

PERPUSTAKAAN PUSAT
UNIVERSITAS INDONESIA

SGF 2009

DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS EKONOMI
PROGRAM STUDI MAGISTER MANAJEMEN

KARYA AKHIR

**ANALISIS PERSEPSI PASIEN INSTALASI RAWAT INAP A
TERHADAP PELAYANAN DI RSUPN-CM**



Diajukan Oleh :

I KETUT KARDHANA
66 00 24 062 7

UNTUK MEMENUHI SEBAGIAN DARI SYARAT-SYARAT
GUNA MENCAPAI GELAR
MAGISTER MANAJEMEN
2003

09297

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS EKONOMI
PROGRAM STUDI MAGISTER MANAJEMEN
Diterima : 05 MAR 2003



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS EKONOMI
PROGRAM STUDI MAGISTER MANAJEMEN

TANDA PERSETUJUAN KARYA AKHIR

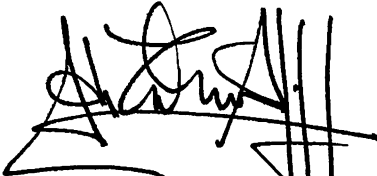
Nama : I Ketut Kardhana
Nomor Mahasiswa : 66 00 24 062 7
Konsentrasi : Manajemen Pemasaran

Judul Karya Akhir : Analisis Persepsi Pasien Instalasi Rawat Inap A
Terhadap Pelayanan di RSUPN-CM

Tanggal Ketua Program Studi
Magister Manajemen


: Dr. Ronny K. Muntoro

Tanggal Pembimbing Karya Akhir : Adi Zakaria Afik, MBA



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa yang melimpahkan rahmat dan karunianya, sehingga penulis diperkenankan untuk menyelesaikan tesis ini.

Dalam kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada :

1. Direksi, dan karyawan RSUPN-CM, yang telah memberikan kesempatan untuk melakukan penelitian.
2. Bapak Adi Zakaria Afiff, MBA, selaku pembimbing tesis.
3. Bapak Dr. Ronny. K. Muntoro, selaku Ketua Program Studi Magister Manajemen.
4. Bapak Dr. Sofjan Assauri dan Bapak Prasetya, MBA, selaku dosen penguji, yang telah banyak memberikan masukan kepada penulis.
5. Teman-teman pemasaran 2003, terutama Hendy, dan Ivan atas kerjasamanya.
6. Bapak Bambang, sebagai karyawan RSUPN-CM atas kesempatannya

Akhirnya kepada Ayah dan Ibu, serta kakak-kakak tercinta yang telah mendampingi penulis baik secara moril maupun materiil dari awal sejak penulis memulai masa kuliah sampai menyelesaikan tesis ini, penulis sampaikan rasa terima kasih yang tak terhingga.

Semoga Tuhan Yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang tetap melimpahkan segala rahmat dan karunia-Nya kepada kita semua

Jakarta,
Penulis

I. Ketut Kardhana

RINGKASAN EKSEKUTIF

Program Perusahaan Jawatan (Perjan) RSUPN-CM Jakarta, mulai dilaksanakan awal Januari 2002. RSUPN-CM adalah rumah sakit rujukan nasional yang telah dikembangkan menjadi rumah sakit Perjan. Perusahaan Jawatan adalah suatu bentuk badan usaha yang independent, dan dapat mengelola penerimaan dan pengeluarannya sendiri tanpa subsidi dari Pemerintah.

Rumah sakit, merupakan salah satu industri sosial yang memberikan pelayanan kesehatan. Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, rumah sakit harus menjadi industri yang bersifat padat karya, padat modal serta padat ilmu dan teknologi. Pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien, diharapkan akan memberikan pelayanan yang paripurna kepada masyarakat.

Persaingan rumah sakit dalam memperebutkan pasar pelayanan kesehatan, merupakan hal yang mendasar dan sangat mendesak. Kondisi ini lebih disebabkan karena banyak didirikannya rumah sakit baru, kesadaran masyarakat akan pentingnya arti kesehatan, keinginan masyarakat untuk memperoleh penanganan kesehatan dengan teknologi yang mutakhir serta keinginan masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang paripurna.

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran dan mengukur indikator kinerja pelayanan medik, dan lingkungan rumah sakit, serta untuk mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh terhadap keinginan konsumen terhadap jasa pelayanan di RSUPN-CM, dalam rangka untuk mencapai tujuan RSUPN-CM sesuai dengan visi dan misinya, menjadi rumah sakit pendidikan bermutu ASEAN tahun 2003 dan bermutu ASIA PASIFIK tahun 2015.

Hasil utama dari penelitian ini adalah, bahwa untuk pelayanan dokter dari responden untuk semua kelas, elemen yang mendapat tanggapan positif adalah penampilan dokter cukup rapi, pengobatan cukup manjur dan dokter yang ramah . Sedangkan penilaian terhadap pelayanan perawat dari responden untuk semua kelas, elemen yang memperoleh penilaian yang baik yaitu pelayanan perawat cukup terampil, instruksi perawat terhadap pasien cukup jelas. Serta penilaian tertinggi terhadap fasilitas rumah sakit untuk semua kelas yaitu, tarif dari layanan rumah sakit sedang, baru kemudian menyusul elemen penting berikutnya seperti rumah sakit cukup tenang dan mutu penyajian makanan yang baik serta faktor keamanan cukup aman. Begitu pula dengan kinerja dokter, bahwa dokter hanya datang memeriksa pasien kadang-kadang, ini berarti bahwa manajemen kinerja dokter belum dilaksanakan dengan optimal, serta penjelasan dokter (*inform consent*) belum sepenuhnya dijalankan dengan baik.

Berdasarkan hasil penelitian ini disarankan untuk mengadakan evaluasi indikator mutu pelayanan medik, Perawat dan Penunjang di RSUPN-CM, peran Komite Medik ditingkatkan sesuai dengan fungsinya sehingga setiap tindakan medik sudah sesuai dengan *standard operation procedure* (SOP) yang berlaku. Dan meningkatkan kualitas SDM karyawan RSUPN-CM secara menyeluruh sesuai dengan fungsi dan kebutuhannya dalam rangka mencapai tujuan yang telah direncanakan sebelumnya.

DAFTAR ISI

PERSETUJUAN	i	
KATA PENGANTAR	ii	
RINGKASAN EKSEKUTIF	iii	
DAFTAR ISI	iv	
DAFTAR TABEL	v	
DAFTAR GRAFIK	vi	
BAB I	PENDAHULUAN	
1.1	Latar Belakang	1
1.2	Pokok Permasalahan	5
1.3	Tujuan Penelitian	5
1.4	Ruang Lingkup Penelitian	6
1.5	Metodologi Penelitian	6
1.5.1	Desain Penelitian	6
1.5.1.1	Riset Eksploratori	6
1.5.1.2	Riset Deskriptif	6
1.5.2	Desain Kuesioner	7
1.5.2.1	Format Pertanyaan	7
1.5.2.2	Skala	7
1.5.3	Sampel	8

1.5.3.1 Populasi Dan Metode Pengambilan Sampel	8
1.5.3.2 Ukuran Sampel	9
1.5.4 Metode Analisa Data	9
1.6 Sistematika Penulisan	10

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pemasaran	11
2.1.1 Pengertian dan Tujuan Pemasaran	11
2.1.2 Bauran Pemasaran	11
2.1.3 Bauran Pemasaran Untuk Perusahaan Jasa	12
2.2 Institusi Rumah Sakit	13
2.2.1 Pengertian Rumah Sakit	13
2.2.2 Misi Rumah Sakit	15
2.2.3 Tugas Dan Fungsi Rumah Sakit	15
2.2.4 Jenis Rumah Sakit	16
2.2.5 Utilisasi Rumah Sakit	18
2.2.6 Pelayanan Rawat Inap	18
2.3 Konsep Pemasaran Dan Pemasaran Rumah Sakit	19
2.3.1 Manajemen Pemasaran	20
2.3.2 Manajemen Pemasaran Untuk Perusahaan Jasa	21
2.3.3 Karakteristik Pemasaran Rumah Sakit	22
2.3.4 Problema Pokok Pemasaran Rumah Sakit	23

2.4 Perkembangan Orientasi Pemasaran Dan Kepuasan Pelanggan	24
2.4.1 Konsep Kepuasan Pasien	27
2.5 Persepsi Dalam Prilaku Konsumen	27
2.5.1 Pengertian Persepsi	27
2.5.2 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Persepsi	28
2.6 Menentukan Atribut Objek Prilaku Konsumen	31
2.6.1 Pengertian Atribut	31
2.6.2 Model-model Sikap Multiatribut	32
2.6.2.1 Model Fishbein	32
2.6.2.1.1 Sikap Terhadap Objek	33
2.6.2.1.2 Sikap Terhadap Prilaku	33
2.6.2.2 Model Poin Ideal	34
BAB III GAMBARAN UMUM PERUSAHAAN	
3.1 Sejarah RSCM	35
3.2 Tugas Pokok Dan Fungsi RSUPNCM	35
3.3 Kegiatan Layanan	36
3.3.1 Kegiatan Rawat Jalan	37
3.3.2 Kegiatan Rawat Inap	37
3.3.3 Diferensiasi Layanan	37
3.4 Struktur Organisasi Dan Manajemen	39
3.4.1 Visi, Misi, Falsafah, Nilai Dan Tujuan Organisasi	39
3.5 Sarana Dan Prasarana	44
3.6 Keuangan	44

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA

4.1 Riset Eksploratori	45
4.2 Profil Responden	47
4.3 Analisis Persepsi Pasien	48
4.3.1 Tingkat Persepsi Pelayanan Dokter Dan Penilaian Kinerja Secara Keseluruhan	49
4.3.2 Tingkat Persepsi Pelayanan Dokter Dan Penilaian Kinerja Bagi Responden Kelas I	52
4.3.3 Tingkat Persepsi Pelayanan Dokter Dan Penilaian Kinerja Bagi Responden Kelas II	55
4.3.4 Tingkat Persepsi Pelayanan Dokter Dan Penilaian Kinerja Bagi Responden Kelas III	58
4.3.5 Perbandingan Persepsi Pelayanan Dokter Di Kelas I, II, Dan III	61
4.3.6 Implikasi Pemasaran Untuk Meningkatkan Kinerja Dokter	63
4.3.7 Tingkat Persepsi Pelayanan Perawat Dan Penilaian Kinerja Perawat Secara Keseluruhan	64
4.3.8 Tingkat Persepsi Pelayanan Perawat Dan Penilaian Kinerja Bagi Responden Kelas I	67
4.3.9 Tingkat Persepsi Pelayanan Perawat Dan Penilaian Kinerja Bagi Responden Kelas II	70
4.3.10 Tingkat Persepsi Pelayanan Perawat Dan Penilaian	73

Kinerja Bagi Responden Kelas III

4.3.11 Perbandingan Persepsi Pelayanan Perawat Di Kelas I, II, Dan III	76
4.3.12 Implikasi Pemasaran Untuk Meningkatkan Kinerja Perawat	77
4.3.13 Tingkat Persepsi Lingkungan Dan Penilaian Lingkungan Secara Keseluruhan	79
4.3.14 Tingkat Persepsi Lingkungan Dan Penilaiannya Bagi Responden Kelas I	82
4.3.15 Tingkat Persepsi Lingkungan Dan Penilaiannya Bagi Responden Kelas II	85
4.3.16 Tingkat Persepsi Lingkungan Dan Penilaiannya Bagi Responden Kelas III	87
4.3.17 Perbandingan Persepsi Lingkungan Kelas I, II, Dan III	90
4.3.18 Implikasi Pemasaran Untuk Meningkatkan Fasilitas Ruang Rawat Inap	91

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan	93
----------------	----

5.2 Saran-saran	96
-----------------	----

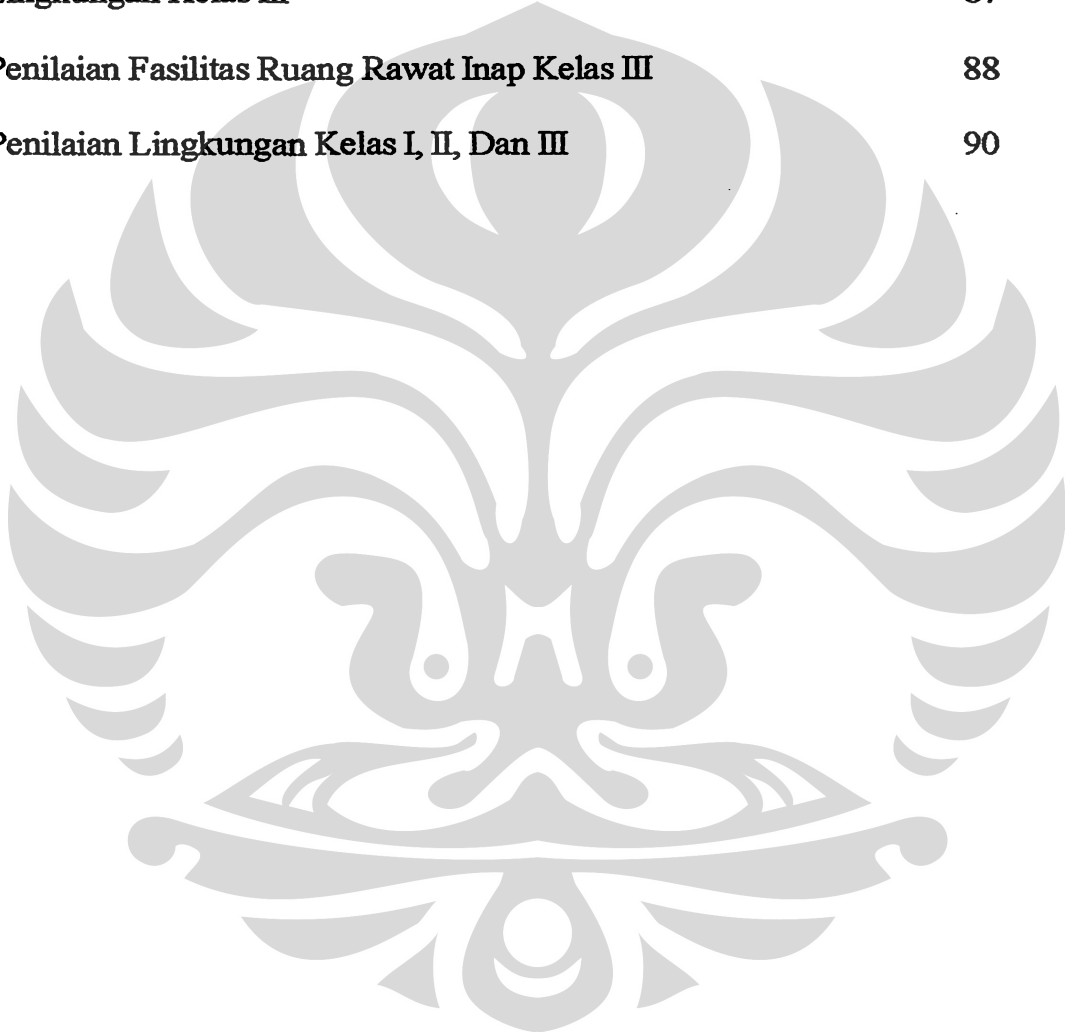
DAFTAR PUSTAKA	vii
----------------	-----

LAMPIRAN	viii
----------	------

DAFTAR TABEL

Tabel 4-1	Pelayanan Dokter Secara Keseluruhan	49
Tabel 4-2	Kinerja/Keterampilan Dokter	50
Tabel 4-3	Pelayanan Dokter Kelas I	52
Tabel 4-4	Kinerja/Keterampilan Dokter Kelas I	53
Tabel 4-5	Pelayanan Dokter Kelas II	55
Tabel 4-6	Kinerja/Keterampilan Dokter Kelas II	56
Tabel 4-7	Pelayanan Dokter Kelas III	58
Tabel 4-8	Kinerja/Keterampilan Dokter Kelas III	59
Tabel 4-9	Penilaian Pelayanan Dokter Kelas I, II, Dan III	61
Tabel 4-10	Pelayanan Perawat Secara Keseluruhan	64
Tabel 4-11	Pertanyaan Untuk Perawat	65
Tabel 4-12	Kinerja Keterampilan Perawat Secara Keseluruhan	66
Tabel 4-13	Pelayanan Perawat Kelas I	67
Tabel 4-14	Kinerja Keterampilan Perawat Kelas I	68
Tabel 4-15	Pelayanan Perawat Kelas II	70
Tabel 4-16	Kinerja Keterampilan Perawat Kelas II	71
Tabel 4-17	Pelayanan Perawat Kelas III	73
Tabel 4-18	Kinerja Keterampilan Perawat Kelas III	74
Tabel 4-19	Penilaian Pelayanan Perawat Kelas I, II, Dan III	76
Tabel 4-20	Lingkungan Bagi Keseluruhan Responden	79
Tabel 4-21	Penilaian Fasilitas Ruang Rawat Inap Secara Keseluruhan	81

Tabel 4-22	Lingkungan Bagi Kelas I	82
Tabel 4-23	Penilaian Fasilitas Ruang Rawat Inap Kelas I	83
Tabel 4-24	Lingkungan Kelas II	85
Tabel 4-25	Penilaian Fasilitas Ruang Rawat Inap Kelas II	86
Tabel 4-26	Lingkungan Kelas III	87
Tabel 4-27	Penilaian Fasilitas Ruang Rawat Inap Kelas III	88
Tabel 4-28	Penilaian Lingkungan Kelas I, II, Dan III	90



DAFTAR GRAFIK

Grafik 1	Grafik Kelas I Dengan Umum	54
Grafik 2	Grafik Kelas II Dengan Umum	57
Grafik 3	Grafik Kelas III Dengan Umum	60
Grafik 4	Grafik Kelas I, II, III	62
Grafik 5	Grafik Kelas I Dengan Umum	69
Grafik 6	Grafik Kelas II Dengan Umum	72
Grafik 7	Grafik Kelas III Dengan Umum	75
Grafik 8	Grafik Kelas I, II, III	77
Grafik 9	Grafik Kelas I Dengan Umum	84
Grafik 10	Grafik Kelas II Dengan Umum	86
Grafik 11	Grafik Kelas III Dengan Umum	89
Grafik 12	Grafik Kelas I, II, III	91

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keberhasilan pembangunan di segala bidang dan ditunjang dengan adanya perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi, serta sistem informasi yang semakin canggih, mempunyai dampak yang luas terhadap perkembangan sosio ekonomi dan tingkat pendidikan masyarakatnya. Perkembangan dalam bidang kesehatan tercermin dari kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran yang semakin canggih. Kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran tersebut, secara langsung maupun tidak langsung akan mempengaruhi pelayanan kesehatan dan selanjutnya diharapkan akan memberi dampak pula terhadap lembaga pelayanan kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Rumah sakit, merupakan salah satu industri sosial yang memberikan pelayanan kesehatan. Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, rumah sakit harus menjadi industri yang bersifat padat karya, padat modal serta padat ilmu dan teknologi. Pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien, diharapkan akan memberikan pelayanan yang paripurna kepada masyarakat. Kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan, merupakan kebutuhan yang sangat mendasar. Melihat peluang yang sangat baik dalam industri rumah sakit serta kebutuhan masyarakat akan pelayanan rumah sakit yang paripurna dan berkualitas, maka banyak didirikan jasa pelayanan kesehatan. Jasa pelayanan kesehatan tersebut umumnya berupa rumah sakit swasta, klinik 24 jam, dan klinik spesialis.

Persaingan rumah sakit dalam memperebutkan pasar pelayanan kesehatan, merupakan hal yang mendasar dan sangat mendesak. Kondisi ini lebih disebabkan karena banyak

didirikannya rumah sakit baru, kesadaran masyarakat akan pentingnya arti kesehatan, keinginan masyarakat untuk memperoleh penanganan kesehatan dengan teknologi yang mutakhir serta keinginan masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang paripurna. Syarat untuk memenangkan persaingan di bidang pelayanan jasa kesehatan adalah : tersedia (*available*), wajar (*appropriate*), berkesinambungan (*continous*), dapat diterima (*acceptable*), dapat dicapai (*accessible*), dapat dijangkau (*affordable*), efisien (*efficient*), bermutu (*quality*).

Bisnis rumah sakit hanya dapat bertahan dan hidup apabila kondisi ekonomi rumah sakit menguntungkan. Hal ini sangat dipengaruhi oleh sumber daya manusia dan non sumber daya manusia yang dimiliki rumah sakit, mengingat kompleksitas keinginan, permintaan serta kebutuhan masyarakat atas pelayanan kesehatan. Agar rumah sakit dapat memberikan pelayanan dengan baik, perlu dilakukan pemenuhan standar input, standar proses dan standar *output*. Input terdiri dari tenaga, sarana, prasarana, metoda dan anggaran. Proses meliputi proses asuhan keperawatan, proses pemberian pelayanan, proses pengobatan serta kesinambungan pelayanan. Output adalah tingkat permintaan dan pemanfaatan ruang rawat inap.

Pada dasarnya pemanfaatan rumah sakit dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal meliputi : budaya rumah sakit, etos kerja, sistem nilai, pemimpin, sistem manajemen, sistem informasi, saran dan prasarana, sumber daya manusia, pemasaran serta citra. Faktor eksternal meliputi : faktor geografis, sosial ekonomi pelanggan, budaya masyarakat, pemasok, kebijakan pemerintah dan peraturan-peraturan .

Mengingat rumah sakit adalah suatu produsen jasa dan agar pelayanannya dipergunakan masyarakat, maka perlu adanya informasi tentang rumah sakit sebagai produsen jasa kepada konsumennya (Kotler,1988). Faktor yang mempengaruhi keterkaitan dalam proses pemasaran adalah konsumen, kebutuhan konsumen, barang atau jasa untuk memenuhi kebutuhan

tersebut, produsen barang atau jasa, komunikasi dan interaksi antara produsen kepada konsumen. Pemasaran rumah sakit adalah pemasaran sosial, karena konsumen merupakan variabel pertama, maka tidak lagi berorientasi pada produk, namun berorientasi pada peluang pasar dan konsumen.

Untuk mengetahui peluang pasar jasa pelayanan rumah sakit, harus dilakukan suatu riset pasar, guna mendapatkan informasi yang akurat dalam pengambilan keputusan. Pada saat ini organisasi kesehatan mulai menyadari akan pentingnya riset pasar yang dilaksanakan secara benar dengan desain yang sesuai untuk memperoleh hasil (*output*) yang diharapkan. Dengan melakukan riset pasar yang benar, diharapkan dapat meningkatkan pemanfaatan akan jasa layanan rumah sakit yang efektif dan efisien. Riset pemasaran adalah suatu desain yang sistematis, kolektif, sarat analisa dan pelaporan dari data yang didapat yang relevan dengan situasi pasar yang spesifik terhadap masalah yang dihadapi oleh suatu organisasi. Dengan dilakukannya riset pasar yang benar akan dapat dihasilkan suatu produk yang benar-benar memenuhi keinginan dan kebutuhan dari sebagian besar konsumen, baik itu produk yang berupa barang maupu produk yang berupa jasa/*service*. Jasa adalah setiap tindakan atau manfaat yang ditawarkan oleh suatu pihak kepada pihak lain yang pada dasarnya tidak berwujud, serta tidak menghasilkan kepemilikan sesuatu. Untuk menjaga dan membentuk hubungan timbal balik antara penjual dan konsumen diperlukan riset dan sistem pemasaran yang baik.

Tuntutan masyarakat atau konsumen akan pelayanan dan teknologi yang paripurna dalam penanganan kesehatan, berdampak terhadap mahalnya biaya pelayanan kesehatan. Situasi seperti ini sangat terasa di kota-kota besar (terlihat dari berlombanya rumah sakit dalam memberikan pelayanan dengan teknologi terkini yang dapat memuaskan konsumen dalam upaya merebut pasar). Citra perusahaan yang bergerak dibidang jasa khususnya rumah sakit,

sangat ditentukan oleh pelayanan kepada konsumen. Pelayanan yang tidak memuaskan konsumen akan memberikan citra negatif terhadap rumah sakit secara keseluruhan. Akibat selanjutnya secara langsung akan menurunkan pendapatan rumah sakit.

Rumah Sakit Umum Pusat Nasional – DR.Cipto Mangunkusumo, untuk selanjutnya disebut RSUPN-CM adalah rumah sakit pendidikan kedokteran tertua di Indonesia (bekerjasama dengan FKUI), sehingga RSUPN-CM mempunyai peluang yang cukup besar untuk menjadi rumah sakit yang berkualitas, baik dari segi pelayanan maupun dari segi medis teknis kedokteran. RSUPN-CM merupakan type A dan merupakan rumah sakit rujukan terbesar di Indonesia dengan peralatan yang lengkap dan canggih serta tenaga ahli untuk semua spesialisasi dan sub spesialisasi kedokteran. Mengingat RSUPN-CM adalah rumah sakit pemerintah serta merupakan rumah sakit rujukan, diharapkan RSUPN-CM menjadi lembaga pelayanan medis dan kesehatan bermutu yang terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat dan pemerataan pelayanan kesehatan.

RSUPN-CM merupakan rumah sakit swadana (Keppres nomor 36/1991, dijabarkan dalam SK MenKes nomor 1135/1994), yaitu institusi pelayanan kesehatan yang dapat mengelola sendiri secara langsung pendapatannya (*revenue*) bagi kebutuhan operasional dan pengembangan institusi yang bersangkutan. Posisi sebagai lembaga swadana memungkinkan RSUPN-CM menghimpun dana masyarakat melalui swakelola unit-unit pelayanannya. Unit pelayanan di RSUPN-CM meliputi pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap, dan pelayanan penunjang.

Pelayanan rawat inap, merupakan salah satu unit pelayanan yang sangat erat hubungannya dengan kondisi medis pasien. Untuk itu, unit rawat inap harus mampu melaksanakan fungsinya secara optimal. Kapasitas tempat tidur untuk unit rawat inap sebesar 1.300 dengan *Bed Occupancy Rate* (BOR) 55,63% (Dirjen Yan Med,2000)

Berdasarkan hal tersebut di atas, serta mempertimbangkan RSUPN-CM pada saat ini yang sedang berupaya mengembangkan diri dan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat secara optimal dalam pelayanan kesehatan, dan disisi lain menambah pendapatan rumah sakit, maka tindakan yang dilakukan oleh pihak RSUPN-CM merupakan suatu tindakan strategis guna melakukan langkah perbaikan untuk pelayanan rawat inap.

1.2 Pokok Permasalahan

Permasalahan yang dihadapi oleh Rumah Sakit Umum Pusat Nasional - Cipto Mangunkusumo (RSUPN-CM) dalam hal ini adalah tidak mengetahui bagaimana melihat persepsi pasien untuk pasien Instalasi Rawat Inap A (IRNA A), terhadap pelayanan yang selama ini telah diberikan. Pengetahuan mengenai persepsi pasien ini merupakan langkah yang penting dalam upaya RSUPN-CM ,untuk meningkatkan kepuasan pasien, terhadap pelayanan yang mereka berikan di masa mendatang.

1.3 Tujuan Penelitian

Untuk memperoleh gambaran dan mengukur kinerja RSUPN-CM, maka perlu dilihat dan dilakukan pengukuran yang dapat memenuhi harapan pelayanan dari pasiennya, yaitu melalui survey kepuasan. Dari survey diharapkan akan diperoleh informasi mengenai kondisi pelayanan dan kenyamanan di RSUPN-CM, berupa :

1. Pelayanan yang dilakukan oleh dokter.
2. Pelayanan yang dilakukan oleh perawat.
3. Kondisi dan fasilitas rumah sakit.
4. Melihat apakah ada perbedaan pandangan untuk masing-masing pasien rawat inap di masing – masing kelas (VIP, kelas I kelas II, dan kelas III).

1.4 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini membahas teori-teori yang berhubungan dengan permasalahan, yang dibahas sebagai acuan dasar dalam melakukan penelitian dan melakukan analisis terhadap data-data yang diperoleh dari hasil riset. Penelitian ini dibatasi pada:

- Objek penelitian yang dipilih dalam penelitian ini adalah untuk melihat persepsi konsumen terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, perawat, dan kondisi dan fasilitas rumah sakit.
- Subjek penelitian adalah pasien-pasien kelas ,1,2,dan 3 yang ada di IRNA A.

1.5 Metodologi Penelitian

1.5.1 Desain Penelitian

Dalam penelitian ini penulis mengkombinasikan riset eksploratori (*exploratory research*) dan riset deskriptif (*descriptive research*).

1.5.1.1 Riset Eksploratori

Riset eksploratori dalam penelitian ini berguna antara lain untuk :

- a. Mendapatkan gambaran awal mengenai penggunaan jasa pelayanan rumah sakit.
- b. Mendapatkan informasi mengenai faktor-faktor yang penting dan mempengaruhi pelanggan untuk memilih jasa pelayanan di RSUPN-CM, yang diantaranya dilakukan dengan interview terhadap pasien dan staff RSUPN-CM.

1.5.1.2 Riset Deskriptif

Riset Deskriptif dilakukan setelah riset eksploratori. Metode yang digunakan adalah sampel survey untuk mendapatkan data primer yang berasal dari banyak responden dalam satu waktu (*Cross-sectional study*) mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi pelanggan untuk

memilih jasa pelayanan di RSUPN-CM Hasil pengisian kuesioner kemudian diukur secara kuantitatif.

1.5.2 Desain Kuesioner

1.5.2.1. Format Pertanyaan :

Jenis pertanyaan yang digunakan dalam penelitian ini adalah format pertanyaan tertutup (*close ended questions*) dan skala pemeringkatan (*scaled response questions*).

Pertanyaan tertutup adalah suatu pertanyaan yang jawabannya ditentukan terlebih dahulu untuk dipilih dan responden tidak diberi kesempatan untuk memberikan jawaban lain⁴. Jenis pertanyaan ini akan dapat memberikan informasi dari responden dan perilaku umum yang dapat mempengaruhi pelanggan untuk memilih jasa pelayanan di RSUPN-CM Jakarta.

