

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kepuasan Pelanggan (*Customer Satisfaction*)

Tujuan akhir dari pemasaran adalah kepuasan pelanggan. Beberapa pengertian mengenai kepuasan pelanggan telah dikemukakan oleh para ahli, satu dengan lainnya saling melengkapi. Pendapat tersebut hanya berbeda pada cara pandang terhadap suatu tingkat kepuasan pelanggan.

Menurut kamus besar bahasa Indonesia (1999), kepuasan ialah perasaan senang, gembira, lega karena sudah terpenuhi hasrat hatinya.

Menurut Wijono (1999), tingkat kepuasan ialah suatu fungsi dari perbedaan antara penampilan yang dirasakan dan harapan. Ada 3 tingkat kepuasan, yaitu: bila penampilan kurang dari harapan, pelanggan tidak dipuaskan. Bila penampilan sebanding dengan harapan, pelanggan puas. Bila penampilan melebihi harapan, pelanggan amat puas atau senang.

Eric Arnould, Linda Price dan George Zinkhan (2002) dalam bukunya *Customers* memberikan definisi tentang kepuasan (*satisfaction*) yaitu : “*Suatu pendapat mengenai derajat kesenangan terhadap pemenuhan sehubungan dengan konsumsi, termasuk derajat pemenuhan yang kurang atau berlebih.*” (*Satisfaction is a judgement of a pleasurable level of consumption – related fulfillment, including level of underfulfillment or overfulfillment*).

Kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakan dengan harapannya (Oliver dalam Supranto, 1997). Jadi tingkat kepuasan merupakan fungsi dari perbedaan antara kinerja yang dirasakan dengan harapan.

Menurut Day mengatakan bahwa kepuasan atau ketidakpuasan pelanggan adalah respon pelanggan terhadap evaluasi ketidaksesuaian / konfirmasi yang dirasakan antara harapan sebelumnya dan kinerja aktual produk yang dirasakan setelah pemakaiannya. (Tjiptono, 2000)

Menurut Budiharso (1997), kepuasan sebagai suatu keadaan terpenuhinya sebagian atau seluruh harapan yang diinginkan dari suatu pelayanan yang didapat.

Dalam dunia kesehatan, seperti juga industri barang/jasa lainnya, penilaian kualitas dirasakan sangat ditekankan berdasarkan umpan balik dari konsumen (Graham, 1987), Garvin (1988).

Rowland (1992) mengatakan bahwa kepuasan pasien merupakan aspek yang paling menonjol dalam tingkat operasional pelayanan rumah sakit. Dari sudut pandang penerimaan pelayanan oleh konsumen, maka di lini terdepan kepuasan pasien adalah salah satu faktor penting yang berdampak besar terhadap keberhasilan suatu rumah sakit dalam meningkatkan jumlah kunjungan pasien. Aktivitas pemberian pelayanan di lini terdepan akan menghasilkan konsumen – konsumen yang cenderung akan kembali lagi ke rumah sakit tersebut, hal ini sangat dipengaruhi oleh pemahaman dan kemahiran karyawan/petugas dalam berbagai aspek kepuasan.

Lumenta (1989) menyatakan bahwa kepuasan pasien pada dasarnya sukar didefinisikan, karena pelayanan kesehatan terdiri atas suatu kesatuan interaksi yang sangat kompleks, mengandung banyak unsur dan berkaitan dengan banyak organisasi institusi serta faktor sosial yang mempengaruhinya.

