpenampilan rapi dan bersih.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
32. Anda berharap perawat berpenampilan rapi dan bersih.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju

**C. Tingkat penilaian  
Reliability**

33. Menurut anda, dokter tidak tepat dalam menetapkan diagnosa penyakit.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
34. Menurut anda, perawat selalu tepat dalam melakukan tindakan keperawatan.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
35. Menurut anda, kunjungan atau *visite* dokter dilakukan tepat waktu.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
36. Menurut anda, pelayanan untuk pengobatan dilakukan tidak tepat waktu.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
37. Menurut anda, pelayanan untuk pemberian makan dilakukan tidak tepat waktu.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju

38. Menurut anda, pelayanan laboratorium dilakukan tepat waktu.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
39. Menurut anda, pelayanan yang diberikan sudah sesuai dengan yang diinformasikan.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju

**Responsiveness**

40. Menurut anda, dokter cepat tanggap menyelesaikan keluhan pasien.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
41. Menurut anda, perawat tidak cepat tanggap menyelesaikan keluhan pasien.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
42. Menurut anda, dokter memberikan informasi yang dibutuhkan pasien dengan jelas dan mudah dimengerti.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
43. Menurut anda, perawat memberikan informasi yang dibutuhkan pasien dengan tidak jelas dan sulit dimengerti.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
44. Menurut anda, perawat mudah untuk dihubungi.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju

**Assurance**

45. Menurut anda, dokter tidak bersikap sopan dan ramah dalam memberikan pelayanan.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
46. Menurut anda, perawat tidak bersikap sopan dan ramah dalam memberikan pelayanan.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju

47. Menurut anda, tidak terjamin keamanan pelayanan dan kepercayaan terhadap pelayanan.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
48. Menurut anda, dokter terampil dalam bekerja.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
49. Menurut anda, perawat terampil dalam bekerja.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju

**Empathy**

50. Menurut anda, dokter mengenal pasien dengan baik.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
51. Menurut anda, perawat tidak mengenal pasien dengan baik.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
52. Menurut anda, dokter tidak mengingat masalah (penyakit/keluhan) yang dialami pasien sebelumnya dengan baik.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
53. Menurut anda, perawat mengingat masalah (penyakit/keluhan) yang dialami pasien sebelumnya dengan baik.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
54. Menurut anda, dokter memberikan pelayanan kepada semua pasien tanpa memandang status sosial.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
55. Menurut anda, perawat memberikan pelayanan kepada semua pasien dengan memandang status sosial.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju



56. Menurut anda, ada komunikasi yang baik antara dokter dengan pasien.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
57. Menurut anda, ada komunikasi yang baik antara perawat dengan pasien.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
58. Menurut anda, dokter tidak memahami kebutuhan/perasaan pasien dengan baik.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
59. Menurut anda, perawat tidak memahami kebutuhan/perasaan pasien dengan baik.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju

**Tangibles**

60. Menurut anda, ruangan rawat inap yang anda tempati dalam kondisi bersih, rapi dan nyaman..
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
61. Menurut anda, tata letak ruang perawatan tertata dengan baik.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
62. Menurut anda, alat-alat (periksa/pengobatan) yang dipakai dalam kondisi tidak lengkap, tidak siap, dan tidak bersih.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
63. Menurut anda, dokter berpenampilan tidak rapi dan tidak bersih.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju
64. Menurut anda, perawat berpenampilan rapi dan bersih.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju

### Lampiran 3

a. Uji Validitas Kuesioner Tingkat Harapan Responden

Butir Pernyataan	Value	Keterangan
1.	0,627	Valid
2.	0,761	Valid
3.	0,590	Valid
4.	0,793	Valid
5.	0,730	Valid
6.	0,786	Valid
7.	0,657	Valid
8.	0,459	Valid
9.	0,580	Valid
10.	0,653	Valid
11.	0,730	Valid
12.	0,436	Valid
13.	0,555	Valid
14.	0,696	Valid
15.	0,775	Valid
16.	0,770	Valid
17.	0,770	Valid
18.	0,673	Valid
19.	0,637	Valid
20.	0,761	Valid
21.	0,761	Valid
22.	0,598	Valid
23.	0,732	Valid
24.	0,675	Valid
25.	0,609	Valid
26.	0,695	Valid
27.	0,695	Valid
28.	0,713	Valid
29.	0,677	Valid
30.	0,781	Valid
31.	0,781	Valid
32.	0,769	Valid

b. Uji Validitas Kuesioner Tingkat Penilaian Responden

Butir Pernyataan	Value	Keterangan
1.	0,537	Valid
2.	0,616	Valid
3.	0,661	Valid
4.	0,706	Valid
5.	0,795	Valid
6.	0,389	Valid
7.	0,486	Valid
8.	0,608	Valid
9.	0,567	Valid
10.	0,579	Valid
11.	0,533	Valid
12.	0,590	Valid
13.	0,626	Valid
14.	0,463	Valid
15.	0,614	Valid
16.	0,643	Valid
17.	0,574	Valid
18.	0,695	Valid
19.	0,463	Valid
20.	0,710	Valid
21.	0,678	Valid
22.	0,731	Valid
23.	0,692	Valid
24.	0,478	Valid
25.	0,461	Valid
26.	0,653	Valid
27.	0,642	Valid
28.	0,368	Valid
29.	0,368	Valid
30.	0,462	Valid
31.	0,548	Valid
32.	0,571	Valid

#### Lampiran 4

a. Uji Reliabilitas Kuesioner Tingkat Harapan Responden

			x	y
Spearman's rho	x	Correlation Coefficient	1.000	.970**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	30	30
		<hr/>		
	y	Correlation Coefficient	.970**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	30	30

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

b. Uji Reliabilitas Kuesioner Tingkat Penilaian Responden

			x	y
Spearman's rho	x	Correlation Coefficient	1.000	.938**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	30	30
		<hr/>		
	y	Correlation Coefficient	.938**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	30	30

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

## Lampiran 5

### DOKUMENTASI



Wawancara dengan responden di ruang rawat inap kelas I



Wawancara dengan responden di ruang rawat inap kelas I



Wawancara dengan responden di ruang rawat inap kelas II



Wawancara dengan responden di ruang rawat inap kelas III



Wawancara dengan responden di ruang rawat inap kelas III



Wawancara dengan responden di ruang rawat inap kelas III



Wawancara dengan responden di ruang rawat inap kelas III



Wawancara dengan responden di ruang rawat inap kelas III