Skala Pemeringkatan adalah bentuk pertanyaan yang memakai skala guna mengukur dan mengetahui pengaruh pelanggan untuk memilih jasa pelayanan di RSUPN-CM.

1.5.2.2 Skala

Tujuan utama dari survey ini adalah untuk mengetahui sikap responden dalam memilih jasa pelayanan di RSUPN-CM. Untuk mendukung format pertanyaan tertutup kepada responden dan mempermudah analisa data, maka penulis menggunakan skala sebagai berikut :

a. Skala Nominal

Yaitu pengukuran untuk mengetahui karakteristik responden seperti gender atau status responden.

⁴ Singarimbun Masri, Sofyan Effendi "Metode Penelitian Survey", Cetakan Pertama, LP3ES, 1989, hal.177.

b. **Skala Ordinal,**

Yaitu pengukuran yang memungkinkan peneliti untuk mengurutkan respondennya dari tingkatan paling tinggi dan paling rendah menurut suatu atribut tertentu ⁵.

c. **Skala Interval**

Merupakan skala berjarak atas suatu respon yang ditawarkan dengan bentuk **skala Likert** ⁶ (*likert scale*) Dengan skala ini, responden diminta untuk menentukan tingkat performance/kinerja dari berbagai atribut produk/jasa.

Dalam penelitian ini skala Likert yang digunakan adalah lima tingkatan yang terdiri dari sangat buruk (1), Buruk (2), Cukup (3), Baik (4), Sangat Baik (5).

1.5.3. Sampel

1.5.3.1 Populasi dan Metode Pengambilan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah, pasien yang sedang dirawat di Instalasi Rawat Inap A Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

Metode Pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah Non Probability Sampling, dimana tidak semua populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk menjadi sampel (calon responden).

Untuk menentukan calon responden sebagai sampel digunakan *Convenience Sampling*, maksudnya dengan memilih calon responden yang secara kebetulan menjadi pasien di Instalasi Rawat Inap A Lantai 1-7 RSUPN-CM, yang penulis tentukan selama pelaksanaan survey.

⁵Ibid. hal 102.

⁶ Alvin C. Burns dan Ronald F. Bush, *Marketing Research*, edisi 2nd, New Jersey ; Printice Hall International Inc., 1998, hal 114.

1.5.3.2 Ukuran Sampel

Berdasarkan survey-survey yang pernah dilakukan, dan mengingat keterbatasan waktu dan biaya ukuran sampel yang penulis gunakan sebanyak 105 responden.

1.5.4 Metode Analisa Data

Untuk menganalisa data digunakan analisa deskriptif, yang meliputi :

a. Analisa karakteristik responden

Dengan analisis ini dimaksudkan untuk mendapatkan gambaran karakteristik responden dari pasien yang akan mengisi kuesioner di IRNA A RSUPN-CM.

Metode statistik yang digunakan adalah distribusi frekuensi, besarnya jumlah responden dalam kategori/kelompok yang telah ditentukan.

b. Analisa terhadap kinerja layanan

Dengan analisis ini dimaksudkan untuk mengetahui tingkat kepuasan responden terhadap uraian dimensi layanan yang ditanyakan. Analisa ini dilakukan terhadap kelompok pertanyaan yang menjabarkan dimensi-dimensi layanan. Metode statistik yang digunakan adalah rata-rata dan alat statistik SPSS.

c. Analisa Asosiatif

Analisis ini menerangkan hubungan antara variabel-variabel yang digunakan dalam penelitian ini,serta menjelaskan seberapa lemah/kuat hubungan antar variable-variabel tersebut. Dalam penelitian ini data dianalisis dengan cross tabulation untuk data berskala nominal/kategorial serta data berskala ordinal, dan skala interval.

1.6 Sistematika Penulisan

Penyusunan tesis ini diarahkan sedemikian rupa untuk memudahkan penelaahan secara sistematis, yaitu:

Bab I: PENDAHULUAN

Berisi latar belakang, perumusan masalah, tujuan penelitian, ruang lingkup penelitian, metodologi penelitian dan sistematika penulisan.

Bab II: Tinjauan Pustaka

Berisi tentang pemasaran, institusi rumah sakit, konsep pemasaran dan pemasaran rumah sakit, perkembangan orientasi pemasaran dan kepuasan pelanggan, persepsi dalam perilaku konsumen, serta multi atribut dalam perilaku konsumen.

Bab III : GAMBARAN UMUM PERUSAHAAN

Berisi gambaran umum lokasi penelitian, yang meliputi sejarah RSUPN-CM, tugas pokok dan fungsi RSUPN-CM, kegiatan layanan, struktur organisasi dan manajemen, sarana dan prasarana, serta keuangan.

Bab IV: ANALISA

Bab ini berisi data hasil riset deskriptif dan pembahasan berdasarkan pengolahan data secara statistik dari penelitian yang dilakukan. Analisis dibuat untuk menjawab permasalahan dan tujuan penelitian yang telah diuraikan sebelumnya.

BAB VI: KESIMPULAN DAN SARAN

Berisi tentang kesimpulan pembahasan hasil yang telah dicapai dalam analisa, serta saran untuk memperbaiki kinerja sistem pelayanan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Pemasaran

2.1.1 Pengertian dan Tujuan Pemasaran

Pemasaran adalah suatu proses kegiatan suatu perusahaan, yang berkesinambungan agar dapat bertahan dan berkembang serta meraih keuntungan. Pemasaran tidak dianggap sebagai fungsi tersendiri, tetapi harus dilaksanakan secara terintegrasi oleh seluruh jajaran karyawan di dalam perusahaan untuk mencapai hasil yang baik dan didasarkan kepada selera konsumen. Pemasaran adalah kegiatan mendekatkan produsen dengan konsumen. Tujuan pemasaran adalah mengenal dan memahami konsumen dengan baik, sehingga barang /jasa yang diproduksi dapat memenuhi kebutuhan konsumen. Berdasarkan hal tersebut, pemasaran merupakan tanggung jawab semua karyawan dan untuk memproduksi sesuatu harus didasarkan pada kebutuhan konsumen atau selera pasar (*market drive oriented*).

2.1.2 Bauran Pemasaran

Bauran Pemasaran jasa rumah sakit, sesuai prioritas kepentingan meliputi:

- a. Provider/jumlah karyawan rumah sakit (*The right people*).
- b. Jenis dan kualitas layanan (*The right product*).
- c. Lokasi/distribusi (*The right place*).
- d. Promosi (*The right promotion*).
- e. Tarif/harga (*The right price*).
- f. Peran pemerintah/penguasa dalam sistem manajemen (*Power*).
- g. Masyarakat/konsumen (*Public*).

Perbedaan pemasaran barang dan jasa rumah sakit:

- a. Jasa kesehatan adalah *intangible*, yang dibeli adalah keahlian profesi, bukan barang yang dapat diraba.
- b. Produsen dan pemakai jasa berpartisipasi dalam pemasaran jasa dan jasa tidak dapat dititipkan melalui orang lain (Dokter/perawat tidak dapat memberikan jasa bila tidak ada pasien).
- c. Jasa tidak dapat disimpan.
- d. Jasa kesehatan sulit untuk distandarisasikan.

2.1.3 Bauran Pemasaran Untuk Perusahaan Jasa

Bauran pemasaran yang lama dikenal dengan 4P, yang umumnya dipergunakan untuk memasarkan suatu produk/barang. Untuk perusahaan jasa, ada aturan yang tidak resmi untuk penambahan P, selain 4P yang kita ketahui. P tersebut adalah : *people, physical evidence, dan process*.

Perusahaan jasa adalah perusahaan yang pasti melibatkan *people/orang*, untuk berinteraksi dengan pelanggan. *People* di sini juga termasuk dalam seleksi, pelatihan, dan memotivasi karyawan. Dengan meningkatnya keterampilan SDM/ *people* yang dimiliki oleh perusahaan jasa, akan berdampak juga terhadap peningkatan pelayanan yang diberikan kepada pelanggan, yang tentunya bertujuan untuk mencapai kepuasan pelanggan.

Idealnya, karyawan/SDM yang baik adalah karyawan yang menunjukkan keinginan untuk bersaing, berperilaku yang baik, cepat tanggap terhadap situasi sekitar, mempunyai inisiatif, dapat memecahkan masalah, serta berkeinginan untuk maju.

Perusahaan jasa, juga dituntut untuk menunjukkan kualitas pelayanan yang diberikan lewat kemampuannya dalam menunjukkan bentuk fisik dari perusahaannya/*physical evidence*. Sebagai contoh, sebuah rumah sakit yang mempunyai desain gedung yang indah, lingkungan yang bersih, udara yang segar, ruang rawat inap yang nyaman, akan memberikan

nilai positif di mata pelanggan. Dengan kondisi dan fasilitas rumah sakit seperti di atas, menjadikan pelanggan akan kembali ke tempat yang memang memberikan nilai lebih bagi mereka.

Pada akhirnya, perusahaan jasa dapat memilih diantara *process* yang berbeda, untuk menghantarkan/menyampaikan pelayanan mereka. Untuk rumah sakit, mungkin dengan menggunakan format yang sedikit berbeda dalam pelayanannya, seperti pemesanan rawat inap yang *on line*, pembuatan kartu diskon bagi pelanggan tetap, kemudahan dalam pembayaran, dan sebagainya.

2.2 Institusi Rumah Sakit

2.2.1 Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit adalah institusi yang mempunyai fungsi utama memberikan pelayanan kepada pasien, baik dalam bentuk penegakan diagnosa maupun untuk berbagai kondisi medis, pembedahan serta bukan pembedahan. Rumah sakit merupakan suatu sarana upaya kesehatan yang berfungsi melakukan upaya kesehatan dasar atau kesehatan rujukan serta upaya kesehatan penunjang, dengan tetap memperhatikan fungsi sosial.

Rumah sakit sebagai salah satu subsistem dalam sistem kesehatan memegang peranan penting untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Dalam menjalankan fungsinya tersebut, rumah sakit memiliki batasan-batasan diantaranya adalah:

1. Rumah sakit adalah suatu organisasi yang melalui tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis, serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien.

2. Rumah sakit adalah pusat di mana pelayanan kesehatan masyarakat, pendidikan, serta penelitian kedokteran diselenggarakan.
3. Rumah sakit adalah pusat di mana orang sakit mencari dan menerima pelayanan kedokteran, serta tempat di mana pendidikan klinik untuk mahasiswa kedokteran, perawat dan berbagai tenaga profesi kesehatan lainnya diselenggarakan.

Dari batasan-batasan di atas mudah dipahami bahwa fungsi dan kegiatan rumah sakit pada saat ini memang sangat bervariasi sekali. Sesungguhnya rumah sakit pada saat ini tidak sama dengan masa lalu. Sesuai dengan perkembangan jaman, maka rumah sakit mengalami berbagai perkembangan pula.

Sementara itu, persyaratan rumah sakit yang wajib dimiliki adalah :

- a. Minimal mempunyai 6 (enam) tempat tidur dan memberikan pelayanan perawatan 24 jam penuh.
- b. Dibangun sedemikian rupa, mempunyai peralatan lengkap, menjaga kesehatan dan kenyamanan pasien, memberikan pelayanan yang jelas, memberikan fasilitas sanitasi yang baik untuk pengobatan pasien.
- c. Selalu dalam pengawasan, pengaturan dapat diidentifikasi secara legal dengan tanggung jawab moral yang dijadikan landasan kerja rumah sakit.
- d. Mempunyai pemimpin, dengan kewenangan mengatur kelancaran operasional rumah sakit sesuai kebijakan yang ditentukan.
- e. Memiliki staf medis, yang dapat memberikan pelayanan sesuai dengan keahlian berdasarkan standar yang ada serta dilindungi hukum.
- f. Pasien adalah tanggung jawab staf medis dalam hal diagnosa dan pengobatan. Khusus dokter asing, harus memiliki lisensi dan mengikuti *clinical training* dan diawasi komite pendidikan kedokteran negara yang bersangkutan

- g. Asuhan keperawatan dilakukan dan disupervisi oleh perawat terdaftar.
- h. Harus menjaga keakuratan dan kelengkapan catatan *medical record* setiap pasien sehingga mudah merujuk kembali.
- i. Pelayanan dan pengawasan farmasi harus dilakukan ahli farmasi terdaftar.
- j. Menjaga dan menyediakan fasilitas/tenaga untuk pemeriksaan X-ray.
- k. Menjaga dan menyediakan fasilitas/tenaga pemeriksa laboratorium. Pelayanan patologi anatomi harus dapat dilakukan secara teratur dan terpercaya.
- l. Menyediakan fasilitas dan tenaga untuk kamar operasi.

2.2.2 Misi Rumah Sakit

Misi adalah tugas pokok yang diemban oleh suatu organisasi. Informasi yang terkandung dalam misi harus sangat jelas dan mudah dipahami, sehingga persepsi semua anggota organisasi diharapkan sama (Swansburg,1990). Misi RSUPN-CM adalah memberikan pelayanan yang bermutu tinggi dan terjangkau oleh semua lapisan masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan serta menjadi rumah sakit rujukan nasional dalam bidang pelayanan medis, kesehatan dan manajemen.

2.2.3 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Rumah sakit berfungsi sebagai penyedia dan penyelenggara upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan dan pemulihan kesehatan pasien. Tugas rumah sakit umum adalah melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan. Pelaksanaan dilakukan secara serasi dan terpadu. Semua rumah sakit pemerintah atau swasta harus mampu dan bersedia melayani pasien dari seluruh jenis golongan penyakit sesuai fungsi utama rumah sakit bersangkutan (Depkes RI,1982).

2.2.4 Jenis Rumah Sakit

Sesuai dengan perkembangan yang dialami oleh rumah sakit, maka pada rumah sakit dapat dibedakan atas beberapa jenis, yaitu :

1. Menurut Kepemilikan

Jika ditinjau dari pemiliknya, rumah sakit dapat dibedakan atas dua macam yakni rumah sakit pemerintah (*government hospital*) dan rumah sakit swasta (*private hospital*).

2. Menurut filosofi yang dianut

Jika ditinjau dari filosofi yang dianut, rumah sakit dapat dibedakan atas dua macam, yakni rumah sakit yang tidak mencari keuntungan (*non-profit hospital*) dan rumah sakit yang mencari keuntungan (*profit hospital*).

3. Menurut lokasi rumah sakit

Jika ditinjau dari lokasinya, rumah sakit dapat dibedakan atas beberapa macam yang kesemuanya tergantung dari pembagian sistem pemerintah yang dianut. Misalnya rumah sakit pusat jika lokasinya di ibukota negara, rumah sakit propinsi jika lokasinya di ibukota propinsi dan rumah sakit kabupaten jika lokasinya di ibukota kabupaten.

Sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, rumah sakit di Indonesia dapat dibedakan dari kepemilikan rumah sakit tersebut:

1. Rumah sakit pemerintah

Rumah sakit pemerintah yang dimaksudkan di sini dapat dibedakan atas dua macam, yakni:

- a. Pemerintah pusat
- b. Pemerintah daerah

2. Rumah sakit swasta

Dan jika ditinjau dari kemampuan yang dimiliki, rumah sakit di Indonesia dibedakan atas lima macam yakni :

a) Rumah Sakit kelas A

Rumah sakit kelas A adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan subspecialis yang luas. Oleh pemerintah, rumah sakit kelas A ini telah ditetapkan sebagai tempat pelayanan rumah sakit rujukan tertinggi (*top referral hospital*) atau disebut pula sebagai rumah sakit pusat.

b) Rumah sakit kelas B

Rumah sakit kelas B adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis luas dan subspecialis terbatas. Direncanakan sebuah rumah sakit kelas B didirikan di setiap ibukota propinsi (*provincial hospital*) yang menampung pelayanan rujukan dari rumah sakit kabupaten

c) Rumah sakit kelas C

Rumah sakit kelas C adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis terbatas. Pada saat ini ada empat macam pelayanan spesialis yang disediakan yaitu pelayanan penyakit dalam, pelayanan bedah, pelayanan kesehatan anak serta pelayanan kebidanan dan kandungan. Direncanakan rumah sakit kelas C ini akan didirikan di setiap ibukota kabupaten (*regency hospital*) yang menampung pelayanan rujukan dari puskesmas.

d) Rumah sakit kelas D

Rumah sakit kelas D adalah rumah sakit yang bersifat transisi karena pada suatu saat akan ditingkatkan menjadi rumah sakit kelas C. Pada saat ini rumah sakit kelas D hanyalah memberikan pelayanan kedokteran dan kedokteran gigi. Sama halnya dengan rumah sakit kelas C, rumah sakit kelas D ini juga menampung pelayanan rujukan yang berasal dari puskesmas.

e) Rumah sakit kelas E adalah rumah sakit khusus (*special hospital*) yang menyelenggarakan hanya satu macam pelayanan kedokteran saja. Pada saat ini banyak rumah sakit kelas E

yang dapat ditemui, misalnya: rumah sakit jiwa, rumah sakit kusta, rumah sakit kanker, rumah sakit jantung, dan sebagainya.

2.2.5 Utilisasi Rumah Sakit

Efisiensi pengelolaan rumah sakit mempunyai dampak terhadap efisiensi pelayanan kesehatan. Masalah yang dihadapi sebagian besar rumah sakit di Indonesia adalah keterbatasan biaya dan penggunaan biaya yang kurang efisien (Wasito, 1993). Efisiensi rumah sakit, sangat dipengaruhi oleh jumlah tempat tidur yang terisi (*BOR*). Rumah sakit dikatakan efisien bila *BOR* antara 75-80% (Soejadi, 1984). Rendahnya tingkat utilisasi/pemanfaatan ruang perawatan dan fasilitas yang dimiliki rumah sakit sangat berpengaruh terhadap rendahnya efektivitas dan efisiensi kerja rumah sakit secara keseluruhan. Dengan adanya kebijakan, bahwa rumah sakit pemerintah menjadi rumah sakit swadana, secara langsung mengubah rumah sakit sebagai unit sosial menjadi unit sosio ekonomi (rumah sakit tidak semata-mata memberikan pelayanan kesehatan, namun harus mampu memperoleh penerimaan dari kegiatan operasionalnya). Dari berbagai komponen penerimaan rumah sakit, pelayanan rawat inap memberikan kontribusi yang besar untuk pendapatan rumah sakit. Dengan demikian, pelayanan rawat inap suatu rumah sakit perlu mendapat perhatian dalam hal peningkatan mutu pelayanan akan mempunyai nilai tambah untuk menarik konsumen/pelanggan.

2.2.6 Pelayanan Rawat Inap

Pelayanan rawat inap adalah suatu bentuk pelayanan rumah sakit kepada masyarakat/pasien berupa kegiatan keperawatan yang diorganisasikan melalui pelayanan rawat inap (berlangsung selama 24 jam) (Soeprapto, 1985). Rawat inap adalah suatu unit atau tempat keperawatan yang memberikan pelayanan perawatan sesuai dengan kemampuan dan fasilitas yang ada. Pelayanan rawat inap dianggap memenuhi syarat bila: Sesuai dengan

kebutuhan pemakai jasa pelayanan rawat inap, dapat dijangkau oleh mereka yang membutuhkan (jarak, lokasi, biaya), sesuai dengan prinsip ilmu dan teknologi kedokteran. Dengan demikian pelayanan rawat inap suatu rumah sakit dapat berjalan dengan baik apabila didukung unsur-unsur tenaga kesehatan yang memenuhi syarat, baik dari segi jumlah maupun keahlian serta pihak yang membutuhkan dapat menggunakan pelayanan sesuai dengan kemampuan.

2.3 Konsep Pemasaran Dan Pemasaran Rumah Sakit

Konsep pemasaran adalah, sebuah falsafah bisnis yang menyatakan bahwa pemuasan kebutuhan konsumen merupakan syarat ekonomi dan sosial bagi kelangsungan hidup perusahaan (Swastha, 1987). Kunci untuk mencapai tujuan organisasi adalah :

- Penentuan kebutuhan.
- Keinginan pasar sasaran.
- Memberikan kepuasan yang diharapkan lebih daripada yang diberikan pada para pesaing.

Adam Smith dalam bukunya "*The Wealth of Nations*" menyatakan bahwa konsumen harus diletakkan pada posisi yang menjadi pusat perhatian, baik dari sisi proses produksi maupun distribusi produk. Sedangkan pemasaran sendiri ialah proses sosial dan manajerial dengan mana seseorang atau kelompok memperoleh apa yang mereka butuhkan dan inginkan melalui penciptaan dan pertukaran produk dan nilai (Kotler).

William Stanton mengatakan, pemasaran adalah sistem keseluruhan dari kegiatan usaha yang ditujukan untuk merencanakan, menentukan harga, mempromosikan dan mendistribusikan barang dan jasa yang dapat memuaskan kebutuhan pembeli yang ada maupun pembeli potensial. (Swastha, 1987).

2.3.1 Manajemen Pemasaran

Manajemen pemasaran terjadi bilamana setidaknya-tidaknya salah satu pihak dalam pertukaran potensial mempertimbangkan sasaran dan sarana untuk memperoleh tanggapan yang diinginkan dari pihak lain.

Adapun definisi dari manajemen pemasaran yang dikemukakan oleh Asosiasi Pemasaran Amerika adalah :

“Proses perencanaan dan pelaksanaan konsepsi, penetapan harga, promosi dan distribusi gagasan, barang dan jasa untuk menghasilkan pertukaran yang memenuhi sasaran-sasaran perorangan dan organisasi”(Kotler).

Manajemen pemasaran disini mempunyai tugas untuk mempengaruhi tingkat, komposisi permintaan sedemikian rupa sehingga akan membantu organisasi mencapai sasaran, yang pada dasarnya adalah manajemen terhadap permintaan.(Kotler)

Sebenarnya secara tidak disadari kegiatan pemasaran ini telah dilaksanakan, tetapi belum dilandasi dengan pemilihan Manajemen Pemasaran yang benar sehingga belum membuahkan hasil yang sesuai dengan harapan. Manajemen Pemasaran dalam rumah sakit sangat dibutuhkan agar pengelolaan RSUPN-CM dalam menghasilkan produk jasa / servis kesehatan benar-benar menyentuh kebutuhan penderita seperti masalah mutu, jenis layanan, proses pelayanan, harga dan informasi yang dibutuhkan.

Dengan adanya keputusan Men.Kes.RI.tentang adanya penyederhanaan kepemilikan rumah sakit, maka banyak didirikan rumah sakit baru yang terutama mendasarkan kegiatannya pada pendapatan laba, walaupun tidak melupakan segi sosialnya. Dengan demikian makin dirasakan pentingnya upaya pemasaran.

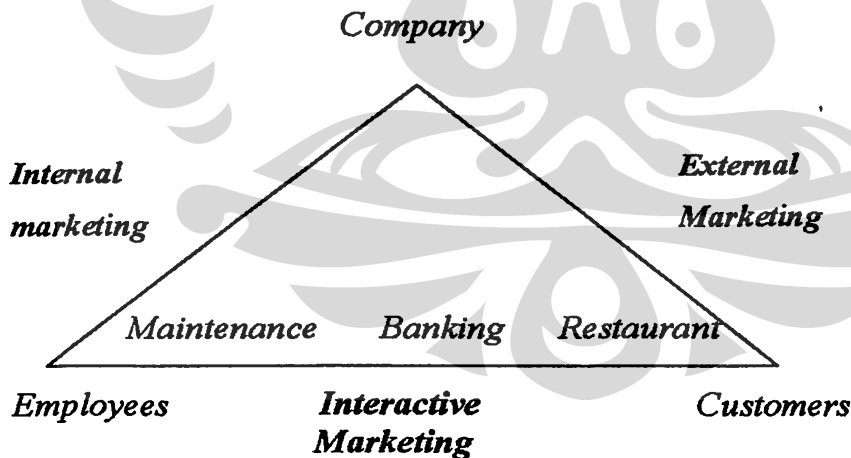
2.3.2 Manajemen Pemasaran Untuk Perusahaan Jasa

Kompleksitas yang dijumpai di bidang pemasaran jasa, ternyata tidak hanya berhubungan dengan *external marketing*, tetapi juga berhubungan dengan *internal marketing* dan *interactive marketing*.

Untuk *external marketing*, perusahaan jasa biasanya menyiapkan hal-hal yang berhubungan dengan harga, distribusi, dan promosi guna memberikan pelayanannya kepada pelanggan. Sedangkan *internal marketing*, perusahaan melakukan hal-hal yang berhubungan dengan pelatihan karyawan dan memotivasi karyawannya agar dapat melayani pelanggannya dengan baik. Sementara *interactive marketing* menggambarkan kemampuan/keterampilan karyawan dalam melayani pelanggan.

Hubungan ke tiganya dalam pemasaran di bidang industri jasa, dapat dilihat dari gambar di bawah ini :

Gambar : 3 Tipe Pemasaran di Bidang Industri Jasa



Sumber : *Marketing Management*, P.Kotler.

Pelanggan dalam memberikan penilaiannya terhadap *service quality*, tidak hanya didasarkan kepada *technical quality* (contoh: keberhasilan dokter dalam melakukan operasi), tetapi juga berdasarkan *functional quality* (contoh: apakah dokter yang akan mengoperasi peduli dengan pasiennya dan tampak percaya diri).

Perusahaan jasa selain dituntut untuk “*high touch*”, juga dituntut untuk “*high tech*”.

Pengalaman pelanggan terhadap kualitas pelayanan yang baik, dari suatu perusahaan jasa akan menentukan keputusan pelanggan dalam menentukan pilihan berikutnya. Pengalaman akan membuat pelanggan lebih berhati-hati dalam melakukan pilihan. Pelayanan pelanggan biasanya di dapat dari : pertama adalah *word of mouth*, sebagai bagian dari iklan dan promosi gratis. Kedua adalah berdasarkan harga, SDM, serta bentuk fisik dari suatu merek tertentu dalam menentukan *service quality*. Dan yang terakhir adalah pelanggan akan loyal terhadap penyedia jasa pelayanan, bila mereka merasa puas.

Dalam perkembangannya, perusahaan jasa mempunyai tiga kewajiban, yaitu meningkatkan *competitive differentiation*, meningkatkan *service quality*, dan meningkatkan *productivity*.

2.3.3 Karakteristik Pemasaran Rumah Sakit

Beberapa karakteristik pemasaran produk jasa kesehatan baik untuk rumah sakit profit maupun non profit adalah :

1. Produk jasa bersifat :

- *Intangibility* (tidak berwujud): Jasa itu bersifat abstrak dan tidak dapat dilihat, diraba, didengar atau dicium oleh panca indera.
- *Inseparability* (tidak dapat dipisahkan): Jasa tidak dapat dipisahkan dari sumbernya. Proses produksi dan konsumsi dilaksanakan secara bersamaan.
- *Heterogeneity* (keanekaragaman): Jasa tidak dapat dibakukan dan juga beraneka ragam tergantung pada siapa yang melaksanakan, kapan dan dimana pelaksanaannya.
- *Perishability* (tidak tahan lama): Oleh karena jasa itu tidak berwujud, maka jasa tidak dapat disimpan, akibat tidak dapat disimpan, maka jasa itu tidak dapat tahan lama.

2. Rumah sakit biasanya selalu disorot oleh masyarakat, diberikan subsidi, pengecualian pajak, banyak peraturan yang harus diikuti sehingga mendapat tekanan politik, seperti penggunaan dana untuk promosi biasanya mendapat kritikan dari masyarakat karena dianggap pemborosan dana yang memang terbatas.
3. Biaya kesehatan biasanya dibayar oleh pihak ketiga (perusahaan asuransi).Ini menyebabkan konsumen kurang sensitif terhadap biaya kesehatan sehingga cenderung untuk menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang kurang diperlukan.
4. Peraturan-peraturan yang kadang-kadang membatasi ruang gerak rumah sakit dalam melaksanakan perencanaan yang telah dibuat.

2.3.4 Problema Pokok Masalah Pemasaran di Rumah Sakit

Setiap rumah sakit perlu mengetahui hal-hal yang khusus berkaitan dengan pemasaran institusinya. Beberapa masalah yang perlu diwaspadai dalam kaitannya dengan pemasaran adalah :

1. Beberapa bagian dari unit perawatan yang ada rendah pemakaiannya.
2. Produk jasa/servis kesehatan yang dihasilkan tidak sesuai dengan kebutuhan masyarakat sekitar.
3. Beberapa tenaga kesehatan yang baik berpindah ke rumah sakit lain, demikian juga dengan beberapa langganan.
4. Keramahan karyawan rumah -sakit terhadap penderita kurang, demikian pula perhatian karyawannya terhadap masalah rumah sakit.
5. Dedikasi para perawat rendah akibat sistem penggajian dan pengaturan jam kerja yang kurang baik.
6. Pelayanan terhadap penderita yang akan berobat lambat.
7. Peralatan kesehatan yang dimiliki terbatas dan sudah ketinggalan jaman.

Hal-hal tersebut kiranya perlu dikaji dengan baik sehingga dapat menentukan target market yang tepat untuk institusi pelayanan kesehatan yang bersangkutan.

Disini perlu juga dilakukan suatu analisa kebutuhan konsumen terutama konsumen sasaran. Kegiatan survey terhadap masyarakat/konsumen serta kuesioner yang terarah terhadap minat/keluhan/keinginan penderita sangat diperlukan.

2.4 Perkembangan Orientasi Pemasaran dan Kepuasan Pelanggan

Ada tiga tahap yang harus dilalui perusahaan untuk menjadi organisasi yang berorientasi kepada (kepuasan) konsumen, yaitu:

- Tahap *bliss*

Kebanyakan perusahaan berada pada taraf *bliss*, mereka merasa telah menghasilkan produk yang baik karena menjalankan program kendali mutu pada produk mereka. Mereka memberikan garansi dan berusaha berlaku adil terhadap pelanggan, bahkan cenderung bersifat mengalah dalam kebijakan pengembalian/penukaran produk yang dibeli. Dengan demikian perusahaan-perusahaan yang masuk kategori ini juga menghendaki pelanggan mereka puas. Masalahnya adalah mereka belum melakukan apapun untuk membina hubungan jangka panjang dengan pelanggan, dan selalu berpikir bahwa pelanggan mereka secara umum puas dengan produk atau pelayanan yang diberikan dan tetap akan menjalankan bisnis dengan mereka.