Penyediaan layanan kesehatan yang bermutu dan derajat kepuasan pasien merupakan kunci dari strategi pemasaran dan layanan kesehatan. (Taylor, 1994)

Gilson, dkk (1994) menyatakan bahwa kepuasan merupakan elemen penting dalam kualitas pelayanan kesehatan masyarakat. Identifikasi harapan dan penilaian masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang ada yaitu:

- a. Kemanjuran obat, biaya terjangkau, tidak memerlukan waktu lama untuk perawatan.
- b. Memperoleh obat merupakan faktor yang paling penting yang mendasari pola penggunaan pelayanan kesehatan.
- c. Pandangan menyeluruh tentang penampilan yaitu sikap petugas yang baik, kecakapan petugas, hubungan petugas, hubungan petugas dengan pasien.
- d. Persepsi masyarakat terhadap kualitas struktur meliputi jarak yang dapat dicapai, kondisi gedung, ruang tunggu, privasi dan kelengkapan peralatan medis. Persepsi masyarakat terhadap kualitas proses meliputi

keterampilan petugas, kecakapan staf, biaya perawatan dan penjelasan pengobatan.

Ley (Cit Smet, 1940) mengatakan bahwa salah satu faktor yang terpenting dalam kepuasan terhadap pelayanan kesehatan adalah komunikasi antara tenaga kesehatan dan pasien. Kepuasan pada aspek komunikasi sangat mempengaruhi kepuasan aspek yang lain dari interaksi antara tenaga kesehatan dengan pasien.

Korsch, Gozzi dan Francis (1998) mengatakan bahwa kepuasan pasien berhubungan dengan keramahan dokter dan pemenuhan harapan pasien tentang pengobatan dan penjelasan penyakitnya. (Afiansyah, 1999)

Hulka, dkk (1980) melihat adanya hubungan kepuasan dari sudut kesinambungan pelayanan dengan adanya dokter tertentu dan jarak waktu menemuinya. (Afiansyah, 1999)

Hasil penelitian Carey dan Posavar (1982) tentang kepuasan pasien terhadap perawat rumah sakit pendidikan Mid West mengembangkan 4 kategori kepuasan yaitu dukungan dan kebaikan perawat, persepsi terhadap kemampuan perawat, respon yang cepat terhadap keluhan pasien dan jawaban yang jelas bila pasien mengajukan pertanyaan. (Afiansyah, 1999)

Penelitian Hays (1987) menyatakan bahwa 54% kepuasan pasien dipengaruhi faktor administrasi rumah sakit seperti ketersediaan dokter spesialis, teknologi pelayanan yang canggih, hubungan pasien dengan pasien dalam hal perilaku, kompetensi dan kemampuan dokter, kompetensi administrasi dan pembiayaan yang efisien. (Afiansyah, 1999)

Elliot, Dunage dan Johnson (1991) menyatakan ada hubungan kepuasan pasien secara berurutan sebagai berikut: dokter, layanan yang diberikan, lokasi klinik dan perjanjian serta bangunan klinik dan waktu menunggu.

Anhari E. dan Anhari A. (1992), kepuasan pasien berhubungan dengan personil, sarana, sistem rujukan dan prosedur administrasi. (Afiansyah, 1999)

Sompie, dkk (1993) menemukan pada penelitiannya di Puskesmas Kecamatan DKI Jakarta adanya hubungan antara kepuasan pengunjung Puskesmas dengan pelayanan pendaftaran / kartu di loket, waktu menunggu dan pemeriksaan dokter atau petugas yang lain, waktu menunggu dan pemeriksaan

laboratorium suntik obat, keadaan kebersihan dan udara ruang tunggu serta lingkungan dan fasilitas umum yang dipakai.

Menurut hasil survei majalah *Higina* bekerjasama dengan IDI kepada pembacanya di seluruh Indonesia (1994) yang meliputi 33.179 orang, sebagian besar responden mengatakan pelayanan dokter bermutu bila obat yang diberikan manjur (33,5%), menerima pasien dengan ramah (32,4%), dokter mau menjelaskan lebih rinci penyakit pasien (29,7%), alat canggih (14,2%), ruang nyaman (11,5%) dan dokter pintar (8,7%).