- Tahap *awareness*

Perusahaan pada taraf *awareness* memiliki semua karakteristik perusahaan *bliss*, hanya saja lebih proaktif. Seperti halnya *bliss*, mereka memiliki departemen layanan pelanggan, hanya saja lebih berkembang, misalnya waktu kerja yang lebih panjang, petugas yang terampil, dsb, yang bertujuan untuk memudahkan pelanggan untuk menggunakan layanan

tersebut. Langkah lebih maju dilakukan dengan membuat survey kepuasan pelanggan secara berkala dengan tujuan untuk mengukur apa yang sebenarnya dipikirkan oleh pelanggan terhadap produk atau pelayanan mereka. Tetapi apa yang dilakukan masih belum cukup, karena hotines layanan pelanggan dan survey kepuasan pelanggan hanya merupakan usaha “sesudah kejadian” dalam mengukur atau berkenaan dengan masalah kepuasan atau kekecewaan pelanggan.

▪ Tahap *commitment*

Pada tahap ini, perusahaan berusaha untuk mengikut sertakan pelanggan dalam pembuatan keputusan. Mereka menganggap pelanggan sebagai asset yang berharga dan sumber inovasi, sehingga mereka secara aktif mengembangkan mekanisme yang melibatkan pelanggan seluas-luasnya dalam perusahaan. Caranya dengan membentuk wadah/panel yang mempertemukan staff perusahaan dengan bermacam-macam pelanggan dan umumnya berkaitan dengan siklus kualitas dan fokus group. Filosofi yang mereka anut adalah TCI (*Total Customer Integration*) yang menekankan pelanggan bukanlah sasaran pemasaran tetapi adalah mitra kerja guna meningkatkan nilai produk atau pelayanan. Istilah pelanggan diartikan secara lebih luas, meliputi pemasok, saluran distribusi, dsb, bukan semata-mata konsumen akhir. Di dalam prakteknya TCI juga memakai instrumen analisa keluhan dan survey kepuasan pelanggan setelah di-skrining, didistribusikan kepada masing-masing unit fungsional didalam organisasi untuk bahan diskusi di dalam panel pelanggan.

Menurut P.Kotler organisasi memiliki berbagai metode untuk menilai tingkat kepuasan,

antara lain :

1. Metode kaitan dengan penjualan.

Kebanyakan organisasi rumah sakit beranggapan bahwa seberapa besarnya kepuasan pasien yang diciptakan oleh mereka dapat ditunjukkan dan diukur dari tingkat penjualan, pangsa pasar dan pembelian berulang. Pengukuran ini sebenarnya penting, tetapi sayangnya tidak cukup, karena kemungkinan pasien tetap berinteraksi dengan organisasi rumah sakit walaupun mereka tidak puas, alasannya :

- Rumah sakit yang dituju merupakan rumah sakit terlengkap dan rujukan.
- Faktor terdapatnya penyakit dan upaya penggunaan rumah sakit untuk memperoleh kesembuhan merupakan kejadian yang tidak dapat diramalkan sebelumnya, walaupun sebenarnya secara teori hal ini dapat dipekirakan.

2. Sistem keluhan dan saran

Sistem ini akan meningkatkan harapan pasien. Pasien tidak akan terdorong untuk menyatakan keluhan mereka bila tidak mendapat tanggapan. Oleh karena itu bila organisasi rumah sakit menjalankan sistem keluhan maka rumah sakit tersebut harus pula membuat tanggapan.

3. Panel pelanggan

Beberapa organisasi membentuk panel pelanggan, kelompok kecil pelanggan yang diberi pertanyaan secara periodik atau mereka bebas mengeluarkan pendapat/perasaan mereka mengenai organisasi atau pelayanan yang dihasilkan.

4. Survey kepuasan pelanggan

Mereka diberikan pertanyaan mengenai seberapa besar mereka menyukai atau tidak menyukai pelayanan yang diberikan. Pertanyaan dapat dibuat dari berbagai macam bentuk. Di dalam rumah sakit, survey kepuasan pasien disebarkan kepada setiap pasien yang sedang menjalani perawatan tetapi telah memasuki fase penyembuhan. Survey ini

kemudian dianalisa, disimpulkan, dan didiskusikan oleh staff manajemen yang terlibat dalam pemasaran.

2.4.1 Konsep Kepuasan Pasien

Secara umum semua rumah sakit menghadapi masalah yang sama yaitu bagaimana dapat memuaskan pasien yang dirawat di tempat itu. Hasil yang diharapkan adalah kesembuhan pasien, namun tingkat kepuasan yang dirasakan setiap pasien berbeda-beda.

Faktor utama yang mempengaruhi tingkat kepuasan pasien adalah :

1. Faktor yang berasal dari diri pasien sendiri, misalnya:

- Persepsi terhadap rumah sakit yang telah memberikan pelayanan yang baik, yang kemudian dibandingkan dengan kenyataan.
- Pengalaman dirawat di rumah sakit lain sebelumnya, sebagai acuan terhadap pelayanan yang dialami saat ini.
- Tingkat pendidikan dan jumlah keluarga, ekonomi ikut menentukan tingkat kepuasan pasien.

2. Faktor yang berasal dari rumah sakit, misalnya: sarana fisik dan kelengkapan peralatan kedokteran, kemampuan tenaga medik, dsb.

Di dalam tulisan ini kepuasan pasien hanya terbatas pada faktor yang berasal dari pasien, yaitu harapan dan pelayanan yang ditawarkan rumah sakit, yang diwakili oleh dokter, perawat maupun staff non medik lain.

2.5. Persepsi Dalam Prilaku Konsumen

2.5.1 Pengertian Persepsi

Manusia sebagai makhluk hidup tidak terlepas dari berbagai aktivitas yang akan dihadapkan pada suatu gejala alamiah berupa proses persepsi, dimana manusia menggunakan

kelima indera yang dimilikinya untuk memberikan arti lingkungan sekitarnya dan kemudian mengorganisasikan apa yang diperoleh dari lingkungan tersebut menjadi sesuatu yang masuk akal yang disebut persepsi. Ada beberapa pengertian mengenai persepsi yang diungkapkan oleh para ahli. Desiderato (dalam Rakhmat, 1996) memberikan definisi persepsi sebagai pengalaman tentang objek, peristiwa, atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkan pesan.

Selain pengertian tersebut persepsi juga didefinisikan sebagai proses di mana kita mengorganisasi dan menafsirkan pola stimulus dalam lingkungan (Atkinson, Atkinson, Hilgard, 1999).

Sementara itu Milton (1981) mengemukakan bahwa "*perception is the process of selection, organization and interpretation of stimuli from the environment*" (persepsi adalah proses pemilihan, pengorganisasian dan pemberian makna pada rangsang yang berasal dari lingkungan sekitar).

Sedangkan Robbin (1996) memberikan batasan bahwa persepsi adalah suatu proses dimana individu mengorganisasikan dan menginterpretasikan kesan sensorinya sehingga dapat memberi arti terhadap lingkungannya.

Dari beberapa pengertian di atas, maka dapat ditarik pengertian bahwa persepsi merupakan suatu proses individu dalam mengorganisasi dan menginterpretasikan objek, peristiwa, atau hubungan-hubungan berdasarkan pengalaman atau informasi yang diperolehnya.

2.5.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persepsi

Terdapat sejumlah faktor yang mempengaruhi persepsi, antara lain (Rakhmat, 1996):

- a. Orang atau obyek yang diamati. Setiap individu berusaha membuat penilaian terhadap tingkah laku orang atau obyek yang diamati dengan memberikan perhatian (atensi) pada

orang/obyek tersebut, namun seringkali individu tidak menyadari faktor yang mempengaruhi penilaiannya. Proses persepsi dipengaruhi oleh status orang atau obyek yang diamati.

b. Situasi. Aspek-aspek situasional juga berkaitan dengan proses perseptual. Posisi/jabatan seseorang atau Kebijakan tertentu dalam suatu organisasi akan mempengaruhi obyek yang diamati. Karena itu masing-masing individu mempunyai persepsi yang berbeda dalam mengamati lingkungannya, yang dipengaruhi oleh posisi dan kebutuhannya.

c. Pengamat. Persepsi juga dipengaruhi oleh kondisi dalam diri individu yang melakukan pengamatan. Salah satu aspek internal yang mempengaruhinya adalah faktor kebutuhan. Seseorang cenderung mengarahkan perhatiannya pada hal-hal yang dapat memenuhi kebutuhannya. Karena masing-masing individu mempunyai kebutuhan dan tujuan berbeda, maka individu dapat menginterpretasikan suatu masalah dengan cara yang berbeda. Faktor lain yang dapat mempengaruhi pengamat adalah pengalaman sebelumnya. Seseorang akan mempersepsi lingkungannya tidak dengan pikiran kosong, tetapi akan dipengaruhi oleh kejadian-kejadian sebelumnya yang memberikan pengetahuan kepadanya. Adanya kelelahan dan kecemasan juga dapat mempengaruhi hasil pengamatan dan pemaknaan dari suatu stimulus.

d. Persepsi diri. Bagaimana seseorang memandang dirinya akan mempengaruhi persepsinya. Konsep diri adalah bagaimana individu memandang dirinya sendiri. Struktur diri ini tidak hanya khas tetapi juga konsisten bagi setiap individu.

e. Karakteristik pribadi. Karakteristik pribadi seseorang mempengaruhi persepsinya terhadap orang lain. Jika seseorang menerima dirinya sendiri, maka ia akan cenderung memandang aspek-aspek yang menyenangkan pada diri orang lain dari sudut pandang kelemahan dirinya sendiri.

Sedangkan menurut Milton (1981), faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi diantaranya adalah:

- a. Pengalaman masa lalu. Jika seorang pekerja pernah bekerja di bawah seorang atasan yang otoriter, yang mana keberhasilan dihubungkan dengan sikap patuh dan melakukan sesuatu sesuai dengan yang diperintahkan, maka mungkin sekali ia akan melihat atasannya yang baru seperti yang terdahulu dan bertingkah laku sebagaimana yang pernah dilakukan sebelumnya.
- b. Status. Dalam suatu pertemuan kepanitiaan, pendapat atau komentar dari pejabat bagian produksi mungkin akan diamati secara berbeda dari manajer bagian penjualan. Walaupun apa yang dikatakan oleh keduanya adalah hal yang serupa. Selain itu, pendapat/komentar dari seorang yang memiliki status lebih tinggi biasanya dianggap lebih penting.
- c. Posisi atau jabatan pekerjaan. Seorang pejabat bagian produksi mungkin akan mengamati dan mengevaluasi masalah yang timbul dalam perusahaan melalui kaca mata produksi, demikian pula pejabat bagian keuangan akan mengamatinya dari sudut pandang keuangan.
- d. Kebutuhan. Setiap orang cenderung mempersepsi apa saja yang bermanfaat bagi kebutuhannya. Seorang manajer dan seorang pekerja biasa mempunyai data ekonomi yang sama, namun mereka mempunyai kesimpulan yang berbeda mengenai tingkat gaji yang sesuai. Hal ini disebabkan oleh kebutuhan dan tujuan masing-masing yang berbeda, sehingga informasi yang sama diartikan berbeda.
- e. *Self insight*. Apabila kita mengenal diri kita sendiri dan menerima diri kita sebagaimana adanya, maka mungkin kita akan lebih melihat aspek-aspek yang baik dari orang lain, memiliki wawasan yang luas dan melihat orang lain tidak hanya dari segi negatifnya saja.
- f. Karakteristik personal. Karakteristik kita sendiri mempengaruhi karakteristik yang ingin kita lihat pada orang lain. Seorang yang merasa dirinya aman, cenderung melihat orang lain sebagai orang yang ramah dan hangat.

2.6. Menentukan Atribut Objek Prilaku Konsumen

2.6.1 Pengertian Atribut

Dalam menggunakan analisis multiatribut untuk mengukur prilaku konsumen, maka persoalan pertama yang muncul adalah atribut apa saja yang dianggap sah untuk suatu objek prilaku konsumen. Atribut objek prilaku konsumen dapat dibedakan menjadi dua pengertian apabila objek itu adalah merek atau kategori produk. Pertama adalah atribut sebagai karakteristik yang membedakan merek atau produk dari yang lain. Kedua, faktor-faktor yang dipertimbangkan konsumen dalam mengambil keputusan tentang pembelian suatu merek ataupun kategori produk, yang melekat pada produk atau menjadi bagian produk itu sendiri. Kedua pengertian ini akan menghasilkan perbedaan atribut produk. Kalau memakai pengertian yang pertama, maka atribut produk meliputi dimensi-dimensi yang terkait dengan produk atau merek, seperti performans, daya tahan, keandalan, desain, gaya, reputasi, dan lain-lain. Sedangkan kalau menggunakan pengertian kedua, hasilnya selain dimensi-dimensi produk, juga menyangkut apa saja yang dipertimbangkan dalam pengambilan keputusan untuk membeli, menonton, memperhatikan suatu produk, seperti harga, ketersediaan produk, merek, harga jual kembali, ketersediaan suku cadang, harga suku cadang, layanan setelah penjualan dan seterusnya.

Dalam pemasaran, prilaku konsumen selalu dihubungkan dengan keputusan atau maksud beli, maka pengertian kedua lebih bermanfaat dibanding pengertian pertama. Ada beberapa cara yang dipakai untuk mengetahui atribut produk, yang pertama adalah metode *judgement*, di mana peneliti menyusun sendiri atribut produk. Yang kedua adalah metode *focus group*, di mana peneliti mengumpulkan 10 sampai 20 orang responden yang dianggap memahami produk.

2.6. Menentukan Atribut Objek Prilaku Konsumen

2.6.1 Pengertian Atribut

Dalam menggunakan analisis multiatribut untuk mengukur perilaku konsumen, maka persoalan pertama yang muncul adalah atribut apa saja yang dianggap sah untuk suatu objek perilaku konsumen. Atribut objek perilaku konsumen dapat dibedakan menjadi dua pengertian apabila objek itu adalah merek atau kategori produk. Pertama adalah atribut sebagai karakteristik yang membedakan merek atau produk dari yang lain. Kedua, faktor-faktor yang dipertimbangkan konsumen dalam mengambil keputusan tentang pembelian suatu merek ataupun kategori produk, yang melekat pada produk atau menjadi bagian produk itu sendiri. Kedua pengertian ini akan menghasilkan perbedaan atribut produk. Kalau memakai pengertian yang pertama, maka atribut produk meliputi dimensi-dimensi yang terkait dengan produk atau merek, seperti performans, daya tahan, keandalan, desain, gaya, reputasi, dan lain-lain. Sedangkan kalau menggunakan pengertian kedua, hasilnya selain dimensi-dimensi produk, juga menyangkut apa saja yang dipertimbangkan dalam pengambilan keputusan untuk membeli, menonton, memperhatikan suatu produk, seperti harga, ketersediaan produk, merek, harga jual kembali, ketersediaan suku cadang, harga suku cadang, layanan setelah penjualan dan seterusnya.

Dalam pemasaran, perilaku konsumen selalu dihubungkan dengan keputusan atau maksud beli, maka pengertian kedua lebih bermanfaat dibanding pengertian pertama. Ada beberapa cara yang dipakai untuk mengetahui atribut produk, yang pertama adalah metode *judgement*, di mana peneliti menyusun sendiri atribut produk. Yang kedua adalah metode *focus group*, di mana peneliti mengumpulkan 10 sampai 20 orang responden yang dianggap memahami produk.

2.6.2 Model-model Sikap Multiatribut

Sejumlah besar riset pemasaran difokuskan pada pengembangan model untuk memperkirakan sikap yang tercipta oleh proses integrasi. Ini disebut model sikap multiatribut karena memfokuskan pada kepercayaan konsumen tentang multiatribut suatu merek atau produk. Dalam penelitian, sikap hanya dapat diukur melalui pernyataan-pernyataan responden. Beberapa model yang digunakan dalam mengukur sikap seseorang berdasarkan sifat psikologisnya adalah :

2.6.2.1 Model Fishbein

Model Fishbein adalah yang paling berpengaruh dalam dunia pemasaran. Proposisi kunci dalam teori Fishbein adalah bahwa evaluasi terhadap kepercayaan utama menghasilkan sikap keseluruhan. Secara sederhana orang cenderung menyukai objek dengan ciri baik dan tidak menyukai objek dengan ciri buruk. Dalam model multiatribut Fishbein, sikap keseluruhan terhadap suatu objek adalah fungsi dari dua faktor yaitu kekuatan dari kepercayaan utama jika dikaitkan dengan objek dan evaluasi dari kepercayaan utama.

Model sikap multiatribut ini menerangkan proses integrasi yang mengkombinasikan pengetahuan produk (evaluasi dan kepercayaan utama) untuk membentuk evaluasi atau sikap yang menyeluruh. Akan tetapi model Fishbein ini tidak menyatakan bahwa konsumen sebenarnya menjumlahkan hasil dari kekuatan kepercayaan dan evaluasi ketika membentuk sikap terhadap objek. Model Fishbein mencoba memperkirakan sikap yang dihasilkan oleh proses integrasi dan tidak ditujukan untuk menjelaskan operasi kognitif sebenarnya yang mengintegrasikan pengetahuan. Model sikap multiatribut adalah alat yang sangat berguna untuk mempelajari proses pembentukan sikap dan memperkirakan sikap. Model ini didasarkan pada pemikiran bahwa sikap dibentuk oleh komponen kepercayaan (*beliefs*) dan perasaan (*feelings*). Model ini sendiri dapat menjelaskan dua jenis sikap berdasarkan objek

sikap, yaitu sikap terhadap objek (*attitude toward object*) dan sikap terhadap perilaku (*attitude toward behaviour*).

2.6.2.1.1 Sikap Terhadap Objek

Melalui uji proses integrasi informasi, konsumen membentuk sikap terhadap objek termasuk produk atau merek. Selama proses integrasi, konsumen mengkombinasikan beberapa pengetahuan, arti, dan kepercayaan tentang produk atau merek untuk membentuk evaluasi secara menyeluruh. Kepercayaan tersebut dapat dibentuk melalui proses interpretasi atau diaktifkan dari ingatan. Melalui berbagai pengalaman, konsumen mendapatkan berbagai kepercayaan tentang produk, merek, dan objek lain dalam lingkungan. Beberapa faktor mempengaruhi kepercayaan pada produk mana yang harus diaktifkan dalam suatu situasi dan dengan demikian menjadi penentu utama dari sikap konsumen terhadap produk. Dengan menggunakan model ini langkah pertama yang perlu dilakukan adalah menentukan atribut objek sikap. Untuk menentukan atribut ini, diperlukan penelitian khusus, misalnya fokus grup. Melalui penelitian pendahuluan ini, ada kemungkinan muncul banyaknya atribut. Dari semua atribut mana yang sebenarnya bisa dipakai. Ada alat-alat statistika yang bisa digunakan untuk tujuan ini. Kemudian menganalisis dimensi evaluatif yang berhubungan dengan setiap atribut. Komponen evaluasi berbicara tentang rasa suka konsumen atas suatu kondisi atribut.

2.6.2.1.2 Sikap Terhadap Perilaku

Sikap terhadap perilaku memiliki kemampuan prediksi yang lebih besar. Sikap terhadap perilaku dapat dicari dengan menggunakan pernyataan langsung (*direct statement*). Ada dua bentuk pertanyaan yang bisa diajukan. Pertama adalah pertanyaan terbuka, yaitu pertanyaan yang memberikan kebebasan kepada responden untuk memberikan kebebasan kepada responden untuk memberikan jawaban apa saja. Bentuk kedua adalah pertanyaan tertutup, yaitu suatu bentuk pertanyaan di mana alternatif jawaban sudah disediakan.

2.6.2.2 Model Poin Ideal

Model ini diawali oleh pemikiran bahwa setiap orang memiliki produk atau merek ideal bagi dirinya. Ditinjau dari sikap semakin dekat ke poin ideal, sebuah produk atau merek semakin baik posisinya. Oleh karena itu, sikap konsumen juga bisa diukur melalui jarak antara posisi produk atau merek dengan posisi ideal di benak konsumen. Posisi tersebut didapat dengan cara mengkualifikasikan kepercayaan konsumen mengenai prestasi produk pada atribut tertentu dan tingkat kepentingan atribut tersebut bagi konsumen.

Semakin dekat performans merek diukur terhadap merek ideal di mata konsumen, maka skor sikap konsumen semakin kecil. Kalau merek yang diukur sama persis dengan merek ideal, maka skor sikap akan menjadi nol.

BAB III

GAMBARAN UMUM PERUSAHAAN

3.1 Sejarah RSUPN-CM

Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo (RSUPN-CM) diresmikan tanggal 17 Agustus 1964 oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia Prof. Dr. Satrio. Didirikan pada tanggal 19 November 1919, RSUPN-CM berawal dari '*Centrale Burgerlijke Ziekenhuis*' (CBZ). Berbagai upaya perbaikan terus ditingkatkan sejak tahun 1973, berkat keadaan ekonomi negara yang membaik, dilaksanakan pembangunan fisik RSUPN-CM secara besar-besaran yang berkesinambungan dan terencana yaitu berdasarkan satu *Master Plan*. Hingga pada tanggal 13 Juni 1994 disahkan menjadi Rumah Sakit Umum Pusat Nasional melalui SK MenKes No. 553/MenKes/VI/1994.

3.2 Tugas Pokok Dan Fungsi RSUPN-CM

RSUPN-CM sebagai rumah sakit rujukan tertinggi nasional di Indonesia, merupakan Rumah Sakit vertikal Kelas A dengan kapasitas 1.300 tempat tidur, yang sekaligus berfungsi sebagai Rumah Sakit Pendidikan bersama Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI-RSCM). Sebagai lembaga pelayanan kesehatan bagi masyarakat, RSUPN-CM mengemban tugas pokok menunjang keberhasilan pembangunan kesehatan nasional melalui perannya dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui upaya pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Dalam fungsinya sebagai Rumah Sakit Pendidikan sekaligus pusat rujukan nasional, RSUPN-CM harus mampu menjadi :

- Pusat bagi pengembangan dan penapisan ilmu pengetahuan baik di bidang kesehatan maupu kedokteran.
- Penyelenggara, pemuka, pemandu, dan pembina kegiatan pelayanan kesehatan.
- Penyelenggara pendidikan dan pengajaran, penelitian, dan pelatihan di bidang kesehatan dan kedokteran.
- Pusat rujukan Nasional baik dalam pelayanan, ilmu pengetahuan, penelitian, dan pendidikan.

Untuk mengemban semua peran dan fungsi di atas, RSUPN-CM mengejewantahkan tugas pokoknya, yaitu : ‘menghasilkan tenaga profesional, etis dan berwawasan kebangsaan dan kerakyatan yang berkeadilan sosial, serta mempunyai kemampuan untuk melakukan adaptasi pribadi terhadap berbagai keadaan dan masalah.’

3.3. Kegiatan Layanan

Berbagai jenis kegiatan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan RSUPN-CM, secara umum dapat dilihat dari tabel berikut selama periode 1995/1996 sampai dengan 1998/1999.

Uraian Kegiatan	95/96	96/97	97/98	98/99
1. Rawat Jalan				
a. Bukan Emergency	681.058	644.357	686.707	589.769
b. Emergency	45.883	42.764	44.329	43.277
2. Kapasitas Tempat Tidur	1.153	1.284	1.284	1.284
3. Bed Occupancy Rate (BOR)	66,81	60,03	59,74	55,63
4. Jumlah Pasien Dirawat	46.554	45.181	50.031	40.128
5. Jumlah Pasien Masuk	25.378	38.171	40.265	39.342
6. Jumlah Hari Perawatan	281.165	283.570	270.917	260.110

3.3.1 Kegiatan Rawat Jalan

Dengan jumlah kunjungan rawat jalan serta IGD termasuk kunjungan ke penunjang medis mencapai 1.800-2.000 pasien per-harinya, yang meliputi seluruh bidang spesialis dan sub-spesialis serta fasilitas yang ada. Dengan kondisi seperti itu, RSUPN-CM lebih mirip sebagai klinik atau puskesmas raksasa yang harus mampu memberikan pelayanan seluas-luasnya bagi kebutuhan masyarakat dan rujukan fasilitas kesehatan dibawahnya. Dari sekitar 436.000 kunjungan rawat jalan ke UPF (Unit Penunjang Fungsional) dan klinik yang ada, sekitar seperempat dari seluruh kunjungan berasal dari UPF Penyakit Dalam dan Ilmu Kesehatan Anak. Sementara sekitar 10% berikutnya mengunjungi instalasi/fasilitas radiologi.

3.3.2 Kegiatan Rawat Inap

Dengan kapasitas 1.300 tempat tidur (terpakai 1.200), RSUPN-CM hampir mirip puskesmas raksasa dengan cakupan layanan mulai dari pelayanan kesehatan dasar hingga pelayanan kesehatan tersier (*advance*). Dari keseluruhan kapasitas tempat tidur yang ada, terbagi dalam berbagai kriteria jenis perawatan maupun kelas, seperti kelas III, kelas II, kelas I, kelas utama, baik untuk Penyakit Dalam, Bedah, Kebidanan dan Kandungan, serta Anak dan spesialisasi lainnya. Beberapa Paviliun swadana (swastanisasi), yaitu : PKS (Paviliun Khusus Swasta) Cendrawasih. Paviliun Khusus Perawatan Stroke 'Supardjo Rustam', Paviliun Melati di IRNA (Instalasi Rawat Inap) A dan Paviliun Mawar di IRNA B, serta Paviliun Tumbuh Kembang khusus untuk perawatan anak.

3.3.3 Diferensiasi Layanan

Perubahan dan perbedaan yang dilakukan RSUPN-CM diantaranya adalah :

- Sarana fisik yang mengacu kepada kenyamanan optimal bagi pengguna jasa dan pelaksana kegiatan
- Fasilitas alat medik dan non medik yang mengacu kepada mutu layanan

- **Prosedur kegiatan baku secara tertulis untuk setiap kegiatan medik, keperawatan, dan manajerial untuk :**
- **Fasilitas rawat jalan dalam bentuk 40 buah kamar pemeriksaan spesialis dan sub spesialis dengan daerah ruang tunggu yang mempunyai daya tampung setiap 30 menit sebanyak 200 orang.**
- **Fasilitas pemeriksaan berkala dengan kemampuan daya tampung sebanyak 100 orang setiap hari dengan terbukanya kemungkinan untuk menggunakan fasilitas ini sebagai unit layanan harian (*day care unit*).**
- **Fasilitas rawat inap yang terbagi dalam jenis penjenjangan kelas perawatan dan jumlah tempat tidur yang memadai.**
- **Fasilitas penunjang medik terpadu dalam bentuk *Central Medical Unit* (CMU)**

Gambaran tarif kamar rawat inap pada tahun 2001 adalah sebagai berikut :

- **Kelas VIP**
 - ❖ **Mawar I** Rp 325.000,-
 - ❖ **Mawar II** Rp 275.000,-
 - ❖ **Mawar III** Rp 225.000,-
 - ❖ **Mawar IV** Rp 175.000,-
- **Kelas Utama I** Rp 275.000,-
- **Kelas Utama II** Rp 225.000,-
- **Kelas Utama III** Rp 150.000,-
- **Kelas Utama Askes** Rp 100.000,-
- **Kelas I** Rp 85.000,-
- **Kelas II** Rp 50.000,-

- Kelas III Rp 15.000,-
- Jasa dokter rawat inap berkisar antara Rp 60.000,-s/d Rp 75.000,-
- Administrasi rawat inap 2 ½% dari biaya rawat inap.

Pengisian tempat tidur rumah sakit berasal dari penderita rawat jalan dan penderita rujukan. Dengan demikian adanya kenaikan penderita rawat jalan secara linier akan menaikkan tingkat pemanfaatan tempat tidur (*BOR*). Disamping itu, untuk menjalankan fungsi sosialnya, RSUPNCM akan menyediakan biaya sosial sebesar 7% setiap tahun dari pendapatan kotor rawat jalan dan rawat inap.

3.4. Struktur Organisasi Dan Manajemen

Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo merupakan Rumah Sakit Umum yang secara struktural berada di bawah Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Sesuai dengan SK Menteri Kesehatan No. 983/Menkes/XI/1992 tertanggal 12 November 1992 tentang pedoman Organisasi Rumah Sakit, rumah sakit umum pusat ini, akan dikelola oleh satu orang pimpinan rumah sakit dengan dibantu oleh 4 orang wakil direktur yang terdiri dari: WaDir Umum dan Keuangan, WaDir Medis, WaDir Penunjang Medis dan WaDir Keperawatan. Struktur Organisasi RSUPN-CM dengan seluruh SMF dan Instalasi yang ada, digambarkan dalam struktur matriks di bawah Direktur RSUPN-CM.

Gambaran mengenai SDM yang ada berjumlah 6.200 orang terdiri dari berbagai profesi, jabatan maupun status kepegawaian.

3.4.1. Visi, Misi, Falsafah, Nilai dan Tujuan Organisasi

Sebagai rumah sakit rujukan Nasional yang berkedudukan di Ibu Kota Negara, sekaligus Rumah Sakit Pendidikan, RSUPN-CM dituntut untuk mampu melakukan

penyesuaian serta mampu menjadi panutan (pemuka) melalui peningkatan mutu yang berkesinambungan seiring dengan perkembangan yang ada. Atas dasar pemikiran tersebut, RSUPN-CM mengupayakan peningkatan organisasi melalui penyusunan perencanaan strategis, *master plan* operasional dan fisik, dimana di dalamnya ditetapkan suatu visi organisasi sebagai tujuan akhir atau cita-cita yang dicapai melalui misi yang merupakan arahan bagi strategi yang harus dikembangkan.

Visi : 'Menjadi Rumah Sakit Pendidikan Bermutu ASEAN tahun 2003 dan Bermutu Asia-Pasifik tahun 2015'.

Misi Umum:

- Memberikan pelayanan kesehatan paripurna, bermutu dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat.
- Menjadi tempat pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan serta tempat penelitian dan pengemban dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Misi Khusus :

- Sebagai rumah sakit rujukan nasional dalam bidang pelayanan kesehatan (medis dan keperawatan), pendidikan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, serta manajemen pelayanan kesehatan.

Dalam mewujudkan visi dan melaksanakan misinya, warga RSUPN-CM berpegang teguh pada nilai-nilai utama yang dianutnya serta prinsip-prinsip arahan sebagai berikut:

Nilai umum : Melayani kepentingan pasien adalah yang utama.

Prinsip – prinsip arahan :

- Integritas: Beriman dan bertaqwa kepada Tuhan YME serta bersikap jujur, etis, dipercaya, berdisiplin dan berdedikasi tinggi.

- **Inovatif:** Senantiasa melihat ke depan untuk mengembangkan upaya-upaya yang dapat meningkatkan mutu pelayanan dan kesejahteraan seluruh warga RSUPN-CM.
- **Humanitas:** Menjunjung tinggi martabat manusia dan etika profesi dengan mengutamakan kepentingan pasien sehingga tercapai pelayanan yang optimal serta terjangkau.
- **Kebersamaan:** Membina kebersamaan dalam keterpaduan dan kemitraan melalui pembinaan suasana gotong-royong, saling pengertian, keterbukaan dan saling menghargai dengan mengutamakan komitmen pelayanan kesehatan.
- **Mutu:** Senantiasa meningkatkan mutu dengan kinerja yang optimal secara terus-menerus untuk mencapai hasil yang unggul.
- **Keteladanan:** Keteladanan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian.
- **Kesejahteraan Bersama:** Senantiasa mengupayakan kesejahteraan warga RSUPN-CM.

Tujuan :

- Mampu menyelenggarakan pelayanan kesehatan bermutu dan terjangkau serta dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah pada masyarakat yang membutuhkan, serta merupakan acuan/rujukan dari pelayanan nasional.
- Mampu menghasilkan SDM yang memiliki kemampuan profesional dan atau akademik, berwawasan kebangsaan serta menjunjung tinggi etika profesi yang mampu mendidik, menerapkan, mengembangkan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi kedokteran dan kesehatan, sehingga menjadi acuan dari pendidikan tenaga kesehatan nasional.

- Mampu menghasilkan SDM yang memiliki kemampuan meneliti serta mampu menerapkan kemampuan tersebut pada pelayanan dan pendidikan, sehingga menjadi acuan/rujukan dari penelitian kesehatan nasional.

Maka dalam upaya tersebut ,RSUPN-CM menekankan pada kegiatan :

Kegiatan peningkatan mutu pelayanan medik, baik dalam menunjang keseluruhan proses pendidikan, penelitian dan pengembangan IPTEK kedokteran dan kesehatan, maupun dalam menyelenggarakan perannya sebagai rumah sakit rujukan nasional.

Usaha-usaha yang dapat meningkatkan keterpaduan dan keselarasan pada berbagai instalasi, berbagai kelompok staf fungsional, berbagai organisasi dan kelompok staf administrasi.

Kegiatan yang bertujuan untuk mengembangkan dan memantapkan otonomi pengelolaan dan yang menekankan pada kepuasan konsumen RSUPN-CM.

Strategi Dasar Perusahaan

Untuk mengantisipasi dan menghadapi perkembangan yang ada, RSUPN-CM merumuskan arah perkembangan yang lebih operasional, sebagai berikut:

- Peningkatan pelayanan prima untuk mencapai pelayanan terbaik di DKI Jakarta, Indonesia, ASEAN, dan kemudian Asia Pasifik, melalui peningkatan mutu profesionalisme dan etika profesi yang disertai peningkatan keterjangkauan. Upaya ini bertujuan agar RSUPN-CM-FKUI mampu menjadi pemuka dan pemandu dalam pelayanan.
- Peningkatan mutu pendidikan profesi bersama dengan Universitas Indonesia dan institusi lain, dengan tersedianya tenaga profesi setingkat spesialis dan superspesialis/konsultan dari multidisiplin ilmu yang mempunyai kemampuan akademis setingkat S-3/Doktoral.

- Peningkatan mutu penelitian, baik penelitian dasar maupun penelitian terapan yang dapat meningkatkan mutu pelayanan dan mutu pendidikan kesehatan dan kedokteran khususnya dalam mencari penerapan teknologi kesehatan dan kedokteran yang sesuai dengan kebutuhan bangsa Indonesia. Upaya ini bertujuan agar RSUPN-CM-FKUI mampu menjadi pemuka dan pemandu dalam bidang penelitian kesehatan dan kedokteran.
- Pelaksanaan kerja sama strategis yang saling menguntungkan, baik dengan perorangan, institusi, maupun usaha yang berkaitan dengan pelayanan medik, pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan dan kedokteran.

Adapun strategi usaha yang dicanangkan RSUPN-CM dalam menghadapi era yang makin kompetitif ini dilakukan melalui berbagai rencana seperti:

- Pemberdayaan secara optimal staf profesional RSUPN-CM.
- Penyelenggaraan manajemen yang baik.
- Penyelenggaraan manajemen yang sadar biaya, yang mampu menyeimbangkan biaya dengan efektivitas dan kegunaan.
- Penyelenggaraan manajemen yang mempromosikan desentralisasi yang terkendali dan bertanggung jawab.
- Penyelenggaraan manajemen yang mempromosikan kreativitas, inovasi, dan kewirausahaan dalam kerangka organisasi pembelajaran.
- Penyelenggaraan manajemen yang mengejewantahkan paradigma sehat pada pelayanan kesehatan rumah sakit.

Secara umum, RSUPN-CM berupaya menerapkan suatu kebijakan yang bersifat lebih profesional, dimana keseluruhan unsur pimpinan berada dalam satu kesatuan tim yang mengutamakan pola kepemimpinan tim yang solid.

3.5. Sarana Dan Prasarana

Lahan RSUPN-CM mencakup dua area yang terpisah oleh sungai ciliwung, sesuai dengan sertifikat hak pakai No.29 dan No.548. Bagian selatan yang berbatasan dengan jalan Diponegoro dan FKUI seluas 91.260 m² merupakan lahan yang digunakan untuk kegiatan layanan medik, sedangkan bagian utara berbatasan dengan jalan Kimia dan Kenari seluas 26.550 m² dipergunakan untuk kegiatan penunjang dan administrasi.

Sarana dan Prasarana yang digunakan untuk kegiatan layanan secara fisik sebagian sudah berkurang akibat tuntutan pelanggan. Demikian juga dengan peralatan medis baik yang modern maupun sederhana, untuk itu pihak RSUPN-CM berusaha menjalin kerjasama dengan pihak swasta dalam hal pengadaan peralatan canggih.

3.6. Keuangan

Total nilai kekayaan/asset dari RSUPN-CM terdapat di lampiran, yang terdiri dari:

- Tanah
- Gedung dan bangunan
- Alat Medis dan Kedokteran
- Peralatan dan mesin
- Inventaris kantor dan rumah tangga
- Inventaris lainnya.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA

4.1. Riset Eksploratori

Untuk menguji perumusan masalah pada bab I di atas maka penulis menggunakan program statistik SPSS, adapun beberapa faktor kunci diperoleh dari wawancara dengan 3 orang pasien dan 2 orang staff RSUPN-CM. Maka dapat disimpulkan bahwa, faktor kunci yang menentukan keberhasilan rumah sakit dalam memenangkan persaingan adalah :

1. Kepuasan Pasien

Kepuasan pasien merupakan faktor utama yang menentukan keberhasilan sebuah rumah sakit, karena kepuasan pasien menghasilkan kemungkinan kembali ke rumah sakit yang bersangkutan, apabila pasien menderita penyakit yang mengharuskan ia menginap di rumah sakit. Promosi kepada teman-teman, dan lingkungan sekitar, melalui mulut ke mulut sangat efektif, dan bisa memberikan nilai lebih bagi rumah sakit. Ada beberapa hal yang menyebabkan pasien puas :

▪ Dokter yang merawat pasien.

Dokter yang profesional dan sangat ahli dalam bidangnya, tentunya akan memberikan informasi yang jelas mengenai keadaan penyakit dan rencana dalam melakukan tindakan selanjutnya. Disamping itu dokter yang baik juga harus komunikatif, cepat dan tepat dalam mengambil keputusan, responsive, berpenampilan rapi, dan tepat waktu dalam kunjungan ke pasien. Atribut di atas adalah sebagian contoh dari hal-hal yang kiranya diharapkan dari seorang dokter dalam memuaskan pasiennya.

▪ Perawat.

Perawat adalah tenaga medik, selain dokter yang berinteraksi secara langsung dengan pasien. Tetapi perawat merupakan petugas rumah sakit yang paling dekat dan paling sering berhubungan dengan pasien. Tentunya tidak mengherankan apabila mereka memikul tanggung jawab dan resiko yang besar dalam bekerja. Akibatnya perawat yang komunikatif, ramah, terampil, responsif, dan bersedia membantu pasiennya, adalah perawat yang ideal di mata pihak rumah sakit. Perawat seperti inilah yang diharapkan dapat memenuhi tuntutan pasien.

- **Staff Administrasi / staff non medik.**

Walapun pengaruhnya tidak sebesar dokter dan perawat, tetapi pelayanan dari staf administrasi, gizi, apotik, keuangan, dan sebagainya, tentunya akan turut menentukan kepuasan pasien yang dirawat di sebuah rumah sakit.

2. Kapasitas ruang rawat inap

Kapasitas ruang rawat inap (tempat tidur) yang memadai adalah jumlah tempat tidur yang cukup banyak sehingga dapat memenuhi permintaan pasien yang akan dirawat di rumah sakit tersebut.

3. Fasilitas rumah sakit

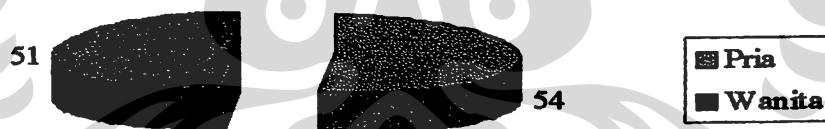
Dalam hal ini berkenaan dengan teknologi peralatan kedokteran yang digunakan, ruang rawat inap yang baik dan bersih, ruang tunggu, apotik, parkir, dsb.

Dengan melihat faktor-faktor kunci di atas, maka penilaian kepuasan dan keinginan pasien terhadap pelayanan rumah sakit menjadi prioritas utama dan kepuasan pasien dapat dinilai dari faktor-faktor tersebut.

4.2 Profil Responden

Survey dilakukan selama kurang lebih dua bulan, yaitu bulan Mei sampai dengan Juni. Dalam penelitian ini dibagikan kuesioner sebanyak 110 untuk pasien yang ada di Instalasi Rawat Inap A (IRNA A) lantai 1 sampai dengan lantai 7 RSUPN-CM. Yang mengkoordinasi pendistribusian kuesioner adalah Kepala Seksi IRNA A dan yang bertanggung jawab terhadap kelancaran pengisian dan pendistribusian serta pengembalian kuesioner adalah penanggung jawab masing-masing lantai. Dari jumlah tersebut terjadi respons error sebanyak 5 kuesioner, karena terbawa oleh pasien di lantai 4 kelas III. Berarti 105 responden dapat mengumpulkan kuesioner dengan baik dan dapat digunakan, sehingga data yang diolah berjumlah 105 kuesioner (Respon Rate 95,45%). Adapun distribusi frekuensi masing-masing responden dapat dijelaskan dalam tabel berikut :

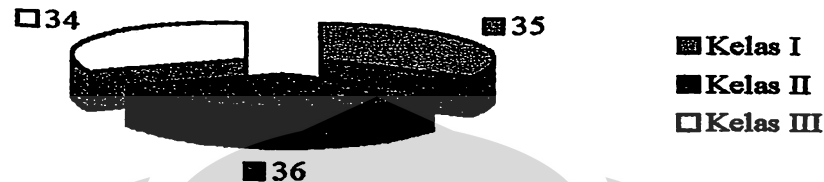
Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin



Sumber : Data yang diolah

Dari diagram tersebut di atas, sebanyak 54 (51,43%) pasien yang menjadi responden mempunyai jenis kelamin pria dan sebanyak 51 (48,57%) yang menjadi responden berjenis kelamin wanita. Dengan demikian sebagian besar responden berjenis kelamin pria.

Distribusi Responden



Sumber : Data yang diolah

Berdasarkan data diagram tersebut di atas, bahwa distribusi kuesioner di kelas I (kelas I merupakan gabungan antara kelas VIP dengan kelas D) sebanyak 35 responden, kelas II sebanyak 36 responden, dan kelas III sebanyak 34 responden.

Survey dilakukan untuk melihat profil responden pasien IRNA A terhadap dokter, perawat, dan lingkungan rumah sakit. Pelayanan untuk dokter diberikan dalam 7 pertanyaan, begitu juga untuk perawat, sedangkan untuk lingkungan rumah sakit diberikan 8 pertanyaan. Penilaian terhadap pelayanan diberikan dalam bentuk prosentase, sedangkan untuk skill/keahlian diberikan dalam bentuk rata-rata (mean). Skala interval diberikan dari 1 (sangat buruk) sampai dengan 5 (sangat baik). Atau dengan kata lain, semakin besar nilai yang diperoleh, semakin baik hasil pengukuran kinerja penyedia jasa layanan tersebut, begitu pula sebaliknya.

Survey terdiri dari pertanyaan untuk dokter, perawat dan lingkungan rumah sakit, kemudian diikuti oleh survey terhadap kinerja dari dokter, perawat dan rumah sakit.

4.3. Analisis Persepsi Pasien

Persepsi dari pasien/responden terhadap pelayanan dan kinerja yang diberikan oleh dokter, perawat, dan rumah sakit, akan dibahas dalam analisa berikut.

4.3.1. Tingkat Persepsi Pelayanan Dokter Dan Penilaian Kinerja/Keterampilan Dokter

Secara Keseluruhan

Persepsi responden secara keseluruhan tanpa memperhatikan tingkatan kelas perawatan cukup baik. Sebagian besar sudah memenuhi keinginan responden, hal ini dapat dilihat dari tabel di bawah di mana penilaian untuk masing-masing atribut sebagian besar berada pada tingkatan 80% yang diambil dari penilaian *two top boxes*. Kecuali pada tingkat menjelaskan penyakit (72,3%) dan dokter yang memeriksa datang tepat waktu (56,2%). Hal itu dapat dilihat dari tabel di bawah ini :

Tabel 4-1 Pelayanan Dokter Secara Keseluruhan

NO	PERTANYAAN DOKTER	PROSENTASE
1.	Dokter yang menangani ahli	51.4
	Dokter yang menangani cukup ahli	37.1
	Dokter yang menangani kurang ahli	11.4
	Salah mendiagnosa	0
2.	Melakukan pemeriksaan lebih dari sekali	57.1
	Melakukan pemeriksaan sekali sehari	33.3
	Melakukan pemeriksaan tidak setiap hari	9.5
	Belum pernah	0
3	Penjelasan dokter sangat baik	35.2
	Penjelasan dokter baik	37.1
	Penjelasa dokter cukup baik	27.6
	Penjelasan dokter kurang baik	0
4	Sikap melayani sangat ramah	34.3
	Sikap melayani cukup ramah	64.8
	Sikap melayani kurang ramah	1.0
	Sama sekali tidak ramah	0
5	Dokter memeriksa selalu tepat waktu	29.5
	Dokter memeriksa sering tepat waktu	26.7
	Dokter memeriksa kadang-kadang tepat waktu	35.2
	Dokter memeriksa tidak pernah tepat waktu	8.6
6	Pengobatan yang diberikan sangat manjur	20.0
	Pengobatan yang diberikan cukup manjur	69.5
	Pengobatan yang diberikan kurang manjur	5.7
	Pengobatan yang diberikan tidak manjur	4.8
7	Penampilan dokter sangat rapi	39.0
	Penampilan dokter cukup rapi	58.1
	Penampilan dokter kurang rapi	2.9
	Penampilan dokter berantakan	0

Sumber : Data yang diolah

Dapat dilihat dari tabel 4-1 tersebut diatas, dapat diketahui bahwa, untuk setiap pertanyaan yang diajukan kepada responden untuk pelayanan dokter, maka pada ketepatan waktu pemeriksaan menunjukkan prosentase yang rendah (56,2%), ini berarti bahwa dokter jarang datang tepat waktu. Disamping hal ini merupakan sesuatu yang perlu diperhatikan, penjelasan dokter juga masih dinilai kurang (72,3%). Menurut penulis hal ini mungkin disebabkan, dokter yang bertugas jumlahnya terbatas, atau umlahnya cukup namun pengelolaan manajemen dokter di RSUPN-CM kurang bagus, sehingga kinerja dokter disini tampak tidak serius dalam menangani pasiennya. Perlu adanya kesinambungan dalam penyusunan jadwal kunjungan seperti pemberian batasan waktu kunjungan terhadap masing-masing pasien. Disamping itu untuk penjelasan dokter mengenai penyakit, ternyata banyak pasien yang menjawab cukup (27.6%), disini tergambar bahwa dokter kurang detail memberikan penjelasan penyakit kepada pasien. (*inform consent* belum berjalan dengan baik). Padahal kejelasan mengenai penyakit sangat membantu pasien dalam proses penyembuhannya.

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, penulis akan mencoba menjelaskan mengenai kinerja/keterampilan dokter pada tabel berikut :

Tabel 4-2 Kinerja/keterampilan dokter

NO	ATRIBUT	NILAI RATA-RATA
1	Keahlian	3.95
2	Frekuensi kunjungan	3.59
3	Kejelasan informasi	3.54
4	Keramahan	3.61
5	Ketepatan waktu kunjungan	3.47
6	Kemanjuran	3.74
7	Penampilan	3.84

Sumber: Data yang diolah

Dari tabel 4-2 tersebut di atas dapat diketahui bahwa, secara berjenjang faktor yang dinilai oleh responden memiliki kinerja yang paling tinggi secara keseluruhan adalah keahlian, penampilan, kemandirian, keramahan., frekuensi kunjungan, kejelasan informasi dan ketepatan waktu kunjungan . Disini terlihat bahwa indikator keahlian diberikan penilaian yang tinggi oleh responden sebab dokter yang menangani setiap kasus di RSUPN-CM adalah dokter yang mempunyai keahlian khusus/spesialis. Disamping dokter-dokter di sini sering dijadikan barometer bagi perkembangan dunia kedokteran di Jakarta khususnya dan Indonesia umumnya, baru kemudian menyusul indikator yang lain-lain.

Ternyata penilaian responden mengenai persepsi pelayanan dokter, memiliki kesamaan dengan penilaian responden terhadap kinerja dokter, di mana penilaian yang dianggap kurang adalah pada ketepatan waktu kunjungan dan kejelasan memberikan informasi. Perlunya dilakukan peningkatan dalam hal disiplin dan bagaimana memberikan pelayanan yang maksimal terhadap pengguna jasa, sebaiknya menjadi fokus perhatian guna mencapai kepuasan pelanggan.

4.3.2 Tingkat Persepsi Pelayanan Dokter Dan Penilaian Kinerja/Keterampilan

Dokter Bagi Responden Kelas I

Hasil survey pelayanan dokter di kelas I (responden berasal dari kelas I, dan VIP) menunjukkan hasil seperti tersaji dalam tabel berikut ini :

Tabel 4-3 Pelayanan Dokter Kelas I

NO	PERTANYAAN DOKTER	PROSENTASE
1.	Dokter yang menangani ahli	42.9
	Dokter yang menangani cukup ahli	42.9
	Dokter yang menangani kurang ahli	14.3
	Salah mendiagnosa	0
2.	Melakukan pemeriksaan lebih dari sekali	60.0
	Melakukan pemeriksaan sekali sehari	34.3
	Melakukan pemeriksaan tidak setiap hari	5.7
	Belum pernah	0
3	Penjelasan dokter sangat baik	34.3
	Penjelasan dokter baik	40.0
	Penjelasan dokter cukup baik	25.7
	Kurang baik	0
4	Sikap melayani sangat ramah	25.7
	Sikap melayani cukup ramah	71.4
	Sikap melayani kurang ramah	2.9
	Sama sekali tidak ramah	0
5	Dokter memeriksa selalu tepat waktu	31.4
	Dokter memeriksa sering tepat waktu	28.6
	Dokter memeriksa kadang-kadang tepat waktu	40.0
	Dokter memeriksa tidak pernah tepat waktu	0
6	Pengobatan yang diberikan sangat manjur	8.6
	Pengobatan yang diberikan cukup manjur	71.4
	Pengobatan yang diberikan kurang manjur	8.6
	Pengobatan yang diberikan tidak manjur	11.4
7	Penampilan dokter sangat rapi	20.0
	Penampilan dokter cukup rapi	74.3
	Penampilan dokter kurang rapi	5.7
	Berantakan	0

Sumber : Data yang diolah

Dalam persepsi responden, ternyata pelayanan yang baik adalah di atas 80%, hal ini juga didasarkan terhadap *two top boxes*. Namun untuk atribut penjelasan dokter (74,3%), dan ketepatan waktu kunjungan (60%), masih merupakan faktor yang perlu diperhatikan sebab berada di bawah 80%. Kondisi ini bisa menjadi titik lemah pihak RSUPN-CM terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter. Perbaikan untuk atribut ini diharapkan dapat

dilaksanakan segera, mengingat perlunya informasi yang jelas mengenai penyakit yang diderita pasien, terutama pasien penderita penyakit berat, yang secara langsung berhubungan terhadap ketepatan waktu kunjungan dan harapan pasien agar lekas sembuh. Perbaikan bisa dilakukan diantaranya dengan menyediakan waktu yang lebih banyak dengan pasien, sehingga dokter mempunyai waktu yang cukup untuk menjelaskan penyakit pasien, mempunyai ikatan emosional dengan pasien, sebagai sesama manusia yang menjadi kewajiban bagi dokter untuk berusaha menolong dan menyelamatkan nyawa pasien.

Sementara untuk atribut lain seperti penampilan dokter cukup rapi (94,3%), dan keahlian (95,8%), ternyata persepsi yang dikembangkan oleh responden pada kelompok ini adalah kebersihan dari penyedia jasa amat diperhatikan, mengingat responden kelas ini juga memperhatikan kebersihan ruangan karena mereka membayar sedikit lebih banyak dari responden kelas lainnya. Untuk keahlian dokter, kelas I mendapatkan pelayanan dokter spesialis atau dokter tingkat akhir program spesialis, ini juga menjadi alasan bagi responden untuk mengatakan bahwa dokter yang menangani memang ahli.

Hasil penilaian dokter, dapat dilihat dari tabel berikut ini:

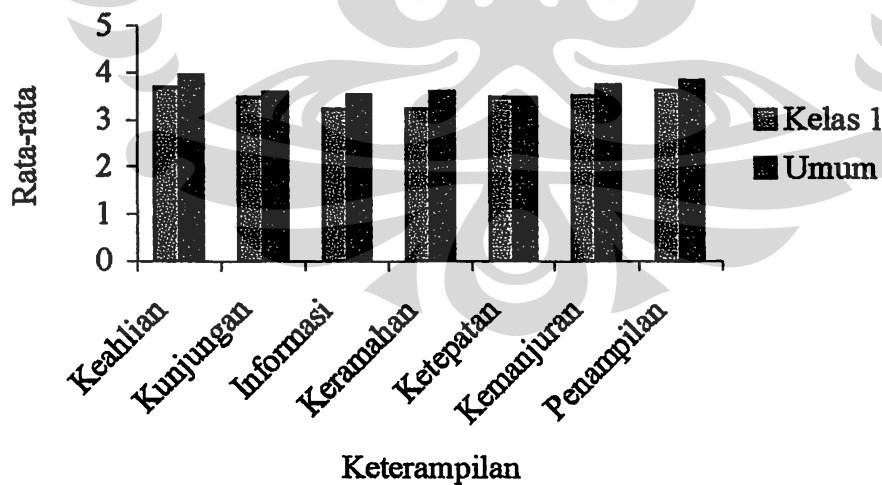
Tabel 4-4 Kinerja/keterampilan dokter kelas I

NO	ATRIBUT	NILAI RATA-RATA
1	Keahlian	3.69
2	Frekuensi kunjungan	3.46
3	Kejelasan informasi	3.23
4	Keramahan	3.23
5	Ketepatan waktu kunjungan	3.46
6	Kemanjuran	3.51
7	Penampilan	3.63

Tabel di atas menunjukkan bahwa , responden menganggap faktor keahlian memiliki kinerja yang paling tinggi. Berturut-turut adalah penampilan, kemandirian, frekuensi kunjungan., ketepatan waktu kunjungan, kejelasan informasi dan keramahan . Disini terlihat bahwa atribut keahlian memang menjadi keunggulan pelayanan dokter di kelas ini, baru kemudian menyusul atribut yang lain-lain. Untuk kejelasan informasi dan keramahan, ternyata diberikan nilai kurang oleh responden, mungkin terdapat beberapa kendala bagi dokter untuk bisa dengan leluasa menjelaskan penyakit pasiennya, diantaranya keterbatasan waktu, tuntutan profesi dokter yang mengharuskan memberikan ketenangan bagi pasien, sehingga hal ini dapat berdampak bagi pasien yang menganggap dokter kurang serius dan kurang ramah terhadap pasien.

Grafik 1

Grafik Kelas I Dengan Umum



4.3.3 Tingkat Persepsi Pelayanan Dokter Dan Penilaian Kinerja/Keterampilan Dokter Bagi Responden Kelas II

Survey pelayanan dokter pada kelas II (responden yang berasal dari ruang perawatan kelas II) memberikan hasil yang hampir sama dengan kelas I. Hasilnya dapat dilihat dari tabel berikut:

Tabel 4-5 Pelayanan Dokter Kelas II

NO	PERTANYAAN DOKTER	PROSENTASE
1.	Dokter yang menangani ahli	51.4
	Dokter yang menangani cukup ahli	48.6
	Dokter yang menangani kurang ahli	0
	Salah mendiagnosa	0
2.	Melakukan pemeriksaan lebih dari sekali	68.6
	Melakukan pemeriksaan sekali sehari	31.4
	Melakukan pemeriksaan tidak setiap hari	0
	Belum pernah	0
3	Penjelasan dokter sangat baik	25.7
	Penjelasan dokter baik	40.0
	Penjelasan dokter cukup baik	34.3
	Penjelasan dokter kurang baik	0
4	Sikap melayani sangat ramah	45.7
	Sikap melayani cukup ramah	54.3
	Sikap melayani kurang ramah	0
	Sama sekali tidak ramah	0
5	Dokter memeriksa selalu tepat waktu	37.1
	Dokter memeriksa sering tepat waktu	20.0
	Dokter memeriksa kadang-kadang tepat waktu	22.9
	Dokter memeriksa tidak pernah tepat waktu	20.0
6	Pengobatan yang diberikan sangat manjur	25.7
	Pengobatan yang diberikan cukup manjur	74.3
	Pengobatan yang diberikan kurang manjur	0
	Pengobatan yang diberikan tidak manjur	0
7	Penampilan dokter sangat rapi	28.6
	Penampilan dokter cukup rapi	71.4
	Penampilan dokter kurang rapi	0
	Berantakan	0

Sumber : Data yang diolah

Tingkat persepsi responden di kelas ini hampir sama dengan responden di kelas I, di mana secara keseluruhan responden berpendapat bahwa tingkat pelayanan di kelas ini baik (rata-rata di atas 80%), hanya untuk atribut penjelasan dokter dan ketepatan waktu kunjungan yang perlu mendapat perhatian. Penjelasan dokter yang dinilai kurang bisa diakibatkan

responden yang dirawat di kelas ini berpendidikan rendah, sehingga agak sulit menangkap penjelasan dokter atau memang dokter yang belum sepenuhnya menguasai penyakit pasien; dikarenakan dokter sedang menjalani pendidikan untuk program spesialis, kiranya masih perlu penelitian lebih lanjut.

Untuk atribut lainnya sebanyak (74.3%) responden memberikan penilaian bahwa pengobatan yang diberikan oleh dokter di kelas ini ternyata cukup manjur, sedangkan sebanyak (71.4%) responden memilih penampilan dokter cukup rapi, sehingga ada sedikit kesamaan untuk penampilan dokter di kelas I yang juga dinilai cukup rapi. Keteraturan pemeriksaan di kelas ini yang dilakukan lebih dari sekali ternyata cukup tinggi, sebanyak (68.36%) responden, keteraturan ini bisa disebabkan oleh penyakit yang diderita responden di kelas ini perlu mendapat perhatian khusus. Untuk atribut lainnya seperti keahlian dan keramahan, juga mendapat tanggapan yang positif.