Berdasarkan teori Anderson (1975), untuk karakteristik pasien ada 3 kategori utama yang mempengaruhi pelayanan kesehatan yaitu karakteristik predisposisi, karakteristik pendukung dan karakteristik kebutuhan. Karakteristik pasien tersebut adalah umur, jenis kelamin, pendidikan, golongan dan jabatan.

Selanjutnya untuk mengevaluasi kepuasan pasien pada karakteristik pelayanan berdasarkan Zeithmal, Berry dan Pasuraman (1985), kelompok karakteristik yang digunakan untuk mengevaluasi kepuasan pasien adalah pemeriksa, gedung dan alat, ketersediaan obat dan jarak.

Melissa (1996) mengatakan bahwa umur pasien berhubungan dengan kepuasan, dimana pasien yang berumur lebih tua cenderung lebih puas dibandingkan dengan pasien yang berumur lebih muda.

Pasien berusia muda (kurang dari 35 tahun) lebih banyak yang tidak puas dibandingkan dengan mereka yang berusia tua (Lumenta. 1989). Menurut Aday (1980) yang dikutip Sumaryati Setyaningrum (1999), pasien pria lebih banyak yang menyatakan tidak puas dibandingkan pasien wanita.

Pasien yang berpendidikan lebih tinggi lebih banyak yang menyatakan tidak puas dibandingkan pasien yang berpendidikan rendah (Aday, 1980). Dia juga menyatakan bahwa pasien dengan penghasilan menengah lebih banyak mengeluh tidak puas dibandingkan dengan yang berpenghasilan rendah dan berpenghasilan tinggi.

Menurut Pohan yang dikutip Eny Setyowati (2001) menyatakan bahwa kebersihan tempat pelayanan kesehatan merupakan salah satu yang mempengaruhi kepuasan pasien. Hasil penelitian Rosoenah Sa'adah Moenir (2000) diperoleh kesimpulan bahwa tidak ada perbedaan kepuasan pasien ditinjau

dari perbedaan kelompok usia, tingkat pendidikan, cara pembayaran serta kelas perawatan.

Djunardi Harun (2001) mengatakan bahwa faktor yang paling dominan berhubungan dengan kepuasan pasien adalah peubah cara pembayaran. Tingkat kepuasan peserta Askes lebih tinggi daripada yang bukan Askes (Rosma, 1996).

Pada hakikatnya tujuan bisnis adalah untuk menciptakan dan mempertahankan para pelanggan, dalam manajemen mutu kualitas ditentukan oleh pelanggan, oleh karena itu hanya dengan memahami proses dan pelanggan, maka organisasi dapat menyadari dan menghargai makna kualitas.

Suatu organisasi yang bergerak di dalam bidang jasa mempunyai hubungan yang sangat erat antara konsumen dan pemberi jasa. Hal ini disebabkan karena adanya kenyataan bahwa pada banyak pelayanan jasa, proses produksi dan dikonsumsi terjadi pada waktu yang bersamaan dan konsumen sangat erat terkait di dalam proses produksi. Misalnya pada jasa pelayanan kesehatan yang biasanya dikonsumsi oleh pasien pada waktu yang bersamaan pada saat jasa tersebut diproduksi oleh dokter, perawat atau petugas lain. Oleh karena pasien mengalami secara fisik pada proses produksi maka persepsi mereka terhadap kualitas pelayanan terpengaruh oleh beberapa faktor antara lain keadaan lingkungan, penampilan petugas, peralatan yang dipakai dalam proses dan lain – lain.

Menurut Churchill dan Suprenat (1982), kepuasan konsumen dapat diartikan sebagai suatu sikap konsumen, yakni setelah merasakan pelayanan, berapa derajat kesukaan dan ketidaksukaan terhadap pelayanan yang telah diterima. Kepuasan konsumen penting bagi pemasaran umumnya dan dianggap sebagai faktor penentu yang berarti bagi peningkatan penggunaan jasa berulang.