Untuk kinerja dokter di kelas II, penilaian diberikan berdasarkan tabel di bawah ini :

Tabel 4-6 Kinerja/keterampilan dokter kelas II

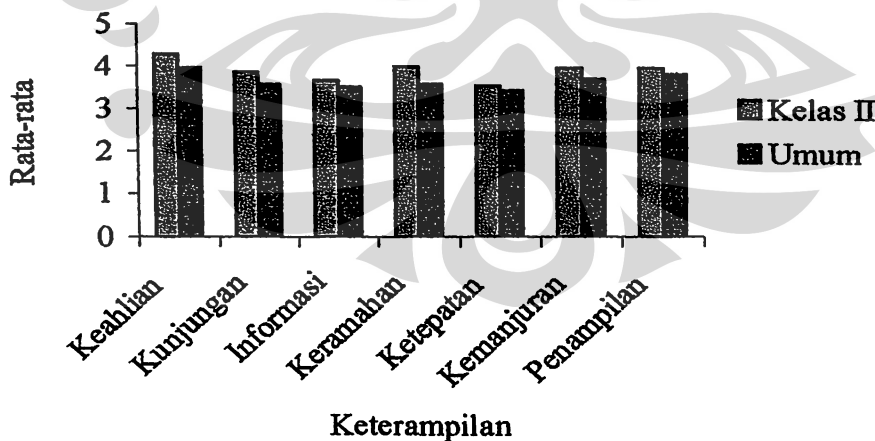
NO	ATRIBUT	NILAI RATA-RATA
1	Keahlian	4.29
2	Frekuensi kunjungan	3.86
3	Kejelasan informasi	3.69
4	Keramahan	4.03
5	Ketepatan waktu kunjungan	3.57
6	Kemanjuran	4.00
7	Penampilan	4.00

Sumber : Data yang diolah

Responden kelas II memberikan penilaian yang baik terhadap kinerja dokter untuk empat faktor yaitu keahlian (4.29), keramahan (4.03), kemandirian (4.00), dan penampilan (4.00). Untuk keahlian dan keramahan bahkan dinilai melebihi baik, sehingga dapat dikategorikan sangat baik. Sedangkan berturut-turut adalah frekuensi kunjungan, kejelasan informasi dan ketepatan waktu kunjungan. Agak sedikit berbeda dengan kelas I, di sini penilaian yang agak kurang ada pada atribut ketepatan waktu kunjungan dan kejelasan informasi, namun persepsi yang sama diberikan pada responden di kelas ini. Kurangnya penilaian dokter terhadap atribut kejelasan informasi dan ketepatan waktu kunjungan di kelas ini memang masih perlu diteliti lebih lanjut, mungkin responden kelas ini tidak terlalu berharap banyak, karena tingkat sosial ekonomi dan pendidikan yang tidak terlalu tinggi sehingga informasi dan ketepatan waktu kunjungan menjadi tidak terlalu penting.

Grafik 2

Grafik Kelas II Dengan Umum



4.3.4 Tingkat Persepsi Pelayanan Dokter Dan Penilaian Kinerja/Keterampilan Dokter Bagi Responden Kelas III

Analisa data survey pelayanan dokter pada responden kelas III (responden yang berasal dari ruang rawat inap kelas III) memperlihatkan hasil yang berbeda pula dari responden kelompok sebelumnya. Hasilnya dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 4-7 Pelayanan Dokter Kelas III

NO	PERTANYAAN DOKTER	PROSENTASE
1.	Dokter yang menangani ahli	60.0
	Dokter yang menangani cukup ahli	20.0
	Dokter yang menangani kurang ahli	20.0
	Salah mendiagnosa	0
2.	Melakukan pemeriksaan lebih dari sekali	42.9
	Melakukan pemeriksaan sekali sehari	34.3
	Melakukan pemeriksaan tidak setiap hari	22.9
	Belum pernah	0
3	Penjelasan dokter sangat baik	45.7
	Penjelasan dokter baik	31.4
	Penjelasan dokter cukup baik	22.9
	Penjelasan dokter kurang baik	0
4	Sikap melayani sangat ramah	31.4
	Sikap melayani cukup ramah	68.6
	Sikap melayani kurang ramah	0
	Sama sekali tidak ramah	0
5	Dokter memeriksa selalu tepat waktu	20.0
	Dokter memeriksa sering tepat waktu	31.4
	Dokter memeriksa kadang-kadang tepat waktu	42.9
	Dokter memeriksa tidak pernah tepat waktu	5.7
6	Pengobatan yang diberikan sangat manjur	25.7
	Pengobatan yang diberikan cukup manjur	62.9
	Pengobatan yang diberikan kurang manjur	8.6
	Pengobatan yang diberikan tidak manjur	2.9
7	Penampilan dokter sangat rapi	68.6
	Penampilan dokter cukup rapi	28.6
	Penampilan dokter kurang rapi	2.9
	Berantakan	0

Sumber : Data yang diolah

Secara umum persepsi di atas 80% dianggap baik, namun terdapat persepsi yang agak sedikit berbeda pada kelas ini yaitu adanya tiga atribut yang berada di bawah 80%, yaitu frekuensi kunjungan (77,2%), penjelasan dokter (77,1%), dan ketepatan waktu kunjungan (51,4%). Munculnya atribut frekuensi kunjungan sebagai hal yang perlu diperhatikan di kelas ini bisa dipahami, sebab dengan tarif rawat inap yang paling murah dan dibebaskannya biaya

jasa dokter, maka responden di kelas ini umumnya lebih “tahu diri”, sehingga tidak terlalu menuntut adanya frekuensi kunjungan yang terlalu sering, disamping kesibukan dokter yang memang baru pada tahap awal kuliah untuk program spesialis.

Kesamaan persepsi kelas III dan kelas yang lain, diberikan kepada penampilan dokter, hal yang sama dinilai oleh responden untuk sikap melayani yang dinilai cukup ramah, pengobatan yang diberikan dokter cukup manjur, dan dokter yang menangani pasien adalah seorang profesional/ahli.

Dari hasil analisa survey mengenai kinerja dokter di kelas III, diperoleh gambaran seperti terlihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 4-8 Kinerja/keterampilan dokter kelas III

NO	ATRIBUT	NILAI RATA-RATA
1	Keahlian	3.89
2	Frekuensi kunjungan	3.46
3	Kejelasan informasi	3.71
4	Keramahan	3.57
5	Ketepatan waktu kunjungan	3.37
6	Kemanjuran	3.71
7	Penampilan	3.89

Sumber : Data yang diolah

Penilaian oleh responden kelas III menunjukkan hasil seperti di atas, di mana atribut keahlian (3.89) dan penampilan (3.89) dinilai tinggi oleh responden, sedangkan ketepatan waktu kunjungan tetap yang paling rendah (3.37). Hal ini sesuai dengan persepsi responden di kelas III, di mana ketepatan waktu kunjungan menjadi masalah utama dan titik lemah dari pelayanan dokter di setiap kelas. Untuk kelas III ini, ketidaktepatan waktu kunjungan masih

4.3.5 Perbandingan Persepsi Pelayanan Dokter Di Kelas I,II,Dan III

Tabel di bawah menunjukkan, atribut yang diberikan penilaian yang kurang adalah ketepatan waktu kunjungan dan kejelasan dalam memberikan informasi. Sementara keahlian dan penampilan yang dinilai tinggi oleh responden di semua kelas, ini tentunya tidak terlepas dari kebersihan dokter dalam menjaga penampilannya, yang merupakan faktor yang mudah dilihat dan dinilai, serta keahlian dokter yang memang bisa dirasakan langsung manfaatnya oleh pasien, yang tentunya mengharapkan dapat sembuh. Banyaknya dokter-dokter yang sangat ahli dan spesialis yang menangani kasus-kasus yang terjadi di RSUPN-CM, juga menjadi indikator tingginya penilaian terhadap keahlian dan keprofesionalan dokter-dokter di RSUPN-CM.

Tabel 4-9 Penilaian pelayanan dokter kelas I,II, dan III

NO	ATRIBUT	Kelas I	Kelas II	Kelas III
1	Keahlian	3.69	4.29	3.89
2	Frekuensi kunjungan	3.46	3.86	3.46
3	Kejelasan informasi	3.23	3.69	3.71
4	Keramahan	3.23	4.03	3.57
5	Ketepatan waktu kunjungan	3.46	3.57	3.37
6	Kemanjuran	3.51	4.00	3.71
7	Penampilan	3.63	4.00	3.89

Sumber : Data yang diolah

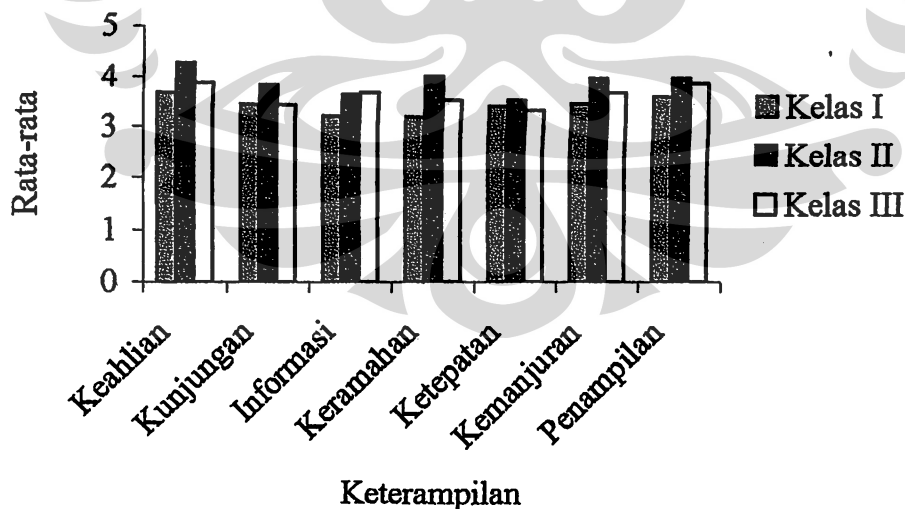
Kejelasan informasi kelas I memberikan penilaian yang paling rendah, ini dimungkinkan karena pasien dengan tingkat sosial ekonomi yang mapan dan pendidikan yang tinggi, menginginkan informasi sebanyak-banyaknya, hal ini tampaknya tidak didapat oleh para responden. Sementara untuk kelas II dan III, dengan tingkat pendapatan dan pendidikan lebih rendah tampaknya agak kesulitan dalam menangkap penjelasan dokter, dan ada kecenderungan untuk menerima saja pendapat yang diutarakan oleh dokter.

Sementara itu untuk kelas I pada elemen keramahan, ternyata dinilai cukup rendah oleh responden. Anggapan untuk kelas ini, dengan kemampuannya membayar lebih, ternyata responden amat peka terhadap sikap dokter yang kurang ramah, serta berharap agar pelayanan yang diberikan lebih simpatik dan bersahabat.

Untuk masalah ketepatan waktu kunjungan, sebagai rumah sakit rujukan di Jakarta dan Indonesia, sudah sewajarnya apabila dokter-dokter yang bertugas lebih disiplin dalam melakukan kunjungan pasien, sehingga tidak terjadi pasien dibiarkan menunggu lama di kamar, dan tentunya sebagai penyedia jasa diharapkan dokter dapat lebih terbuka dan memahami apa yang diinginkan pasien dalam upaya peningkatan pelayanan di masa datang, disamping perlunya ikatan emosi kepada pasien, sehingga tidak terkesan dokter yang memeriksa tidak peduli terhadap penyakit yang diderita, dengan tidak memberikan informasi tentang kondisi pasien .

Grafik 4

Grafik Dokter Kelas I,II Dan III



4.3.6 Implikasi Pemasaran Untuk Meningkatkan Kinerja Dokter:

Dalam upaya peningkatan kinerja dokter, perlu adanya *internal marketing*, dari perusahaan (rumah sakit) terhadap karyawan (dokter). Bentuk implikasi yang bisa dilakukan oleh perusahaan dalam hal ini, dapat berupa pengadaan seminar-seminar dengan mengundang pembicara dari luar, dengan topik-topik baru, yang diperuntukkan bagi dokter rumah sakit. Pengadaan pelatihan yang berhubungan dengan peningkatan kepuasan pelayanan terhadap pelanggan. Seperti bagaimana cara dokter dalam menghadapi pasien, cara berkomunikasi yang baik dalam hal penyampaian penyakit, sehingga tidak menimbulkan rasa ketakutan bagi pasien.

Peninjauan renumerisasi oleh pihak rumah sakit terhadap apa yang telah diterima oleh dokter selama ini, juga merupakan salah satu alternatif yang baik guna memotivasi dokter. Renumerisasi yang baik tentunya berdampak langsung terhadap kinerja dokter. Dokter akan termotivasi dan bersungguh-sungguh dalam melaksanakan tugasnya.

Tentunya upaya-upaya lainnya dapat dilakukan oleh pihak rumah sakit, seperti pembuatan jadwal kunjungan dokter terhadap pasien-pasien rumah sakit. Pembuatan *medical record* setiap pasien, untuk melihat perkembangannya, dan lainnya.

4.3.7 Tingkat Persepsi Pelayanan Perawat Dan Penilaian Kinerja Perawat Secara

Keseluruhan

Dari hasil survey, pelayanan yang diberikan perawat secara umum dinilai baik. Survey memperlihatkan hasil seperti tersaji di bawah ini :

Tabel 4-10 Pelayanan Perawat Secara Keseluruhan

NO	PERTANYAAN PERAWAT	PROSENTASE
1.	Perawat sangat terampil	16.2
	Perawat cukup terampil	81.0
	Perawat kurang terampil	2.9
	Perawat tidak terampil	0
2.	Sangat tanggap terhadap keluhan	36.2
	Cukup tanggap	54.3
	Kurang tanggap	9.5
	Tidak tanggap	0
3	Sangat ramah melayani	21.9
	Cukup ramah	73.3
	Kurang ramah	4.8
	Sama sekali tidak ramah	0
4	Instruksi sangat jelas	20.0
	Cukup jelas	76.2
	Kurang jelas	3.8
	Sama sekali tidak jelas	0
5	Sangat cepat terhadap panggilan	22.9
	Cukup cepat	62.9
	Lambat	14.3
	Sangat lambat	0
6	Sangat sopan	28.6
	Cukup sopan	60.0
	Kurang sopan	11.4
	Kurang ajar	0
7	Penampilan perawat sangat rapi	26.7
	Penampilan perawat cukup rapi	63.8
	Penampilan perawat kurang rapi	9.5
	Berantakan	0

Sumber : Data yang diolah

Tabel di atas menunjukkan bahwa pelayanan yang diberikan oleh perawat, mendapatkan persepsi baik oleh responden. Persepsi ini diberikan oleh responden secara keseluruhan tanpa memperhatikan tingkatan kelas perawatan. Penilaian untuk masing-masing atribut dengan menggunakan *two top boxes*, hasil yang didapat menunjukkan bahwa semua atribut berada di atas 80 %. Ini mengindikasikan bahwa semua atribut di atas, sudah cukup

memenuhi harapan responden. Namun untuk lebih melihat dan memahami setiap atribut di atas, maka penulis akan membuat tabel khusus dari prosentase tertinggi untuk setiap *box*. Maka hasil analisa memperlihatkan gambaran seperti tersaji dalam tabel di bawah ini.

Tabel 4-11 Pertanyaan untuk Perawat

NO	JAWABAN UNTUK PERAWAT	PROSENTASE
1	Pelayanan perawat cukup terampil.	81.0
2	Tanggapan terhadap keluhan cukup tanggap	54.3
3	Sikap dalam melayani cukup ramah	73.3
4	Informasi yang diberikan cukup jelas .	76.2
5	Ketepatan waktu panggilan cukup cepat	62.9
6	Perawat cukup sopan.	60.0
7	Penampilan perawat cukup rapi	63.8

Dari tabel tersebut diatas dapat diketahui : bahwa, untuk setiap pertanyaan yang diajukan kepada responden mengenai pelayanan perawat, maka pada atribut **pelayanan perawat cukup terampil** menunjukkan prosentase paling tinggi (81.0%). Ini berarti bahwa pemilihan jawaban cukup terampil pada konteks di atas masih dapat ditingkatkan, sehingga untuk waktu yang akan datang perawat dapat melaksanakan tugasnya secara profesional dan berkualitas. Namun korelasi dengan pelayanan dokter dapat dilihat pada atribut ini. Dokter-dokter spesialis umumnya menginginkan perawat yang terampil dan pengalaman, sehingga tidak keliru kalau responden memberikan penghargaan yang tinggi terhadap keterampilan perawat. Sebaliknya persepsi terendah diberikan responden pada atribut tanggapan perawat terhadap keluhan pasien, dimana responden berpendapat bahwa perawat **cukup tanggap terhadap keluhan** (54.3%). Ini menunjukkan bahwa asuhan keperawatan belum berjalan dengan maksimal. Sebenarnya perawat mempunyai kesempatan untuk lebih mengetahui keluhan pasien, karena mereka berinteraksi selama 24 jam. Tetapi tampaknya hanya sedikit perawat yang cukup peduli terhadap pasiennya.

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, penulis akan mencoba membahas mengenai kinerja perawat pada tabel berikut :

Tabel 4-12 Kinerja/keterampilan perawat keseluruhan

NO	ATRIBUT	NILAI RATA-RATA
1	Keahlian	3.66
2	Tanggapan terhadap keluhan	3.62
3	Keramahan	3.41
4	Kejelasan informasi	3.48
5	Kecepatan memenuhi panggilan	3.37
6	Sopan santun	3.54
7	Penampilan	3.51

Sumber : Data yang diolah

Secara keseluruhan responden menilai elemen-elemen di atas menunjukkan kinerja yang baik. Penilaian secara berjenjang adalah sebagai berikut : Indikator yang paling tinggi keterampilan (3.66), kemudian indikator yang kedua yaitu tanggapan terhadap keluhan (3.62), yang ketiga sopan santun (3.54), yang keempat penampilan (3.51), yang kelima instruksi (3.48), yang keenam sikap (3.41), dan yang ketujuh memenuhi panggilan (3.37).

Ternyata persepsi yang dikembangkan responden pada pelayanan perawat memiliki kesamaan dengan penilaian kinerja perawat. Atribut keterampilan mendapatkan penilaian tertinggi, ini sesuai dengan persepsi responden. Kinerja dari keterampilan ini berhubungan langsung dengan pengalaman perawat, di mana sebagian besar perawat sudah bekerja selama puluhan tahun. Kecepatan memenuhi panggilan diberikan penilaian terendah, menurut penulis hal ini mungkin disebabkan jauhnya pos jaga perawat, dan terbatasnya jumlah tenaga perawat dibandingkan pasien yang dirawat.

4.3.8 Tingkat Persepsi Pelayanan Perawat Dan Penilaian Kinerja Perawat Bagi

Responden Kelas I

Responden kelas I (berasal dari ruang perawatan kelas I, VIP) mempunyai pandangan mengenai pelayanan perawat seperti tersaji dalam tabel di bawah ini :

Tabel 4-13 Pelayanan Perawat Kelas I

NO	PERTANYAAN PERAWAT	PROSENTASE
1.	Perawat sangat terampil	11.4
	Perawat cukup terampil	82.9
	Perawat kurang terampil	5.7
	Perawat tidak terampil	0
2.	Sangat tanggap terhadap keluhan	22.9
	Cukup tanggap	68.6
	Kurang tanggap	8.5
	Tidak tanggap	0
3	Sangat ramah melayani	17.1
	Cukup ramah	77.2
	Kurang ramah	5.7
	Tidak ramah	0
4	Instruksi sangat jelas	25.7
	Cukup jelas	65.7
	Kurang jelas	8.6
	Sama sekali tidak jelas	0
5	Sangat cepat terhadap panggilan	25.7
	Cukup cepat	51.4
	Lambat	22.9
	Sangat lambat	0
6	Sangat sopan	40.0
	Cukup sopan	54.3
	Kurang sopan	5.7
	Kurang ajar	0
7	Penampilan perawat sangat rapi	40.0
	Penampilan perawat cukup rapi	48.6
	Penampilan perawat kurang rapi	11.4
	Berantakan	0

Sumber : Data yang diolah

Dalam persepsi responden, pelayanan perawat yang dinilai baik berada pada angka di atas 90%. Penilaian ini berdasarkan *two top boxes* untuk setiap atribut. Sebagian besar atribut berada di atas 90%, namun untuk atribut kecepatan terhadap panggilan (77.1%) dan penampilan (88.6%) masih berada di bawah 90%. Untuk penampilan perawat, persepsi yang

dikembangkan oleh responden masih cukup tinggi dan tidak berada jauh di bawah 90%. Tetapi persoalan muncul pada kecepatan memenuhi panggilan. Kedatangan perawat yang agak terlambat, ternyata berdampak terhadap persepsi pasien kelas ini. Dengan hak untuk menuntut dan dilayani lebih, mereka mengharapkan pelayanan yang sempurna, dan ini sebaiknya menjadi perhatian pihak rumah sakit.

Sebaliknya, dalam penilaian kinerja perawat di kelas I, maka responden memberikan penilaian sebagai berikut:

Tabel 4-14 Kinerja/keterampilan perawat kelas I

NO	ATRIBUT	NILAI RATA-RATA
1	Keahlian	3.60
2	Tanggapan terhadap keluhan	3.63
3	Keramahan	3.29
4	Kejelasan informasi	3.20
5	Kecepatan memenuhi panggilan	3.26
6	Sopan santun	3.51
7	Penampilan	3.29

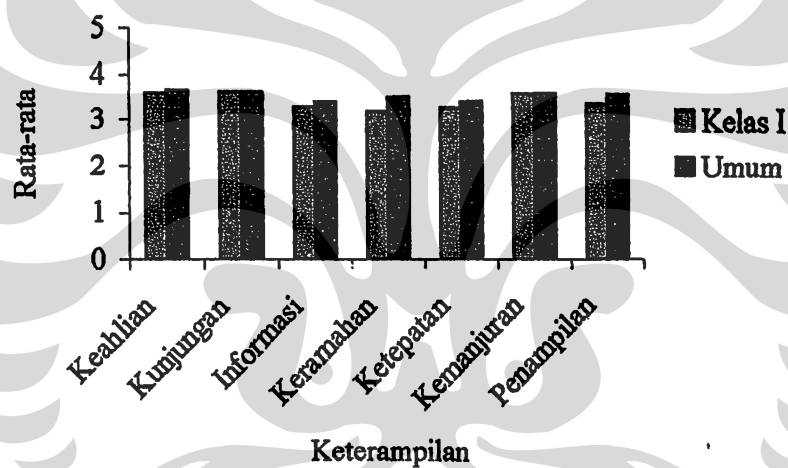
Sumber : Data yang diolah

Responden kelas I menilai kinerja perawat untuk elemen tanggapan terhadap keluhan (3.63), diberikan penilaian tertinggi Menurut penulis hal ini dimungkinkan karena pasien di kelas ini diberikan kebebasan untuk menceritakan penyakitnya kepada perawat, tanpa batasan waktu. Hal ini diikuti dengan tindakan nyata perawat yang cepat melaporkan penyakit yang diderita pasien ke dokter yang berwenang, sehingga tercipta komunikasi yang sinergi. Penilaian berikutnya adalah keahlian, sopan santun, keramahan, penampilan, kecepatan memenuhi panggilan, dan kejelasan informasi.

Kejelasan informasi diberikan penilaian terendah di kelas ini. Kiranya perawat yang menangani pasien di kelas ini, agak sedikit lebih berhati-hati dan kurang komunikatif, mengingat pasiennya adalah dari kalangan “berduit”.Kesan ini bisa dimunculkan sebab perawat yang menangani pasien di kelas ini mempunyai anggapan bahwa pasien yang membayar lebih selalu ingin dilayani dan mencari tahu tentang kondisi terbaru mereka.

Grafik 5

Grafik Kelas I Dengan Umum



4.3.9 Tingkat Persepsi Pelayanan Perawat Dan Penilaian Kinerja Perawat Bagi

Responden Kelas II

Responden kelas II (berasal dari ruang perawatan kelas II) mempunyai pandangan yang berbeda mengenai pelayanan perawat dan skill, yang tersaji dalam tabel di bawah ini:

Tabel 4-15 Pelayanan Perawat Kelas II

NO	PERTANYAAN PERAWAT	PROSENTASE
1.	Perawat sangat terampil	17.1
	Perawat cukup terampil	82.9
	Perawat kurang terampil	0
	Perawat tidak terampil	0
2.	Sangat tanggap terhadap keluhan	42.9
	Cukup tanggap	42.9
	Kurang tanggap	14.2
	Tidak tanggap	0
3	Sangat ramah melayani dan menolong	22.9
	Cukup ramah	68.6
	Kurang ramah	8.6
	Sama sekali tidak ramah	0
4	Instruksi sangat jelas	20.0
	Cukup jelas	80.0
	Kurang jelas	0
	Sama sekali tidak jelas	0
5	Sangat cepat terhadap panggilan	22.9
	Cukup cepat	68.6
	Lambat	8.6
	Sangat lambat	0
6	Sangat sopan	25.7
	Cukup sopan	57.1
	Kurang sopan	17.1
	Kurang ajar	0
7	Penampilan perawat sangat rapi	25.7
	Penampilan perawat cukup rapi	68.6
	Penampilan perawat kurang rapi	5.7
	Berantakan	0

Sumber : Data yang diolah

Berdasarkan penilaian *two top boxes*, atribut yang dinilai baik berada di atas 90%. Dua atribut berada di bawah 90%, yaitu tanggapan terhadap keluhan pasien (85.8%) dan sopan santun (82.8%). Munculnya sikap sopan santun yang dinilai kurang oleh responden bisa

menjadi perhatian pihak rumah sakit. Anggapan penulis, bahwa perawat kurang sopan dalam melayani pasien, kemungkinan disebabkan karena banyaknya pasien yang tidak bisa diajak bekerjasama. Beberapa instruksi dan larangan dari perawat terhadap pasien dan keluarganya, dianggap teguran yang kurang sopan oleh pasien. Misalnya tidak mengajak anggota keluarga untuk menginap, tidak membawa makanan dari luar, dan sebagainya. Teguran dari perawat yang bernada agak keras, dianggap sebagai sesuatu hal yang tidak menyenangkan bagi pasien.

Selain itu disisi kinerja, responden kelas II memberikan penilaian sendiri :

Tabel 4-16 Kinerja/keterampilan perawat kelas II

NO	ATRIBUT	NILAI RATA-RATA
1	Keahlian	4.00
2	Tanggapan terhadap keluhan	3.94
3	Keramahan	3.71
4	Kejelasan informasi	3.94
5	Kecepatan memenuhi panggilan	3.71
6	Sopan santun	3.74
7	Penampilan	3.94

Sumber : Data yang diolah

Responden kelas II menilai tinggi kinerja perawat pada keahlian (4.00), tanggapan terhadap keluhan (3.94), kejelasan informasi (3.94), dan penampilan (3.94). Sedang keramahan dan kecepatan memenuhi panggilan masih dianggap kurang oleh responden.

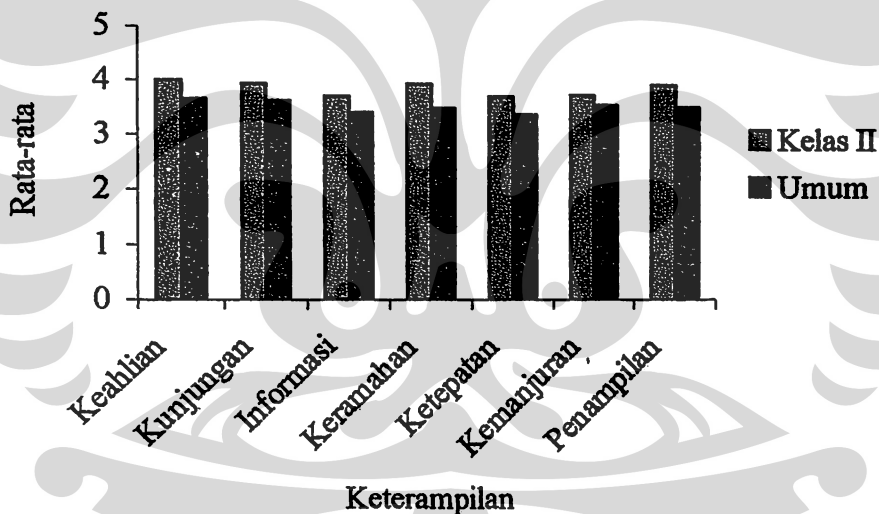
Untuk keahlian, penilaian yang tinggi diberikan juga di kelas I. Penilaian kinerja sedikit berbeda dari persepsi pelayanan, perbedaan itu ada pada keramahan dan kecepatan memenuhi panggilan. Keramahan perawat di kelas ini, yang dinilai kurang, memang bisa berakibat langsung terhadap kecepatan memenuhi panggilan. Perawat yang sudah menganggap pasien tertentu tidak bisa diajak bekerja sama, akan sedikit tidak nyaman untuk

kembali melayani pasien tersebut. Keengganan yang ditimbulkan oleh pasien akan berdampak terhadap kecepatan melayani. Situasi kelas II yang ramai juga menyulitkan perawat untuk segera datang ke ruangan pasien.

Namun tidak tertutup kemungkinan yang lainnya, bahwa pasien di kelas ini berada pada tingkat sosial ekonomi yang lemah, sehingga timbul kesan mereka merasa dinomorduakan. Walaupun pada kenyataannya jasa perawat untuk setiap kelas sama, dan tidak ada perbedaan dalam menangani pasien.

Grafik 6

Grafik Kelas II Dengan Umum



4.3.10 Tingkat Persepsi Pelayanan Perawat Dan Penilaian Kinerja Perawat Bagi

Responden Kelas III

Analisa data survey pelayanan perawat pada responden kelas III (berasal dari ruang perawatan kelas III) memperlihatkan hasil yang berbeda pula dari responden kelompok sebelumnya. Persepsi responden tersaji dalam tabel di bawah ini:

Tabel 4-17 Pelayanan Perawat Kelas III

NO	PERTANYAAN PERAWAT	PROSENTASE
1.	Perawat sangat terampil	20.0
	Perawat cukup terampil	77.1
	Perawat kurang terampil	2.9
	Perawat tidak terampil	0
2.	Sangat tanggap terhadap keluhan	42.9
	Cukup tanggap	51.4
	Kurang tanggap	5.7
	Tidak tanggap	0
3	Sangat ramah melayani dan menolong	25.7
	Cukup ramah	74.3
	Kurang ramah	0
	Sama sekali tidak ramah	0
4	Instruksi sangat jelas	14.3
	Cukup jelas	82.9
	Kurang jelas	2.9
	Sama sekali tidak jelas	0
5	Sangat cepat terhadap panggilan	20.0
	Cukup cepat	68.6
	Lambat	11.4
	Sangat lambat	0
6	Sangat sopan	20.0
	Cukup sopan	68.6
	Kurang sopan	11.4
	Kurang ajar	0
7	Penampilan perawat sangat rapi	14.3
	Penampilan perawat cukup rapi	74.3
	Penampilan perawat kurang rapi	11.4
	Berantakan	0

Sumber : Data yang diolah

Secara umum persepsi dengan *two top boxes* yang berada di atas 90% dianggap baik oleh responden. Namun terdapat persepsi yang agak sedikit berbeda pada kelas ini, dengan adanya tiga atribut yang berada di bawah 90% yaitu, kecepatan memenuhi panggilan (88.6%), sopan santun (88.6%), serta penampilan (88.6%). Untuk dua atribut pertama, persepsi yang

diberikan sama dengan kelas II. Sedangkan untuk penampilan perawat, penulis menduga bahwa perawat yang menangani pasien di kelas ini tidak terlalu menjaga penampilan fisiknya, seperti kebersihan dan kerapian pakaian. Perawat beranggapan pasien di kelas ini adalah dari golongan ekonomi lemah, perawat menganggap remeh penampilannya.

Sementara itu dari sisi kinerja, penilaian responden tercakup dalam tabel berikut :

Tabel 4-18 Kinerja/keterampilan perawat kelas III

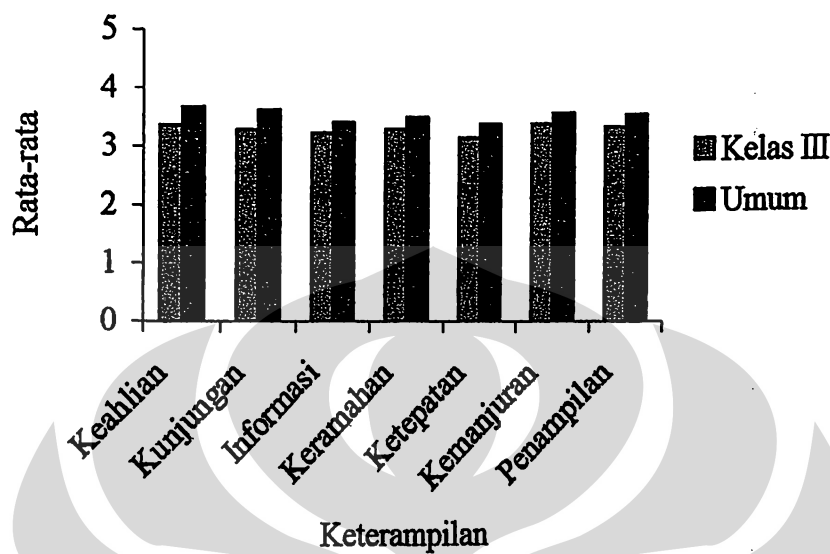
NO	ATRIBUT	NILAI RATA-RATA
1	Keahlian	3.37
2	Tanggapan terhadap keluhan	3.29
3	Keramahan	3.23
4	Kejelasan informasi	3.29
5	Kecepatan memenuhi panggilan	3.14
6	Sopan santun	3.37
7	Penampilan	3.31

Sumber : Data yang diolah

Seperti terlihat dalam tabel, tidak ada penilaian yang menonjol yang diberikan responden, semuanya diberikan dengan penilaian cukup, namun keahlian perawat tetap diberikan nilai tertinggi, hal yang sama diberikan pada kelas I dan II. Sopan santun juga diberikan nilai tertinggi, di kelas ini. Kemudian penampilan, tanggapan terhadap keluhan, kejelasan informasi, keramahan, dan yang paling rendah adalah keterlambatan dalam memenuhi panggilan.

Grafik 7

Grafik Kelas III Dengan Umum



Secara umum penilaian yang diberikan oleh kelas III masih berada di bawah penilaian secara keseluruhan (kelas I,II dan III). Anggapan yang mungkin terjadi adalah kelas III merupakan kelas dengan tarif rawat inap termurah, yang diperuntukkan bagi golongan ekonomi berpenghasilan yang rendah. Sehingga layanan yang diberikan adalah layanan kelas III, yang tidak maksimal dan terkesan seadanya.

Ini merupakan hal yang perlu diperhatikan dan menjadi bahan masukan bagi pihak RSUPN-CM, agar kelak tidak terjadi perbedaan pelayanan.

4.3.11 Perbandingan Persepsi Pelayanan Perawat Di Kelas I,II, Dan III

Secara keseluruhan responden di kelas II memberikan penilaian yang lebih tinggi dari kelas I dan III. Kemungkinan karena responden di kelas II tidak menderita penyakit yang berat, sehingga dapat mengisi kuesioner dengan lebih teliti. Karena penyakit yang diderita tidak terlalu berat, maka responden di kelas II lebih cepat meninggalkan ruangan rawat inap, sehingga hubungan responden dengan staf medik pada umumnya dan perawat khususnya, tidak terlalu lama. Hal ini bisa dilihat dari tabel di bawah :

Tabel 4-19 Penilaian pelayanan perawat kelas I,II, dan III

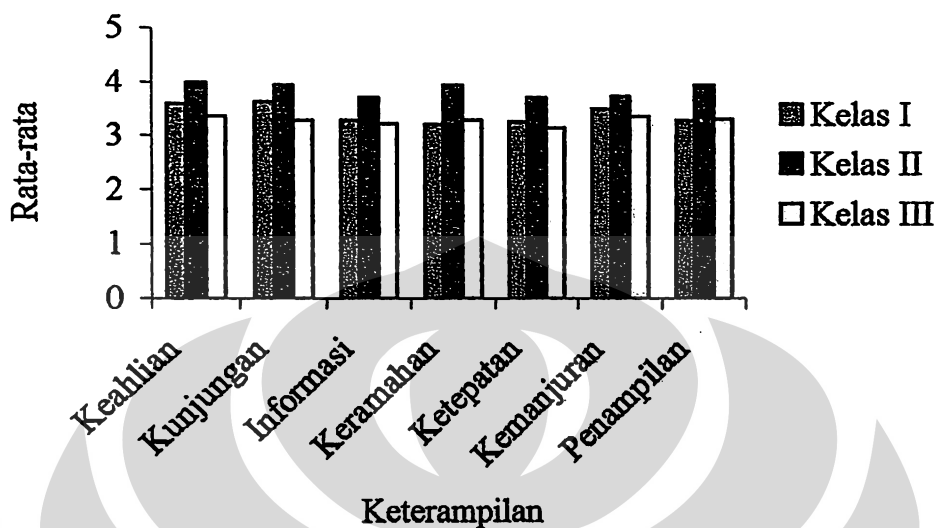
NO	ATRIBUT	Kelas I	Kelas II	Kelas III
1	Keahlian	3.60	4.00	3.37
2	Tanggapan terhadap keluhan	3.63	3.94	3.29
3	Keramahan	3.29	3.71	3.23
4	Kejelasan informasi	3.20	3.94	3.29
5	Kecepatan memenuhi panggilan	3.26	3.71	3.14
6	Sopan santun	3.51	3.74	3.37
7	Penampilan	3.29	3.94	3.31

Sumber : Data Yang diolah

Sedangkan penilaian terendah diberikan oleh kelas III. Menurut penulis hal ini mungkin disebabkan karena pasien yang dirawat di kelas ini adalah pasien dengan tingkat ekonomi rendah, yang disesuaikan dengan tarif rawat inap yang murah. Hal ini berimbas pada pelayanan yang diberikan, yang diterima dengan seadanya dan tidak maksimal. Dari hasil survey yang dilakukan terhadap kinerja perawat, penilaian yang diberikan umumnya diatas rata-rata (cukup baik). Penilaian ini diberikan oleh responden secara keseluruhan tanpa memperhatikan tingkat kelas perawatan.

Grafik 8

Grafik Kelas I,II Dan III



Dari grafik perbandingan di atas untuk masing-masing kelas, penilaian tertinggi terhadap perawat tetap diberikan oleh kelas II, penulis berpendapat bahwa kedekatan atau keramahan dari pasien di kelas ini, membuat perawat memberikan pelayanan yang sedikit lebih baik dari kelas-kelas yang lainnya, namun secara umum penilaian yang diberikan masing-masing kelas tidak terlalu berbeda jauh.

4.3.12 Implikasi Pemasaran Untuk Meningkatkan Kinerja Perawat

Upaya yang dilakukan pihak rumah sakit, dalam meningkatkan kinerja perawat dalam bentuk *internal marketing* antara perusahaan (rumah sakit), dan karyawan (perawat) dapat berupa pengadaan pelatihan yang berkesinambungan dan terarah, yang disesuaikan dengan bidang keahliannya. Upaya lainnya adalah pengiriman perawat untuk ikut serta dalam seminar-seminar mengenai cara penanggulangan pasien rumah sakit, baik dalam lingkungan rumah sakit maupun diluar lingkungan rumah sakit.

Hal lainnya adalah memberikan kesempatan kepada perawat untuk mengikuti kursus-kursus, di luar bidang keperawatan, yang masih berhubungan dengan pelayanan pelanggan, seperti kursus bahasa Inggris, komputer, dan lainnya. Tentunya juga tidak tertutup kemungkinan bagi pihak rumah sakit, untuk juga ikut meninjau kembali renumerasi bagi perawat, apakah sudah memenuhi harapan perawat atau belum. Sebagai bahan perbandingan, rujukan dengan rumah sakit lainnya, akan sangat membantu.

Interactive marketing, yaitu hubungan antara karyawan (perawat) dengan customers (pasien), juga dapat dilakukan oleh pihak rumah sakit melalui pengadaan kursus tentang cara berkomunikasi yang baik dan jelas dengan pasien, sehingga tidak terjadi salah informasi, bagaimana melayani pasien dengan ramah, bagaimana bersikap sopan, dan lainnya.

4.3.13 Tingkat Persepsi Lingkungan Dan Penilaian Lingkungan Secara Keseluruhan

Responden secara keseluruhan memberikan persepsi mengenai kondisi lingkungan rawat inap dan penilaiannya seperti tersaji dalam tabel di bawah ini :

Tabel 4-20 Lingkungan Bagi Keseluruhan Responden

NO	PERTANYAAN LINGKUNGAN	PROSENTASE
1.	Kondisi rawat inap sangat bersih	12.4
	Cukup bersih	66.7
	Kurang bersih	19.0
	Kotor	1.9
2.	Fasilitas ruangan sangat lengkap	13.3
	Cukup lengkap	45.7
	Kurang lengkap	41
	Kosong	0
3	Sangat tenang	8.6
	Cukup tenang	70.5
	Bising	19.0
	Sangat bising	1.9
4	Mutu makanan sangat baik	5.7
	Baik	50.5
	Cukup	40.0
	Kurang	3.8
5	RSUPN-CM sangat rapi	6.7
	Cukup rapi	58.1
	Kurang rapi	31.4
	Tidak rapi	3.8
6	Kemaman sangat aman	9.5
	Cukup aman	68.6
	Kurang aman	21.0
	Tidak aman	1.0
7	Petugas sangat tanggap	13.3
	Cukup tanggap	61.0
	Kurang tanggap	21.0
	Masa bodoh	4.8
8	Tariff RS murah	7.6
	Sedang	78.1
	Mahal	14.3

Sumber : Data yang diolah

Dari tabel di atas, lingkungan rawat inap dinilai baik oleh responden pada tingkatan di atas 70%. Penilaian ini berdasarkan *two top boxes*, di mana sebagian besar atribut berada di atas 70%. Untuk atribut fasilitas ruangan (59%), mutu makanan (56.2%), dan kerapian lingkungan (64.8%), ternyata ketiganya berada di bawah 70%. Banyaknya responden yang

mengeluhkan mutu makanan yang disajikan dan fasilitas ruangan rawat inap, yang jauh dari memadai, memang menjadi beban tersendiri bagi pihak rumah sakit. Penyajian makanan sampai saat ini memang masih terbentur pada biaya rawat inap, yang untuk kelas II dan III bisa dikatakan sangat murah. Sebagai rumah sakit nasional, kendala ini sangat dirasakan oleh pihak RSUPN-CM. Perubahan status rumah sakit diharapkan akan memberikan banyak manfaat, dikarenakan dengan perubahan status ini, mereka diberi keleluasaan dalam mengelola keuangan rumah sakit, dan tentunya akan membawa banyak manfaat bagi pasien. Hal yang sama juga berlaku untuk fasilitas ruangan, sehingga menaikkan biaya rawat inap merupakan salah satu alternatif bagi pemecahan masalah di atas.

Untuk kerapian lingkungan, memang sangat berhubungan dengan tingkat disiplin dan pendidikan dari pasien. Pasien yang tidak disiplin jarang yang mau mengikuti tata tertib dan peraturan rumah sakit. Ini tercermin dari adanya kebebasan jam besuk untuk pasien kelas II dan III, padahal pihak rumah sakit telah memberikan batasan waktu besuk bagi keluarga pasien. Dengan banyaknya orang yang berada di sekitar rumah sakit, tentunya akan menimbulkan kesan bahwa rumah sakit sangat kotor, tidak teratur, semrawut dan sebagainya. Kesan seperti inilah yang ditangkap oleh responden pada saat pengisian kuesioner. Hal yang sama juga berlaku untuk fasilitas ruangan, sehingga menaikkan biaya rawat inap merupakan salah satu alternatif bagi pemecahan masalah di atas.

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, penulis akan mencoba membahas mengenai penilaian fasilitas ruang rawat inap, yang hasilnya tersaji pada tabel di bawah ini :

Tabel 4-21 Penilaian Fasilitas Ruang Rawat Inap Secara Keseluruhan

NO	ATRIBUT	RATA-RATA
1	Kebersihan	3.26
2	Fasilitas Ruangan	3.14
3	Ketenangan	3.14
4	Makanan	3.10
5	Kerapian	3.12
6	Keamanan	3.48
7	Kesigapan Petugas	3.20

Sumber : Data yang diolah

Dari tabel tersebut diatas dapat diketahui bahwa, untuk setiap pertanyaan yang diajukan kepada responden mengenai fasilitas ruang rawat inap, maka keamanan menunjukkan penilaian paling tinggi (3.48). Ini berarti bahwa pasien merasa cukup aman bila berada di ruangan. Elemen tinggi yang kedua yaitu kebersihan (3.26), elemen tinggi yang ketiga yaitu kesigapan petugas non medik terhadap kebutuhan pasien (3.20), elemen yang keempat yaitu fasilitas ruangan (3.14), elemen yang kelima yaitu ketenangan rumah sakit (3.14), elemen keenam yaitu kerapian (3.12), dan yang dinilai paling rendah adalah mutu dan penyajian makanan (3.10). Dari elemen terakhir ini dapat diketahui bahwa mutu dan penyajian makanan mempunyai nilai kurang bagus sehingga masih dapat ditingkatkan. Penilaian ini juga tidak berbeda jauh dengan persepsi yang dikemukakan oleh responden. Kendala utama untuk mutu serta penyajian makanan , terutama untuk kelas II dan III, di mana dengan harga rawat inap yang murah, maka penyajian makanan mengikuti anggaran yang disediakan. Subsidi untuk kelas II dan III sedang dalam taraf perencanaan dan diharapkan akan terlaksanan dalam waktu dekat, subsidi baru diberikan untuk kelas I,dan VIP.

4.3.14 Tingkat Persepsi Lingkungan Dan Penilaiannya Bagi Responden Kelas I

Responden kelas I (yang berasal dari ruang perawatan kelas I dan VIP) secara keseluruhan memberikan pandangannya mengenai kondisi lingkungan serta penilaiannya seperti tersaji dalam tabel di bawah ini :

Tabel 4-22 Lingkungan Bagi Kelas I

NO	PERTANYAAN LINGKUNGAN	PROSENTASE
1.	Kondisi rawat inap sangat bersih	11.4
	Cukup bersih	88.6
	Kurang bersih	0
	Kotor	0
2.	Fasilitas ruangan sangat lengkap	20.0
	Cukup lengkap	48.6
	Kurang lengkap	31.4
	Kosong	0
3	Sangat tenang	25.7
	Cukup tenang	65.7
	Bising	8.6
	Sangat bising	0
4	Mutu makanan sangat baik	8.6
	Baik	65.7
	Cukup	25.7
	Kurang	0
5	RSCM sangat rapi	14.3
	Cukup rapi	48.6
	Kurang rapi	31.4
	Tidak rapi	5.7
6	Kemaman sangat aman	20.0
	Cukup aman	42.9
	Kurang aman	37.1
	Tidak aman	0
7	Petugas sangat tanggap	22.9
	Cukup tanggap	57.1
	Kurang tanggap	20.0
	Masa bodoh	0
8	Tariff RS murah	11.4
	Sedang	54.3
	Mahal	34.3

Sumber : Data yang diolah

Dalam persepsi responden, ternyata lingkungan rawat inap yang dinilai baik berada di atas 60%. Penilaian ini berdasarkan *two top boxes* untuk setiap atribut. Hasil yang didapat ternyata semua atribut berada di atas 60%. Walaupun demikian penilaian ini berada sedikit di

bawah penilaian responden secara keseluruhan (70%). Penilaian responden kelas ini, tentunya sedikit banyak dipengaruhi oleh status sosial mereka (sosial ekonomi tinggi). Sehingga pandangan dan harapan mereka berada sedikit di atas pandangan responden kelas lainnya. Yang menarik ternyata tariff kamar untuk kelas I dan VIP, dinilai mahal (34.3%) oleh responden. Pandangan ini bisa terjadi karena, harapan mereka dengan kenyataan ternyata tidak sesuai. Dengan membayar lebih, mereka tentunya mengharapkan kondisi dan fasilitas ruangan yang lebih baik.

Sementara itu hasil survey penilaian lingkungan rawat inap untuk kelas I, tersaji dalam tabel di bawah ini:

Tabel 4-23 Penilaian Fasilitas Ruang Rawat Inap Kelas I

NO	ATRIBUT	RATA-RATA
1	Kebersihan	3.23
2	Fasilitas Ruangan	3.11
3	Ketenangan	3.29
4	Makanan	3.14
5	Kerapian	3.06
6	Keamanan	3.14
7	Kesigapan Petugas	3.09

Sumber : Data yang diolah

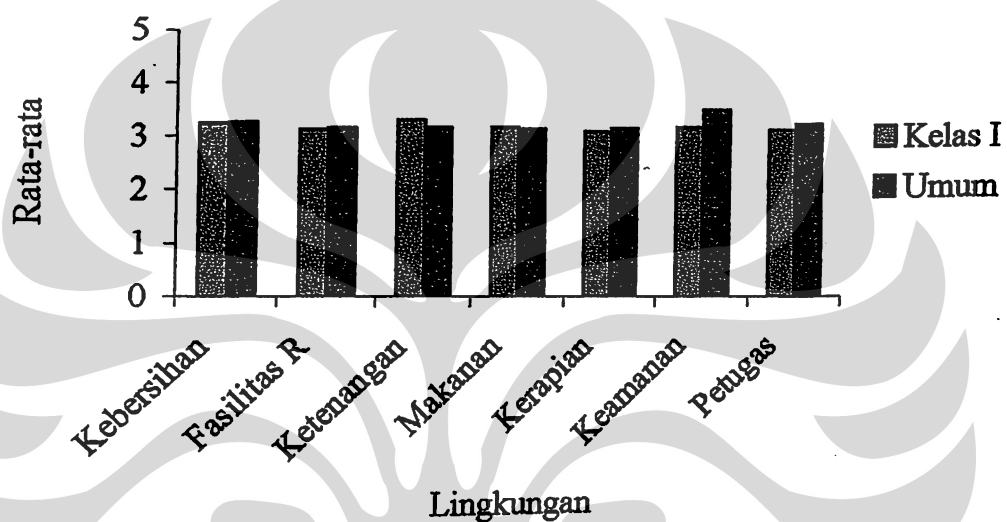
Berdasarkan tabel di atas, maka atribut ketenangan untuk kelas I memang menjadi perhatian utama dan dinilai tinggi oleh responden (3.29). Berikutnya adalah kebersihan, mutu makanan, keamanan, fasilitas ruangan. Sementara kesigapan petugas, dan kerapian lingkungan kurang mendapat perhatian pihak RSCM dan dinilai kurang oleh responden (3.06).

Penilaian yang rendah terhadap kesigapan petugas staff non medik dan kerapian lingkungan rawat inap (kamar yang mereka huni) ternyata saling berhubungan. Status sosial mereka yang rata-rata berasal dari ekonomi menengah ke atas, ternyata menginginkan kamar

yang bersih dan nyaman, dan tuntutan untuk mendapatkan perhatian yang lebih dari staff non medik.

Grafik 9

Grafik Kelas I Dengan Umum



4.3.15 Tingkat Persepsi Lingkungan Dan Penilaiannya Bagi Responden Kelas II

Responden kelas II (yang berasal dari ruang perawatan kelas II) memiliki persepsi mengenai kondisi lingkungan rawat inap dan penilaiannya seperti tersaji di bawah ini :

Tabel 4-24 Lingkungan Kelas II

NO	PERTANYAAN LINGKUNGAN	PROSENTASE
1.	Kondisi rawat inap sangat bersih	22.9
	Cukup bersih	57.1
	Kurang bersih	20.0
	Kotor	0
2.	Fasilitas ruangan sangat lengkap	8.6
	Cukup lengkap	51.4
	Kurang lengkap	40.0
	Kosong	0
3	Sangat tenang	0
	Cukup tenang	77.1
	Bising	22.9
	Sangat bising	0
4	Mutu makanan sangat baik	5.7
	Baik	54.3
	Cukup	40.0
	Kurang	0
5	RSCM sangat rapi	5.7
	Cukup rapi	68.6
	Kurang rapi	25.7
	Tidak rapi	0
6	Kemaman sangat aman	5.7
	Cukup aman	85.7
	Kurang aman	8.6
	Tidak aman	0
7	Petugas sangat tanggap	14.3
	Cukup tanggap	77.1
	Kurang tanggap	8.6
	Masa bodoh	0
8	Tariff RS murah	2.9
	Sedang	94.3
	Mahal	2.9

Sumber : Data yang diolah

Tingkat persepsi responden di kelas ini, berdasarkan *two top boxes* berpendapat bahwa lingkungan rawat inap yang baik berada di atas 70%. Hanya untuk atribut fasilitas ruangan (60%) dan mutu makanan (60%) yang berada di bawah 70%. Dua atribut ini memang masih menjadi kendala bagi pihak rumah sakit. Untuk kelas II, dengan biaya rawat inap yang murah,

memang sampai saat ini masih menjadi kendala dalam upaya memaksimalkan pelayanan. Subsidi di kelas ini juga belum bisa dilaksanakan, sehingga untuk atribut fasilitas dan mutu makanan memang terkesan seadanya.

Sementara itu hasil survey penilaian lingkungan untuk kelas II, tersaji dalam tabel di bawah ini:

Tabel 4-25 Penilaian Fasilitas Ruang Rawat Inap Kelas II

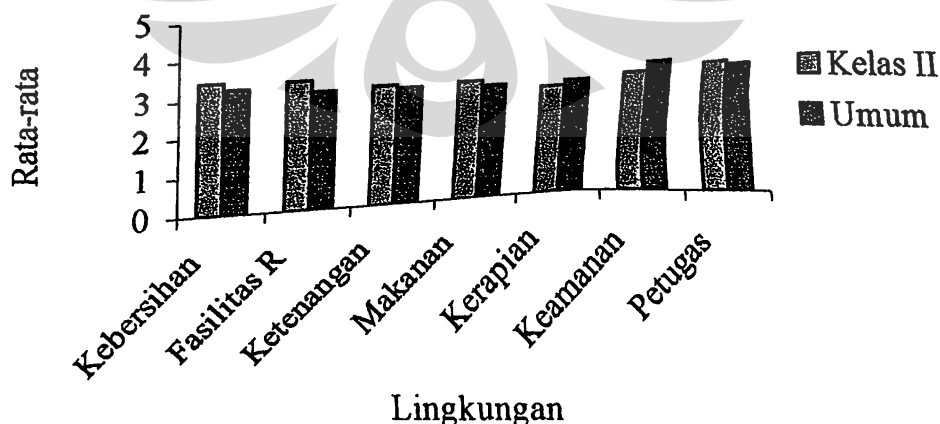
NO	ATRIBUT	RATA-RATA
1	Kebersihan	3.46
2	Fasilitas Ruangan	3.43
3	Ketenangan	3.20
4	Makanan	3.23
5	Kerapian	3.00
6	Keamanan	3.20
7	Kesigapan Petugas	3.31

Sumber : Data yang diolah

Menurut responden, atribut kebersihan (3.46) mendapatkan penilaian tertinggi di kelas II. Kemudian fasilitas ruangan, kesigapan petugas, makanan, ketenangan, keamanan, dan kerapian (3.00) diberikan nilai terendah oleh responden.

Grafik 10

Grafik Kelas II Dengan Umum



Lingkungan

4.3.16 Tingkat Persepsi Lingkungan Dan Penilaiannya Bagi Responden Kelas III

Untuk responden kelas III (yang berasal dari ruang perawatan kelas III) memiliki pandangan yang berbeda dari responden kelas I dan II, mengenai kondisi lingkungan serta penilaiannya , yang tersaji dalam tabel di bawah ini :

Tabel 4-26 Lingkungan Kelas III

NO	PERTANYAAN LINGKUNGAN	PROSENTASE
1.	Kondisi rawat inap sangat bersih	2.9
	Cukup bersih	54.3
	Kurang bersih	37.1
	Kotor	5.7
2.	Fasilitas ruangan sangat lengkap	11.4
	Cukup lengkap	37.1
	Kurang lengkap	51.4
	Kosong	0
3	Sangat tenang	0
	Cukup tenang	68.6
	Bising	25.7
	Sangat bising	5.7
4	Mutu makanan sangat baik	2.9
	Baik	31.4
	Cukup	54.3
	Kurang	11.4
5	RSCM sangat rapi	0
	Cukup rapi	57.1
	Kurang rapi	37.1
	Tidak rapi	5.7
6	Kemaman sangat aman	2.9
	Cukup aman	77.1
	Kurang aman	17.1
	Tidak aman	2.9
7	Petugas sangat tanggap	2.9
	Cukup tanggap	48.6
	Kurang tanggap	34.3
	Masa bodoh	14.3
8	Tariff RS murah	8.6
	Sedang	85.7
	Mahal	5.7

Sumber : Data yang diolah

Secara umum persepsi di kelas ini dianggap baik bila berada di atas 50%. Penilaian dilakukan dengan menganalisa *two top boxes* untuk semua atribut. Penilaian 50% ini berada di bawah kedua kelas (I dan II). Menurut penulis hal ini mungkin disebabkan karena responden

kelas III, yang memang berasal dari kelas menengah ke bawah, tidak terlalu berharap banyak dengan kondisi dan fasilitas rawat inap. Dengan biaya rawat inap yang bisa dibilang murah, pasien di kelas ini lebih “tahu diri”, dan tidak menuntut terlalu jauh.

Namun tidak semua atribut di kelas ini yang mendapatkan nilai di atas 50%, fasilitas ruangan (48.5%) dan mutu makanan (34.3%), berada di bawah 50%. Nampaknya persepsi yang sama terjadi di kelas II, untuk atribut-atribut di atas. Kendala dalam mencari alternatif untuk pemecahan masalah di atas, dialami juga di kelas II. Dengan biaya rawat inap yang sangat murah, tentunya sangat sulit untuk mendapatkan berbagai kenyamanan dan kemudahan di kelas ini.

Tabel 4-27 Penilaian Fasilitas Ruang Rawat Inap Kelas III

NO	ATRIBUT	RATA-RATA
1	Kebersihan	3.09
2	Fasilitas Ruangan	2.89
3	Ketenangan	2.94
4	Makanan	2.94
5	Kerapian	3.31
6	Keamanan	4.09
7	Kesigapan Petugas	3.20

Sumber : Data yang diolah

Responden kelas III, dengan demikian menganggap bahwa elemen keamanan (4.09) dinilai sangat tinggi. Penilaian ini tidak luput dari pengalaman yang terjadi, di mana pasien yang menginap di kelas ini merasa aman dan dapat menjalani perawatan dengan baik. Di samping itu adanya/banyaknya anggota keluarga yang ikut menemani responden selama masa sakit, dapat mempengaruhi penilaian ini. Sementara elemen lainnya dinilai cukup baik, yaitu kerapian, kesigapan petugas, dan kebersihan. Sementara mutu makanan, ketenangan, dan

fasilitas ruangan dinilai kurang baik oleh responden. Penilaian yang sangat rendah diberikan untuk fasilitas ruangan (2.89).

Grafik 11



4.3.17 Perbandingan Persepsi Lingkungan Di Kelas I,II, Dan III

Dari hasil survey yang dilakukan mengenai lingkungan rawat inap / fasilitas ruang rawat inap, maka penilaian secara keseluruhan yang diberikan oleh responden, untuk semua kelas tampaknya belum menunjukkan tingkat kepuasan pelayanan yang baik.

Tabel 4-28 Penilaian lingkungan kelas I,II dan III

NO	ATRIBUT	Kelas I	Kelas II	Kelas III
1	Kebersihan	3.23	3.46	3.09
2	Fasilitas Ruangan	3.11	3.43	2.89
3	Ketenangan	3.29	3.20	2.94
4	Makanan	3.14	3.23	2.94
5	Kerapian	3.06	3.00	3.31
6	Keamanan	3.14	3.20	4.09
7	Kesigapan Petugas	3.09	3.31	3.20

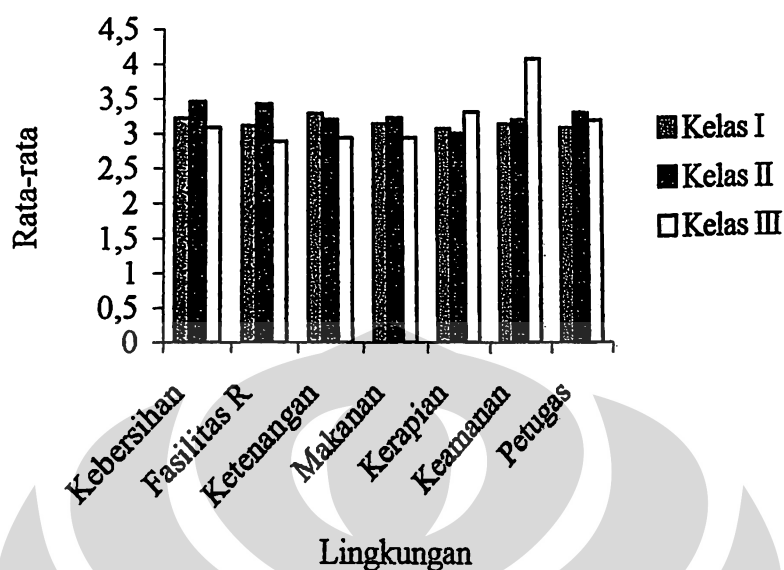
Sumber : Data yang diolah

Tabel di atas menunjukkan, elemen yang diberikan penilaian yang kurang adalah kerapian (kelas I dan II),serta makanan,ketenangan, dan fasilitas ruangan (kelas III).Adanya perbedaan ini dikarenakan tiap-tiap kelas mendapatkan kondisi dan pelayanan ruangan rawat inap yang berbeda-beda pula. Sedangkan penilaian tertinggi diberikan untuk elemen ketenangan (kelas I),kebersihan (kelas II), dan keamanan (kelas III).