Kepuasan pelanggan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan dengan harapannya. (Kotler, 1985)

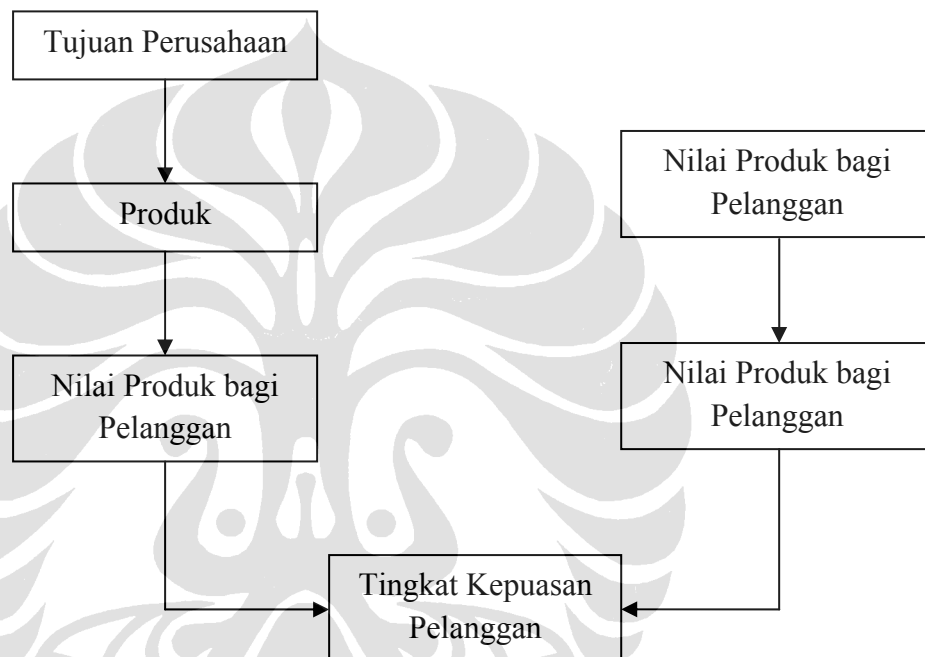
Kepuasan pasien adalah perbedaan antara harapan pasien terhadap pelayanan kesehatan dengan kinerja yang dirasakan. (Gregory Pascoe, 1983)

Kepuasan pasien adalah perbedaan antara harapan pasien dengan kenyataan yang diterima. (Krowinski dan Steiber, 1996)

Semakin dekat harapan jasa yang diharapkan dengan jasa minimum yang diterima, semakin besar pula kemungkinan tercapainya kepuasan, sedangkan

pelanggan yang puas bisa memperoleh jasa ideal, jasa yang diharapkan, jasa minimum dan jasa yang layak diperoleh pelanggan. (Cottram, 1993, dikutip dari Kasim, 2002)

Pengertian tentang harapan jasa minimum, jasa yang ideal dan jasa yang layak diperoleh tersebut dapat diterapkan dalam penilaian kepuasan atau ketidakpuasan terhadap suatu perusahaan tertentu, karena keduanya berkaitan erat dengan konsep kepuasan pelanggan (Engel, 1990 dan Prawira, 1993; dikutip dari Rangkuti, 2002)



Gambar 2.1. Konsep Kepuasan Pelanggan (Rangkuti, 2002)

Pelanggan eksternal atau pengguna rumah sakit terbesar adalah pasien, maka seluruh komponen rumah sakit yang ada harus mengutamakan pelayanan kepada pasien. Kepuasan pasien adalah suatu keadaan terpenuhinya sebagian atau keseluruhan harapan yang diinginkan dari suatu pelayanan yang didapatkan. (Boediarso, 2002)

Pentingnya kepuasan pasien dapat dilihat dari usaha perkembangan pelayanan dan pemeliharaan kesehatan yang saat ini cepat berubah sesuai dengan perkembangan jaman. (Rowland, 1992)