Untuk pelayanan di kelas I dan kelas II penilaian yang diberikan menunjukkan adanya kesamaan untuk kerapian ruangan, yang dinilai rendah. Untuk kelas III, tiga atribut berada di bawah 3, tetapi penilaian terendah ada pada mutu makanan. Sementara keamanan diberikan nilai tertinggi di kelas ini.

Grafik 12

Grafik Kelas I,II Dan III



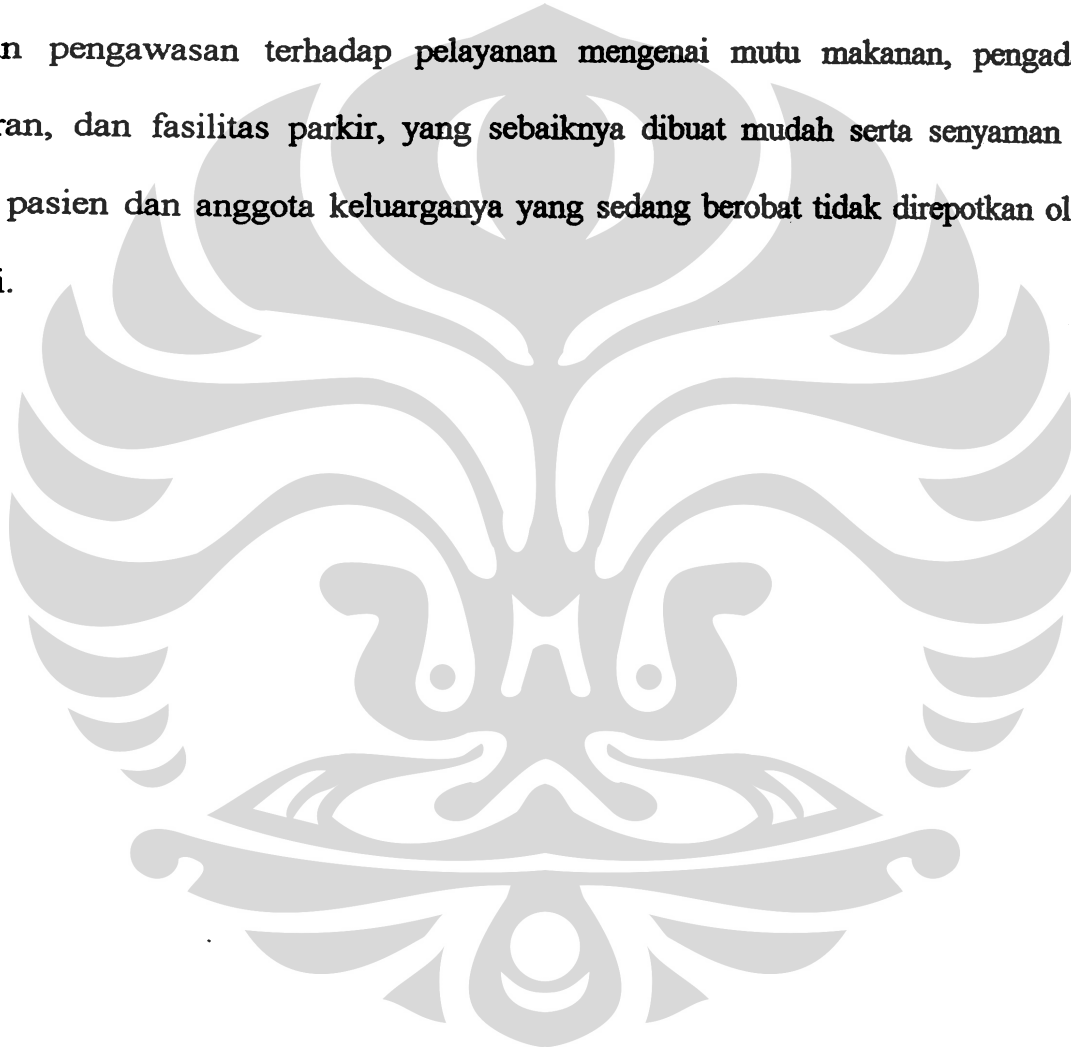
Dari grafik penilaian lingkungan rawat inap yang diberikan oleh masing-masing kelas, ternyata setiap kelas memberikan penilaian yang hampir sama. Tetapi terdapat satu penilaian yang agak tinggi diberikan oleh kelas III terhadap keamanan lingkungan rumah sakit, penulis berasumsi bahwa penilaian ini didasarkan kepada banyaknya anggota keluarga yang boleh ikut menginap bersama pasien, serta tidak dibatasinya jam kunjungan/besuk bagi pasien di kelas III, juga menjadi faktor tingginya penilaian untuk atribut keamanan di kelas ini. Hal inilah yang membuat pasien merasa aman dan tidak takut terusik oleh keberadaan lingkungan sekitarnya.

4.3.18 Implikasi Pemasaran Untuk Meningkatkan Fasilitas Ruang Rawat Inap

Upaya peningkatan pelayanan yang dilakukan dalam bentuk external marketing antara perusahaan (rumah sakit) dan pelanggan (pasien), dapat berupa memelihara dan menjaga physical evidence yang dimiliki, sehingga lingkungan rawat inap terjaga kebersihan, kerapian,

dan kenyamannya. Upaya lainnya dari pihak rumah sakit adalah guna meningkatkan bentuk fisiknya adalah dengan penggunaan teknologi kedokteran terbaru, penambahan fasilitas ruang rawat inap, memelihara bangunan rumah sakit, dan lainnya yang berhubungan dengan bentuk fisik rumah sakit.

Pengawasan yang berkesinambungan terhadap pemeliharaan fisik rumah sakit, juga menjadi kunci keberhasilan pihak rumah sakit dalam menarik pelanggan. Disamping itu juga diperlukan pengawasan terhadap pelayanan mengenai mutu makanan, pengadaan obat, pembayaran, dan fasilitas parkir, yang sebaiknya dibuat mudah serta nyaman mungkin, sehingga pasien dan anggota keluarganya yang sedang berobat tidak direpotkan oleh urusan seperti ini.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 KESIMPULAN :

Dari uraian hasil analisa data pada bab IV di atas dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Penilaian terhadap layanan dokter.

Responden dari kelas I, II dan III menganggap bahwa atribut seperti keahlian, penampilan dokter cukup rapi, serta pengobatan cukup manjur diberikan penilaian yang cukup tinggi, sedangkan atribut lain masih ada dibawah atribut yang disebutkan di atas. Berdasarkan penilaian kemudian, atribut yang diberikan nilai yang baik adalah keramahan, serta frekuensi kunjungan dokter ke pasien. Sedangkan atribut yang perlu mendapatkan perhatian lebih adalah kejelasan informasi serta ketepatan waktu kunjungan. Kemungkinan penilaian yang rendah pada ketepatan waktu kunjungan, penulis memperkirakan penyebabnya adalah banyaknya kunjungan yang harus dilakukan dokter ke pasien serta tidak adanya waktu kunjungan yang pasti terhadap masing-masing pasien, pengelolaan tenaga dokter belum berjalan dengan maksimal, atau dengan kata lain bahwa dokter kurang serius dalam menangani pasiennya. Penjelasan dokter mengenai penyakit (*inform consent*) belum berjalan dengan baik, terbukti dengan banyaknya responden menjawab penjelasan dokter dengan cukup.

Dari semua kelas penilaian tertinggi diberikan oleh kelas II, penulis menduga bahwa pelayanan yang diberikan untuk kelas ini lebih baik, dan dimungkinkan juga bahwa dokter yang menangani pasien di kelas II adalah dokter yang sedang melakukan kerja praktek, serta pasien yang ditangani memang memerlukan perhatian yang lebih. Namun pada umumnya penilaian yang diberikan oleh masing-masing kelas hampir sama.

Implikasi pemasaran untuk meningkatkan kinerja dokter diantaranya, dengan melihat perlu adanya *internal marketing*, dari perusahaan (rumah sakit) terhadap karyawan (dokter). Bentuk implikasi yang bisa dilakukan oleh perusahaan dalam hal ini, dapat berupa pengadaan seminar-seminar dengan mengundang pembicara dari luar, dengan topik-topik baru, yang diperuntukkan bagi dokter rumah sakit.

2. Penilaian terhadap layanan Perawat

Responden dari kelas I, II dan III menganggap bahwa atribut yang diberikan penilaian cukup tinggi adalah tanggapan terhadap keluhan pasien serta keahlian perawat, untuk sopan santun penilaian yang diberikan cukup baik. Namun ternyata ada empat atribut yang diberikan penilaian kurang oleh pasien, yaitu penampilan dan keramahan kemudian kecepatan memenuhi panggilan dan yang paling kurang adalah kejelasan informasi bagi pasien terhadap instruksi perawat. Atribut yang perlu mendapat perhatian di sini adalah kejelasan informasi dan dalam hal memenuhi panggilan pasien, anggapan yang mungkin adalah kurangnya perhatian dari pasien terhadap instruksi perawat, karena penyakit yang diderita, serta kurangnya tenaga perawat untuk menangani pasien, sehingga tidak dapat memberikan bantuan dengan cepat.

Secara umum penilaian tertinggi terhadap perawat tetap diberikan oleh kelas II, penulis berpendapat bahwa kedekatan atau keramahan dari pasien di kelas ini, membuat perawat memberikan pelayanan yang sedikit lebih baik dari kelas-kelas yang lainnya, namun secara umum penilaian yang diberikan masing-masing kelas tidak terlalu berbeda jauh.

Implikasi pemasaran untuk meningkatkan kinerja perawat, dalam bentuk *internal marketing* antara perusahaan (rumah sakit), dan karyawan (perawat) dapat berupa pengadaan pelatihan yang berkesinambungan dan terarah, yang disesuaikan dengan bidang keahliannya. Upaya lainnya adalah pengiriman perawat untuk ikut serta dalam seminar-seminar mengenai cara penanggulangan pasien rumah sakit, baik dalam lingkungan rumah sakit maupun diluar lingkungan rumah sakit.

3. Penilaian terhadap Fasilitas rumah sakit

Responden dari kelas I, II dan III menganggap bahwa keamanan rumah sakit cukup baik, ini diperlihatkan dari penilaian responden, ternyata responden merasa cukup aman selama menjalani perawatan di rumah sakit. Kebersihan dan kesigapan petugas diberikan penilaian sedang oleh responden, namun atribut lainnya amat kurang, diantaranya fasilitas ruangan, ketenangan, kerapian dan makanan. Adapun penilaian yang terendah diberikan terhadap mutu makanan, dalam hal ini pihak rumah sakit memang masih memberikan batasan mutu makanan, yang disesuaikan dengan masing-masing kelas. Sedangkan untuk fasilitas, ketenangan, kerapian memang anggaran yang disediakan agak terbatas, disesuaikan dengan tarif layanan yang memang dianggap murah oleh pasien. Namun belum lama ini terjadi perubahan status dari RSUPN-

CM, yang diharapkan kelak mampu menjadi rumah sakit yang mampu bersaing dari segi kenyamanan dan pelayanan yang lebih baik.

Secara keseluruhan ternyata setiap kelas memberikan penilaian yang hampir sama atau cenderung *flat*, tetapi terdapat satu penilaian yang agak tinggi diberikan oleh kelas III terhadap keamanan lingkungan rumah sakit, penulis berasumsi bahwa penilaian ini didasarkan kepada banyaknya anggota keluarga yang boleh ikut menginap bersama pasien, sehingga pasien tidak takut terusik oleh keamanan di lingkungan sekitar.

Upaya peningkatan pelayanan yang dilakukan dalam bentuk *external marketing* antara perusahaan (rumah sakit) dan pelanggan (pasien), dapat berupa memelihara dan menjaga *physical evidence* yang dimiliki, sehingga lingkungan rawat inap terjaga kebersihan, kerapian, dan kenyamanannya. Upaya lainnya dari pihak rumah sakit adalah guna meningkatkan bentuk fisiknya adalah dengan penggunaan teknologi kedokteran terbaru, penambahan fasilitas ruang rawat inap, memelihara bangunan rumah sakit, dan lainnya yang berhubungan dengan bentuk fisik rumah sakit.

5.2. SARAN-SARAN

Berdasarkan kesimpulan di atas, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Mengadakan perbandingan tingkat kepuasan konsumen/pelanggan dengan rumah sakit swasta utama. Perbandingan bisa dalam hal kinerja tenaga medik dan non medik, atau bisa berupa perbandingan dalam pemberian remunerasi bagi karyawan.
2. Selalu meningkatkan SDM, baik yang terkait langsung maupun tidak langsung, dengan cara pelatihan keterampilan atau meningkatkan jenjang strata ilmu mereka sesuai dengan bidang profesionalismenya, secara terencana dan

berkesinambungan. Hal tersebut dapat meningkatkan daya tarik konsumen yang akan memakai jasa pelayanan rumah sakit di RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo.

3. Peran Komite Medik di RSUPN-CM perlu lebih ditingkatkan lagi, dengan mengadakan evaluasi berkala dan kontinyu mengenai *standard operation procedure* (SOP) yang perlu dilaksanakan oleh pihak-pihak terkait umumnya dan dalam hal ini khususnya dengan menerapkan *inform consent* kepada semua pasien tidak terkecuali.



DAFTAR PUSTAKA

1. Aaker,Kumar,Day.,*"Marketing Research"*,John Wiley & Sons,Inc.,2001.
2. Kotler,Philip & Amstrong,Gary.,*"Principle Of Marketing"*,5th ed.,Prentice Hall Inc.,N.J.,1991.
3. Hariani,Siti.,*"Demand Terhadap Munculnya Puskesmas Peserta Perum Husada Bhakti di Kota Administratif Depok Tahun 1990"*, Program pasca Sarjana Bidang Studi Kesehatan Masyarakat, Depok 1991.
4. Kotler,Philip.,*"Manajemen Pemasaran"*,edisi 6 jilid I,Erlangga,Jakarta,1991.
5. Kotler,Philip.,Clarke,Roberta N.,*"Marketing of Health Care Organizations"*,Prentice Hall Inc.,Englewood Cliffs,New Jersey 1987.
6. Kropf,Roger.,Greenberg,J.A.,*"Strategic Analysis for Hospital Management"*,An Aspen Publication,Rockville,Maryland,1984.
7. Rice,James.,Greel,George H.,*"Market Based Demand Forecasting for Hospital Inpatient Services"*,American Hospital Publishing,Inc.,1985.
8. Purnama,Lingga.,*"Strategic Marketing Plan"*,Gramedia Pustaka Utama.,2001
9. Sandblom,Srinivasan.,*"Quantitative Analysis for Business Decisions"*,McGraw-Hill Book.Co.,1989.
10. Singarimbi Masri,Sofyan Effendi *"Metode Penelitian Survey"*,Cetakan Pertama,LP3ES,1989.
11. Alvin C.Burns and Ronald F.Bush,*"Marketing Research"*,2nd edition,New Jersey,Prentice Hall International Inc.,1998.

12. Atkinson, Rita L., Atkinson, Richard C. & Hilgard, Ernest R., *Pengantar Psikologi*, Edisi Kedelapan, Jilid 1, Alih Bahasa: Nurdjannah dan Rukmini Barhana, Editor: Agus Dharma dan Michael Adryanto, Jakarta: Penerbit Erlangga, 1999.
13. Huse, Edgar F. & James L. Bowditch, *Behavior in Organization: A System Approach to Managing*, Second Edition, Addison-Wesley Publishing Company, Massachusetts, 1977.
14. Ivacevich, John M., Andrew D. Szilagyi Jr., Marc J. Wallace Jr, *Organizational Behavior and Performance*, Goodyear Publishing Company, Inc., Santa Monica, California, 1977.
15. Milton, Charles R., *Human Behavior in Organizations: Three Levels of Behavior*, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1981.
16. Simamora, Bilson, *Panduan Riset Perilaku Konsumen*, Edisi Pertama, Gramedia, Jakarta 2002.
17. Philip Kotler, *Marketing Management an Asia Perspective*, Second Edition, prentice Hall.

KUESIONER

S1. Apakah anda pernah berobat di rumah sakit ini () ya
() tidak stop

S2. Apakah anda menjalani rawat inap () ya
() tidak stop

PERTANYAAN UNTUK DOKTER

1. Apakah dokter yang menangani anda Profesional/ahli ?
 Ahli Cukup Kurang Salah mendiagnosa
2. Apakah dokter teratur melakukan pemeriksaan ?
 Lbh dari sekali sehari sekali sehari k setiap hari t'n pernah
3. Penjelasan dokter mengenai penyakit dan pengobatan :
 Sangat baik baik cukup kurang
4. Bagaimana sikap melayani dokter?
 Sangat ramah cukup ramah kurang ramah sama sekali tidak ramah
5. Apakah dokter yang memeriksa anda datang tepat waktu?
 selalu sering kadang-kadang tdk pernah tepat waktu
6. Apakah pengobatan yang diberikan dokter manjur?
 Sangat manjur cukup manjur kurang manjur tidak manjur
7. Bagaimana penampilan dokter yang merawat anda ?
 Sangat rapi cukup rapi kurang rapi berantakan

PERTANYAAN UNTUK PERAWAT

1. Bagaimana pelayanan perawat yang membantu anda ?
 sangat terampil cukup terampil kurang terampil tidak terampil
2. Tanggapan terhadap keluhan anda :
 sangat tanggap cukup tanggap kurang tanggap tidak tanggap
3. Sikap menolong dan keramahan melayani pasien :
 Sangat ramah cukup ramah kurang ramah sama sekali tidak ramah
4. Apakah instruksi yang diberikan perawat cukup jelas ?
 sangat jelas cukup jelas kurang jelas sama sekali tdk jelas
5. Apakah perawat cepat dalam memenuhi panggilan anda?
 Sangat cepat cukup cepat lambat sangat lambat
6. Apakah perawat yang membantu anda memiliki sopan santun?
 Sangat sopan cukup sopan kurang sopan kurang ajar
7. Bagaimana penampilan perawat yang merawat anda ?
 Sangat rapi cukup rapi kurang rapi berantakan

KEADAAN RUMAH SAKIT/FASILITAS RUANG RAWAT INAP

1.Kondisi ruang rawat inap :

- Sangat bersih cukup bersih Kurang bersih kotor

2.Fasilitas ruangan (penerangan,tv):

- sangat lengkap cukup lengkap kurang lengkap kosong

3.Apakah rumah sakit ini tenang

- Sangat tenang cukup tenang bising sangat bising

4.Bagaimana mutu serta penyajian makanan ?

- Sangat Baik baik Cukup Kurang

5.Apakah anda nilai rumah sakit ini rapi/tidak semrawut?

- Sangat rapi cukup rapi kurang rapi tdk rapi

6.Apakah keamanan di rumah sakit ini cukup terjamin ?

- sangat aman cukup aman kurang aman tdk aman

7.Apakah petugas di rumah sakit ini cukup tanggap dengan kebutuhan anda ?

- sangat tanggap cukup tanggap kurang tanggap masa bodoh

8.Bagaimana pendapat anda tentang tarif layanan RS ini :

- Murah Sedang Mahal

Terima kasih atas kerja samanya dan kami sangat menghargai komentar anda

Berkenaan dengan pelayanan yang diberikan oleh dokter,perawat serta kondisi lingkungan RSCM secara keseluruhan,kami mohon anda memberikan penilaian mengenai seberapa penting hal-hal berikut ini bagi anda .Penilaian tersebut berdasarka kriteria di bawah ini :

Nilai 1 : Sangat baik

Nilai 2 : Baik

Nilai 3 : Cukup

Nilai 4 : Buruk

Nilai 5 : Sangat buruk

1.Mengenai pelayanan dokter :

	Nilai
a.Keahlian	1-2-3-4-5
b..Frekuensi kunjungan	1-2-3-4-5
c..Kejelasan memberikan informasi	1-2-3-4-5
d..Keramahan	1-2-3-4-5
e.Ketepatan waktu kunjungan	1-2-3-4-5
f.Kemanjuran	1-2-3-4-5
g.Penampilan	1-2-3-4-5

2.Mengenai pelayanan perawat

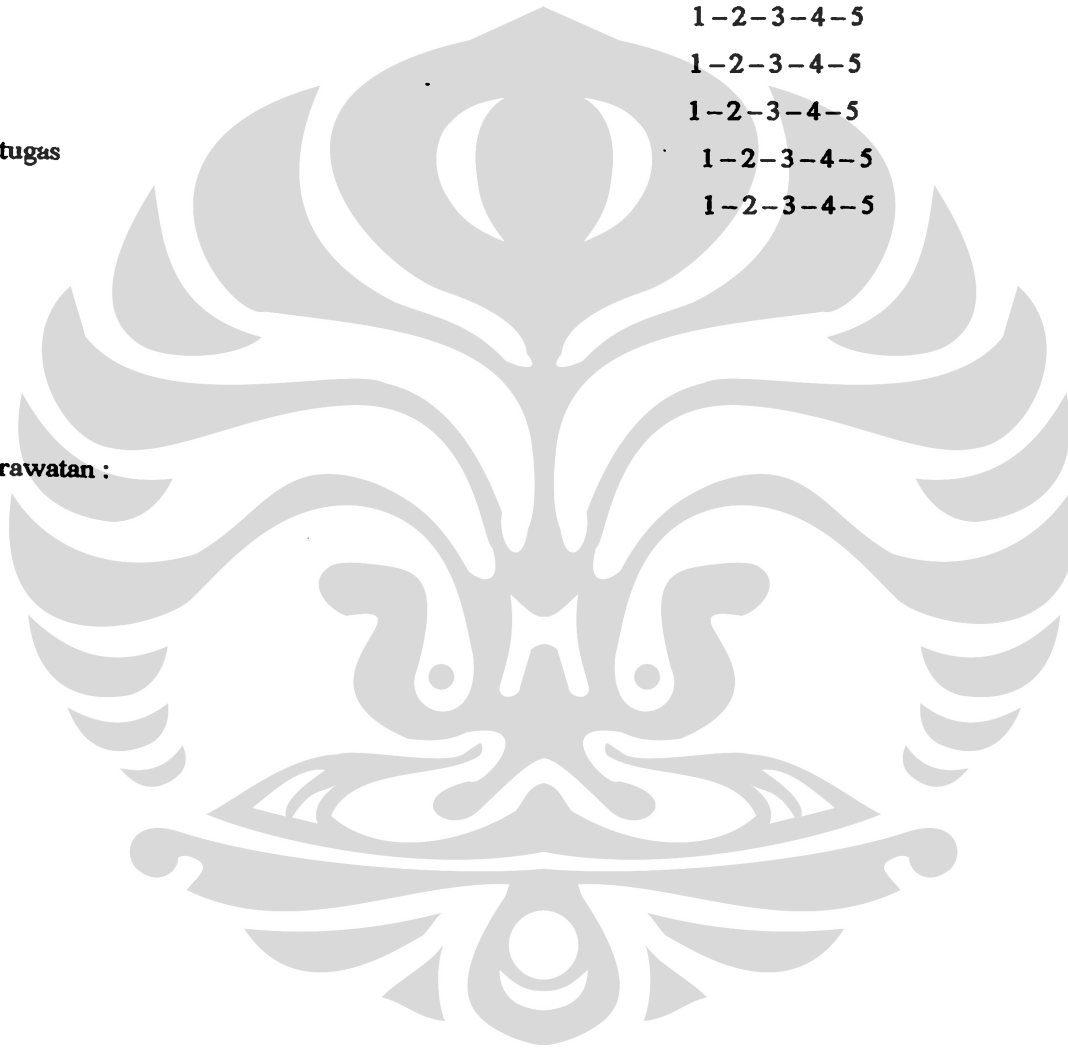
	Nilai
a.Keahlian	1-2-3-4-5
b.Tanggapan terhadap keluhan anda	1-2-3-4-5
c.Keramahan	1-2-3-4-5
d.Kejelasan informasi	1-2-3-4-5
e.Kecepatan memenuhi panggilan	1-2-3-4-5
f.Sopan santun	1-2-3-4-5
g.Penampilan	1-2-3-4-5

3. Mengenai lingkungan rumah sakit

	Nilai
a.Kebersihan	1-2-3-4-5
b..Fasilitas ruangan	1-2-3-4-5
c..Ketenangan	1-2-3-4-5
d. Makanan	1-2-3-4-5
e.Kerapian	1-2-3-4-5
f.Keamanan	1-2-3-4-5
g.Kesigapan petugas	1-2-3-4-5
h.Tariff RS	1-2-3-4-5

Nama :

Ruang/kelas perawatan :



Report

KLS		KB1	KB2	KB3	KB4	KB5	KB6	KB7
1	Mean	3.60	3.63	3.29	3.20	3.26	3.51	3.29
	Std. Deviation	.69	.69	.46	.41	.61	.66	.52
	Median	3.00	4.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
	Minimum	3	3	3	3	2	3	3
	Maximum	5	5	4	4	4	5	5
	N	35	35	35	35	35	35	35
2	Mean	4.00	3.94	3.71	3.94	3.71	3.74	3.94
	Std. Deviation	.80	.80	.67	.80	.62	.61	.80
	Median	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00
	Minimum	3	3	3	3	3	3	3
	Maximum	5	5	5	5	5	5	5
	N	35	35	35	35	35	35	35
3	Mean	3.37	3.29	3.23	3.29	3.14	3.37	3.31
	Std. Deviation	.60	.62	.60	.52	.65	.60	.53
	Median	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
	Minimum	3	2	2	3	2	2	3
	Maximum	5	5	5	5	5	5	5
	N	35	35	35	35	35	35	35
Total	Mean	3.66	3.62	3.41	3.48	3.37	3.54	3.51
	Std. Deviation	.74	.75	.62	.68	.67	.64	.69
	Median	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
	Minimum	3	2	2	3	2	2	3
	Maximum	5	5	5	5	5	5	5
	N	105	105	105	105	105	105	105

Means

Report

KLS		KC1	KC2	KC3	KC4	KC5	KC6	KC7
1	Mean	3.23	3.11	3.29	3.14	3.06	3.14	3.09
	Std. Deviation	.65	.53	.52	.49	.42	.49	.37
	Median	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
	Minimum	2	2	2	2	2	2	2
	Maximum	4	4	4	5	4	4	4
	N	35	35	35	35	35	35	35
2	Mean	3.46	3.43	3.20	3.23	3.00	3.20	3.31
	Std. Deviation	1.01	.98	.80	.60	.77	.68	.63
	Median	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
	Minimum	2	2	2	2	2	2	2
	Maximum	5	5	5	5	5	5	5
	N	35	35	35	35	35	35	35
3	Mean	3.09	2.89	2.94	2.94	3.31	4.09	3.20
	Std. Deviation	.66	.72	.76	.64	.53	5.07	.68
	Median	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
	Minimum	2	2	2	2	3	2	2
	Maximum	5	5	5	5	5	33	5
	N	35	35	35	35	35	35	35
Total	Mean	3.26	3.14	3.14	3.10	3.12	3.48	3.20
	Std. Deviation	.80	.79	.71	.59	.60	2.97	.58
	Median	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
	Minimum	2	2	2	2	2	2	2
	Maximum	5	5	5	5	5	33	5
	N	105	105	105	105	105	105	105

Means

Means

Report

KLS		KA1	KA2	KA3	KA4	KA5	KA6	KA7
1	Mean	3.69	3.46	3.23	3.23	3.46	3.51	3.63
	Std. Deviation	.72	.56	.49	.49	.74	.70	.65
	Median	4.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	4.00
	Minimum	3	3	3	3	3	3	3
	Maximum	5	5	5	5	5	5	5
	N	35	35	35	35	35	35	35
2	Mean	4.29	3.86	3.69	4.03	3.57	4.00	4.00
	Std. Deviation	.62	.73	.68	.79	.56	.49	.59
	Median	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00
	Minimum	3	3	3	3	3	3	3
	Maximum	5	5	5	5	5	5	5
	N	35	35	35	35	35	35	35
3	Mean	3.89	3.46	3.71	3.57	3.37	3.71	3.89
	Std. Deviation	.76	.66	.71	.78	.55	.71	.68
	Median	4.00	3.00	4.00	3.00	3.00	4.00	4.00
	Minimum	3	3	3	3	3	3	3
	Maximum	5	5	5	5	5	5	5
	N	35	35	35	35	35	35	35
Total	Mean	3.95	3.59	3.54	3.61	3.47	3.74	3.84
	Std. Deviation	.74	.68	.67	.77	.62	.67	.65
	Median	4.00	3.00	3.00	3.00	3.00	4.00	4.00
	Minimum	3	3	3	3	3	3	3
	Maximum	5	5	5	5	5	5	5
	N	105	105	105	105	105	105	105

Means



Report

KLS		KB1	KB2	KB3	KB4	KB5	KB6	KB7
1	Mean	3.60	3.63	3.29	3.20	3.26	3.51	3.29
	Std. Deviation	.69	.69	.46	.41	.61	.66	.52
	Median	3.00	4.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
	Minimum	3	3	3	3	2	3	3
	Maximum	5	5	4	4	4	5	5
	N	35	35	35	35	35	35	35
2	Mean	4.00	3.94	3.71	3.94	3.71	3.74	3.94
	Std. Deviation	.80	.80	.67	.80	.62	.61	.80
	Median	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00
	Minimum	3	3	3	3	3	3	3
	Maximum	5	5	5	5	5	5	5
	N	35	35	35	35	35	35	35
3	Mean	3.37	3.29	3.23	3.29	3.14	3.37	3.31
	Std. Deviation	.60	.62	.60	.52	.65	.60	.53
	Median	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
	Minimum	3	2	2	3	2	2	3
	Maximum	5	5	5	5	5	5	5
	N	35	35	35	35	35	35	35
Total	Mean	3.66	3.62	3.41	3.48	3.37	3.54	3.51
	Std. Deviation	.74	.75	.62	.68	.67	.64	.69
	Median	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
	Minimum	3	2	2	3	2	2	3
	Maximum	5	5	5	5	5	5	5
	N	105	105	105	105	105	105	105

Means

Report

KLS		KC1	KC2	KC3	KC4	KC5	KC6	KC7
1	Mean	3.23	3.11	3.29	3.14	3.06	3.14	3.09
	Std. Deviation	.65	.53	.52	.49	.42	.49	.37
	Median	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
	Minimum	2	2	2	2	2	2	2
	Maximum	4	4	4	5	4	4	4
	N	35	35	35	35	35	35	35
2	Mean	3.46	3.43	3.20	3.23	3.00	3.20	3.31
	Std. Deviation	1.01	.98	.80	.60	.77	.68	.63
	Median	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
	Minimum	2	2	2	2	2	2	2
	Maximum	5	5	5	5	5	5	5
	N	35	35	35	35	35	35	35
3	Mean	3.09	2.89	2.94	2.94	3.51	4.09	3.20
	Std. Deviation	.66	.72	.76	.64	.53	5.07	.68
	Median	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
	Minimum	2	2	2	2	3	2	2
	Maximum	5	5	5	5	5	33	5
	N	35	35	35	35	35	35	35
Total	Mean	3.26	3.14	3.14	3.10	3.12	3.48	3.20
	Std. Deviation	.80	.79	.71	.59	.60	2.97	.58
	Median	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
	Minimum	2	2	2	2	2	2	2
	Maximum	5	5	5	5	5	33	5
	N	105	105	105	105	105	105	105

Means

Report

KLS		PA1	PA2	PA3	PA4	PA5	PA6	PA7
1	Mean	1.71	1.46	1.91	1.77	2.09	2.23	1.86
	Std. Deviation	.71	.61	.78	.49	.85	.77	.49
	Median	2.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
	Minimum	1	1	1	1	1	1	1
	Maximum	3	3	3	3	3	4	3
	N	35	35	35	35	35	35	35
2	Mean	1.49	1.31	2.09	1.54	2.26	1.74	1.71
	Std. Deviation	.51	.47	.78	.51	1.17	.44	.46
	Median	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
	Minimum	1	1	1	1	1	1	1
	Maximum	2	2	3	2	4	2	2
	N	35	35	35	35	35	35	35
3	Mean	1.60	1.80	1.77	1.69	2.34	1.89	1.34
	Std. Deviation	.81	.80	.81	.47	.87	.68	.54
	Median	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00
	Minimum	1	1	1	1	1	1	1
	Maximum	3	3	3	2	4	4	3
	N	35	35	35	35	35	35	35
Total	Mean	1.60	1.52	1.92	1.67	2.23	1.95	1.64
	Std. Deviation	.69	.67	.79	.49	.97	.67	.54
	Median	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
	Minimum	1	1	1	1	1	1	1
	Maximum	3	3	3	3	4	4	3
	N	105	105	105	105	105	105	105

Means

Report

KLS		PB1	PB2	PB3	PB4	PB5	PB6	PB7
1	Mean	1.94	1.86	1.89	1.83	1.97	1.66	1.71
	Std. Deviation	.42	.55	.47	.57	.71	.59	.67
	Median	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
	Minimum	1	1	1	1	1	1	1
	Maximum	3	3	3	3	3	3	3
	N	35	35	35	35	35	35	35
2	Mean	1.83	1.71	1.86	1.80	1.86	1.91	1.80
	Std. Deviation	.38	.71	.55	.41	.55	.66	.53
	Median	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
	Minimum	1	1	1	1	1	1	1
	Maximum	2	3	3	2	3	3	3
	N	35	35	35	35	35	35	35
3	Mean	1.83	1.63	1.74	1.89	1.91	1.91	1.97
	Std. Deviation	.45	.60	.44	.40	.56	.56	.51
	Median	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
	Minimum	1	1	1	1	1	1	1
	Maximum	3	3	2	3	3	3	3
	N	35	35	35	35	35	35	35
Total	Mean	1.87	1.73	1.83	1.84	1.91	1.83	1.83
	Std. Deviation	.42	.62	.49	.46	.61	.61	.58
	Median	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
	Minimum	1	1	1	1	1	1	1
	Maximum	3	3	3	3	3	3	3
	N	105	105	105	105	105	105	105

Means

Report

KLS		PC1	PC2	PC3	PC4	PC5	PC6	PC7	PC8
1	Mean	1.89	2.11	1.83	2.17	2.29	2.17	1.97	2.23
	Std. Deviation	.32	.72	.57	.57	.79	.75	.66	.65
	Median	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
	Minimum	1	1	1	1	1	1	1	1
	Maximum	2	3	3	3	4	3	3	3
	N	35	35	35	35	35	35	35	35
2	Mean	1.97	2.31	2.23	2.34	2.20	2.03	1.94	2.00
	Std. Deviation	.66	.63	.43	.59	.53	.38	.48	.24
	Median	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
	Minimum	1	1	2	1	1	1	1	1
	Maximum	3	3	3	3	3	3	3	3
	N	35	35	35	35	35	35	35	35
3	Mean	2.46	2.40	2.37	2.74	2.49	2.20	2.60	1.97
	Std. Deviation	.66	.69	.60	.70	.61	.53	.77	.38
	Median	2.00	3.00	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	2.00
	Minimum	1	1	2	1	2	1	1	1
	Maximum	4	3	4	4	4	4	4	3
	N	35	35	35	35	35	35	35	35
Total	Mean	2.10	2.28	2.14	2.42	2.32	2.13	2.17	2.07
	Std. Deviation	.62	.69	.58	.66	.66	.57	.71	.47
	Median	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
	Minimum	1	1	1	1	1	1	1	1
	Maximum	4	3	4	4	4	4	4	3
	N	105	105	105	105	105	105	105	105

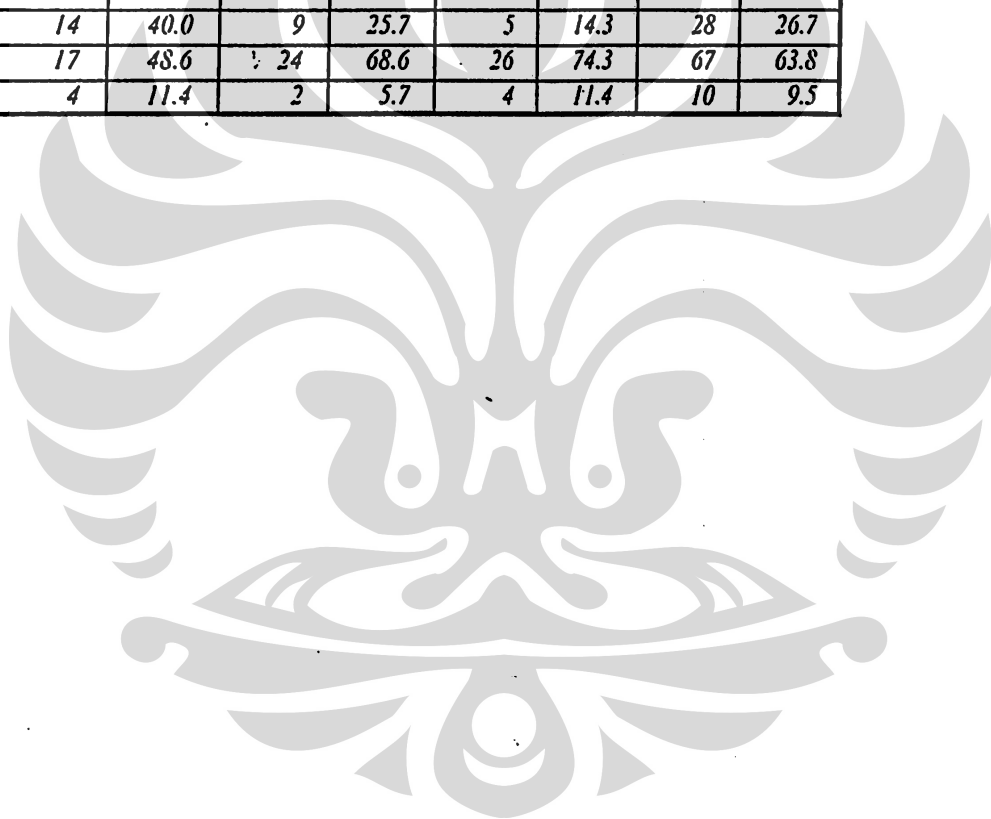
Tables

		KLS						Total	
		1		2		3		n	%
		n	%	n	%	n	%		
PA1	1	15	42.9	18	51.4	21	60.0	54	51.4
	2	15	42.9	17	48.6	7	20.0	39	37.1
	3	5	14.3	0	.0	7	20.0	12	11.4
PA2	1	21	60.0	24	68.6	15	42.9	60	57.1
	2	12	34.3	11	31.4	12	34.3	35	33.3
	3	2	5.7	0	.0	8	22.9	10	9.5
PA3	1	12	34.3	9	25.7	16	45.7	37	35.2
	2	14	40.0	14	40.0	11	31.4	39	37.1
	3	9	25.7	12	34.3	8	22.9	29	27.6
PA4	1	9	25.7	16	45.7	11	31.4	36	34.3
	2	25	71.4	19	54.3	24	68.6	68	64.8
	3	1	2.9	0	.0	0	.0	1	1.0
PA5	1	11	31.4	13	37.1	7	20.0	31	29.5
	2	10	28.6	7	20.0	11	31.4	28	26.7
	3	14	40.0	8	22.9	15	42.9	37	35.2
	4	0	.0	7	20.0	2	5.7	9	8.6
PA6	1	3	8.6	9	25.7	9	25.7	21	20.0
	2	25	71.4	26	74.3	23	62.9	73	69.5
	3	3	8.6	0	.0	3	8.6	6	5.7
	4	4	11.4	0	.0	1	2.9	5	4.8
PA7	1	7	20.0	10	28.6	24	68.6	41	39.0
	2	26	74.3	25	71.4	10	28.6	61	58.1
	3	2	5.7	0	.0	1	2.9	3	2.9

ables

		KLS						Total	
		1		2		3		n	%
		n	%	n	%	n	%		
PB1	1	4	11.4	6	17.1	7	20.0	17	16.2
	2	29	82.9	29	82.9	27	77.1	85	81.0
	3	2	5.7	0	.0	1	2.9	3	2.9
PB2	1	8	22.9	15	42.9	15	42.9	38	36.2
	2	24	68.6	15	42.9	18	51.4	57	54.3
	3	3	8.6	5	14.3	2	5.7	10	9.5
PB3	1	6	17.1	8	22.9	9	25.7	23	21.9
	2	27	77.1	24	68.6	26	74.3	77	73.3
	3	2	5.7	3	8.6	0	.0	5	4.8
PB4	1	9	25.7	7	20.0	5	14.3	21	20.0
	2	23	65.7	28	80.0	29	82.9	80	76.2
	3	3	8.6	0	.0	1	2.9	4	3.8
PB5	1	9	25.7	8	22.9	7	20.0	24	22.9
	2	18	51.4	24	68.6	24	68.6	66	62.9
	3	8	22.9	3	8.6	4	11.4	15	14.3
PB6	1	14	40.0	9	25.7	7	20.0	30	28.6
	2	19	54.3	20	57.1	24	68.6	63	60.0
	3	2	5.7	6	17.1	4	11.4	12	11.4
PB7	1	14	40.0	9	25.7	5	14.3	28	26.7
	2	17	48.6	24	68.6	26	74.3	67	63.8
	3	4	11.4	2	5.7	4	11.4	10	9.5

Tables



		KLS						Total	
		1		2		3		n	%
		n	%	n	%	n	%		
PC1	1	4	11.4	8	22.9	1	2.9	13	12.4
	2	31	88.6	20	57.1	19	54.3	70	66.7
	3	0	.0	7	20.0	13	37.1	20	19.0
	4	0	.0	0	.0	2	5.7	2	1.9
PC2	1	7	20.0	3	8.6	4	11.4	14	13.3
	2	17	48.6	18	51.4	13	37.1	48	45.7
	3	11	31.4	14	40.0	18	51.4	43	41.0
PC3	1	9	25.7	0	.0	0	.0	9	8.6
	2	23	65.7	27	77.1	24	68.6	74	70.5
	3	3	8.6	8	22.9	9	25.7	20	19.0
	4	0	.0	0	.0	2	5.7	2	1.9
PC4	1	3	8.6	2	5.7	1	2.9	6	5.7
	2	23	65.7	19	54.3	11	31.4	53	50.5
	3	9	25.7	14	40.0	19	54.3	42	40.0
	4	0	.0	0	.0	4	11.4	4	3.8
PC5	1	5	14.3	2	5.7	0	.0	7	6.7
	2	17	48.6	24	68.6	20	57.1	61	58.1
	3	11	31.4	9	25.7	13	37.1	33	31.4
	4	2	5.7	0	.0	2	5.7	4	3.8
PC6	1	7	20.0	2	5.7	1	2.9	10	9.5
	2	15	42.9	30	85.7	27	77.1	72	68.6
	3	13	37.1	3	8.6	6	17.1	22	21.0
	4	0	.0	0	.0	1	2.9	1	1.0
PC7	1	8	22.9	5	14.3	1	2.9	14	13.3
	2	20	57.1	27	77.1	17	48.6	64	61.0
	3	7	20.0	3	8.6	12	34.3	22	21.0
	4	0	.0	0	.0	5	14.3	5	4.8
PC8	1	4	11.4	1	2.9	3	8.6	8	7.6
	2	19	54.3	33	94.3	30	85.7	82	78.1
	3	12	34.3	1	2.9	2	5.7	15	14.3

ables

		KLS						Total	
		1		2		3		n	%
		n	%	n	%	n	%		
S1	1	35	100.0	35	100.0	35	100.0	105	100.0
S2	1	30	85.7	33	94.3	30	85.7	93	88.6
	2	5	14.3	2	5.7	5	14.3	12	11.4

Tabel 1 Fasilitas Tempat Tidur Per-Kelas RSUPN-CM Tahun 2000

No	Kelas perawatan	Tempat Tidur	No	Kelas Perawatan	Tempat Tidur
1	IRNA A Lt I	34	21	PK.Laki-laki	25
2	IRNA A Lt II	68	22	ICCU	10
3	IRNA A Lt III	68	23	PK.Wanita	25
4	IRNA A Lt IV	65	24	IGD Lantai I	24
5	IRNA A Lt V	68	25	PK Anak	10
6	IRNA A Lt VI	40	26	IGD Lt III	19
7	IRNA A Lt VII	29	27	Jantung	7
8	IRNA B Lt I	48	28	IW Anak	12
9	IRNA B Lt II	60	29	Infeksi/B Atas Anak	40
10	IRNA B Lt III	63	30	BCH (Bedah Anak)	50
11	IRNA B Lt IV	44	31	Non Infeksi/B Atas A	50
12	IRNA B Lt V	52	32	PTK.Anak	24
13	IRNA B Lt VI	39	33	Pav.Stroke Supardjo	12
14	IRNA B Lt VII	20	34	Pav. Cendrawasih	45
15	Prinatologi	40	35	ODC (One Day Care)	12
16	Radioterapi	8	36	Pav.Melati	20
17	U.L.B	10	37	Raden Saleh	36
18	E-RIA	50	38	Pav.Mawar	24
19	ICU Dewasa	10	39	ICU Anak	18
20	Bedah Syaraf	31	40	Total	1300

Tabel 2 Fasilitas Pelayanan Penunjang Medis di RSUPN-CM

FASILITAS ALAT FISIOTERAPI

1	UKG	6	U V
2	Faradisasi	7	Tens
3	Cervical	8	Massage
4	Lumbal	9	Exercise
5	IRR	10	Lain-lain

PEMERIKSAAN BERKALA/UJI KESEHATAN (MEDICAL CHECK-UP)

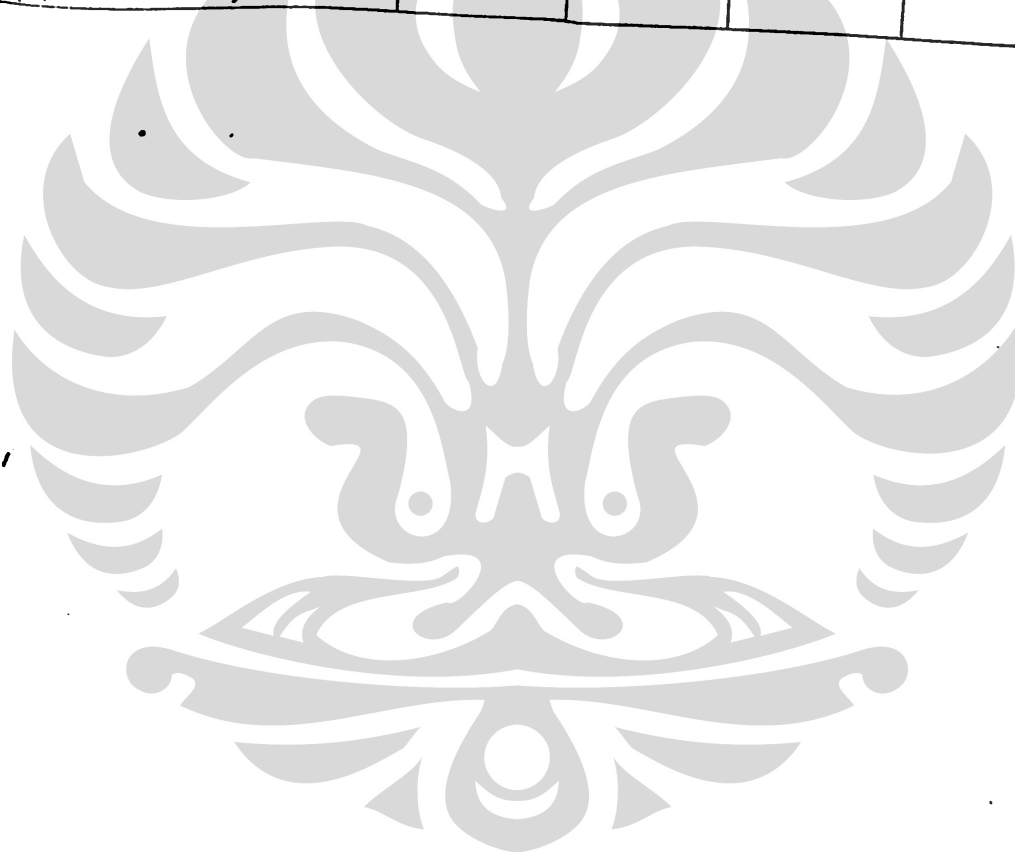
11. Pemeriksaan Berkala PNS
12. Lain-lain

UPF REHABILITASI MEDIK

- | | |
|----------------------------|-----------------------------|
| 13. Aktinoterapi | 25. Alat Bantu korset |
| 14. Terapi Elektro | 26. Alat Bantu lain-lain |
| 15. Terapi latihan gerak | 27. Protese lengan |
| 16. Speech-therapy | 28. Protese Tungkai |
| 17. Okupasi-terapi | 29. Protese Lain |
| 18. Bimbingan Sosial Medik | 30. Pemeriksaan Sederhana |
| 19. Bimbingan Psikologi | 31. Pemeriksaan Sedang |
| 20. Lain-lain | 32. Pemeriksaan Rawat Jalan |
| 21. Alat Bantu brace | 33. Pemeriksaan GaDar |
| 22. /Alat Bantu kursi roda | 34. Pemeriksaan Cito |
| 23. Alat Bantu tongkat | 35. Pemeriksaan Rujukan |
| 24. Alat Bantu splint | 36. Pemeriksaan Canggih |

Tabel 3 Pelayanan RSUPN-CM

NO	Uraian Kegiatan	95/96	96/97	97/98	98/99
1	Kunjungan Rawat Jalan				
	a. Bukan Emergency	681.058	644.357	686.707	589.769
	b. Emergency	45.883	42.744	44.329	43.277
2	Kapasitas Tempat Tidur	1.153	1.284	1.284	1.284
3	Bed Ocupancy Rate (BOR)	66,81	60,03	59,74	55,63
4	Jumlah Pasien Dirawat	26.142	28.930	45.010	40.128
5	Jumlah Pasien Masuk	25.378	38.171	40.265	39.342
6	Jumlah Hari Perawatan (ICU & ICCU)	281.165	283.570	270.917	260.110



Tabel 4 Jenis Pelayanan Penunjang Medis RSUPN-CM

LABORATORIUM

A. Patologi Klinik

Kimia I	Laboratorium IGD
Gula Darah	Urine
Hematologi II	Sitologi
Bakteriologi	Kimia II
Transudat/Eksudat	Hematologi I
Tinja	Serologi
Liquor	Lain-lain

B. Patologi Anatomi

RADIOLOGI

1. Tindakan PH/CT-Scan
2. U.S.G.
3. Kedokteran Nuklir
4. Lain-lain

A. CT-Scan (kepala, thoraks, abdomen, dll)

5. Tanpa Kontras
6. Dengan Kontras

RADIODIAGNOSTIK

7. Diagnosis Non-Invasif Tanpa Kontras

- | | |
|------------------------|---|
| - kepala/sinus mastoid | - thoraks, abdomen, panggul |
| - pelvimetri | - ekstremitas atas & atau bawah |
| - mamografi | - cal. vert. cervical, thoracal, lumbal |
| - tomografi, C-Arm | - bone age (A), bone survey (B) |

8. Diagnosis Non-Invasif Dengan Kontras

- | | | |
|------------------------|---------------|---------------------|
| - oesophagus | - retrograde | - lambung |
| - usus kecil | - H.S.G. | - usus besar |
| - cholecystograp. oral | - cystography | - analisa jantung |
| - cholecystog. T-tube | - I.V.P. | - uretrocystography |

9. Diagnosis Invasif

- | | | |
|--------------|----------------|---------------------|
| - autography | - splenography | - arteri brachialis |
| - embolisasi | - D.S.A | - arteri femoralis |

- myelography
- E.R.C.P
- T.A.E
- candography
- lymphography

- phlebography
- P.T.C
- arteri cerebralis
- arteri hepatica
- cavernosography

- arteri renalis
- arteri selektif
- arteri lumbalis
- arteri carotis
- arteri pelvis

10. B. Ultrasonography

- thyroid
- obstetric & ginekologi
- ginjal

- mammae
- transrectal
- lain-lain

- abdomen
- hati & k. empedu

11. C. Kedokteran Nuklir

- R HISA
- E R B F
- D M S A
- Blood
- whole body scan
- thyroid uptake

- scan paru
- therapy
- scantigram
- captoli
- hepato bilier - scan
- scan ginjal

- renogram
- G F R
- D T P A
- HIDA
- T3 T4
- uptake

- scan tulang
- scan empedu
- brainspect
- scan hati
- lain-lain

12. RADIOTERAPI

13. INSTALASI GIZI

14. INSTALASI LAUNDRY & CSSD

15. INSTALASI PEMELIHARAAN SARANA (IPS RS)

16. KAMAR JENAZAH

- perawatan jenazah
- konservasi jenazah
- autopsy forensik

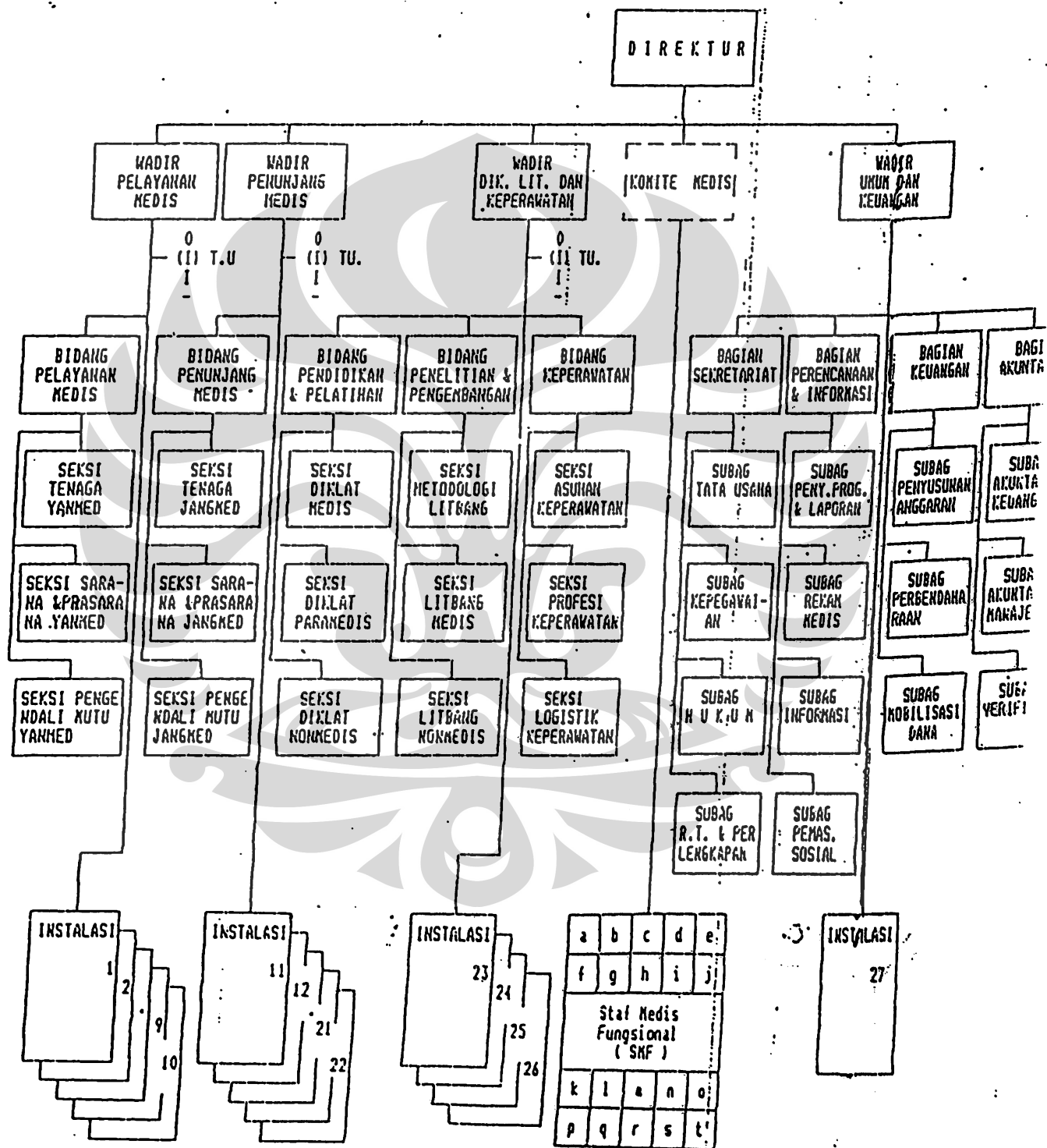
- penguburan jenazah
- penyimpanan jenazah
- lain-lain



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

BAGAN ORGANISASI RUMAH SAKIT UKUM PUSAT Dr. CIPTO MANSURUSUNG

LAMPIRAN KEPUTUSAN MENTERI KES
NOMOR : 253/MENTES/SK/VI/19
TANGGAL : 13 JUNI 1994



INSTALASI 1 S/D 10

1. Ins. Rawat Jalan.
2. Ins. Rawat Inap A.
3. Ins. Rawat Inap B.
4. Ins. Rawat Inap C.
5. Ins. Rawat Darurat.
6. Ins. Rawat Intensif.
7. Ins. Bedah Pusat.
8. Ins. Radioterapi.
9. Ins. Kesehatan Anat.

INSTALASI 11 S/D 22.

11. Ins. Radiodiagnostik.
12. Ins. Rehabilitasi Medis.
13. Ins. Faraasi.
14. Ins. Gigi.
15. Ins. Patologi Klinik.
16. Ins. Mikrobiologi, Parasitologi, Biologi Klinik.
17. Ins. Patologi Anatomi.
18. Ins. Transfusi Darah.

INSTALASI 23 S/D 26. KELOMPOK SMF :

23. Ins. Diklat.
24. Ins. Litbang.
25. Ins. Perpustakaan.
26. Ins. PKM KS.

INSTALASI 27

27. Ins. Asrama.

- a. SMF Bedah & SSP.
- b. SMF Bedah Syaraf & SSP.
- c. SMF Ilmu Kes. Anak & SSP.
- d. SMF Kebid. & Penyakit Kandungan & SSP.
- e. SMF Peny. Dalam & SSP.
- f. SMF Jantung & SSP.
- g. SMF Kes. Jawa & SSP.
- h. SMF Kulit & SSP.

- i. SMF Mata & SSP.
- j. SMF Rehab. Medis & SSP.
- k. SMF Anestesi & SSP.
- l. SMF Gigi & Mulut & SSP.
- m. SMF Radiodiag. & SSP.
- n. SMF Pat. Klinik & SSP.
- o. SMF Pat. Anacomi & SSP.
- p. SMF Radioterapi & SSP.
- q. SMF Transfusi Darah & SSP.
- r. SMF Akuntansi & SSP.
- s. SMF Verifikasi & SSP.