Kepuasan pasien adalah juga mencerminkan jenis pelayanan yang dirasakan pasien selama dirawat atau adanya hubungan antara pelayanan yang mereka terima baik teknis dan psikologis, dimana peningkatan hubungan antara pelayanan yang dikehendaki dan benar – benar diterima oleh pasien akan meningkatkan kepuasan pasien. (Kasim, 2002)

Dari beberapa definisi tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa pada dasarnya pengertian kepuasan pelanggan mencakup perbandingan antara pengalaman / kenyataan / kinerja (*perceived*) dan harapan (*expected*) terhadap pelayanan.

2.2 Manfaat Kepuasan Pasien

Menurut Tjiptono dan Anastasia (1998), adanya kepuasan pelanggan / pasien dapat memberikan beberapa manfaat, yaitu:

1. Hubungan antara pembeli pelayanan dan pelanggan menjadi harmonis
2. Memberikan dasar yang baik bagi kunjungan ulang pasien
3. Dapat mendorong terciptanya loyalitas pelanggan atau pasien
4. Membentuk suatu rekomendasi dari mulut ke mulut yang menguntungkan pemberi pelayanan
5. Reputasi pemberi pelayanan menjadi baik di mata pelanggan atau pasien
6. Dapat meningkatkan jumlah pendapatan

2.3 Pengukuran Kepuasan Pasien

Menurut Kotler (1995), ada beberapa macam metode dalam pengukuran kepuasan pelanggan, yaitu sebagai berikut:

1. Sistem Keluhan dan Saran

Organisasi yang berpusat pada pelanggan memberikan kesempatan yang luas kepada pelanggannya untuk dapat menyampaikan keluhan dan saran. Misalnya dengan menyediakan kotak saran, kartu komentar, *customer hot lines*, dan lain – lain. Informasi – informasi ini dapat memberikan ide – ide cemerlang bagi perusahaan dan memungkinkannya bereaksi secara cepat tanggap mengatasi masalah yang timbul.

2. *Ghost Shopping*

Salah satu cara untuk memperoleh gambaran mengenai kepuasan pelanggan adalah dengan mempekerjakan beberapa orang untuk berperan atau bersikap sebagai pembeli potensial, kemudian melaporkan temuan – temuannya mengenai kekuatan dan kelemahan produk perusahaan dan pesaing berdasarkan pengalaman mereka dalam pembelian produk – produk tersebut. Selain itu, para *ghost shopper* juga dapat mengamati cara penanganan setiap keluhan.

3. Analisis Pelanggan yang Beralih (*Lost Customer Analysis*)

Perusahaan menghubungi para pelanggan yang telah berhenti membeli atau yang telah pindah pemasok agar dapat memahami mengapa hal itu terjadi. Bukan hanya *exit interview* saja yang perlu, tetapi pemantauan *customer loss rate* juga penting. Peningkatan *customer loss rate* menunjukkan kegagalan perusahaan dalam memuaskan pelanggannya.

4. Survei Kepuasan Pelanggan

Umumnya penelitian kepuasan pelanggan dilakukan dengan cara penelitian survei, baik melalui pos, telepon, maupun wawancara langsung. Melalui survei, perusahaan akan memperoleh tanggapan dan umpan balik secara langsung dari pelanggan dan juga memberikan tanda positif bahwa perusahaan menaruh perhatian terhadap pelanggannya.

Organisasi yang responsif akan melakukan survei kepuasan pelanggan secara berkala. Cara pengukuran survei antara lain: pengukuran secara langsung dimana pelanggan diberi pertanyaan dan dibuat skala untuk pertanyaannya; *Derived Satisfaction* dimana pelanggan diberi pertanyaan mengenai seberapa besar mereka mengharapkan suatu pelayanan tertentu dan seberapa besar yang mereka rasakan; *Problem Analysis* dengan meminta pelanggan menuliskan masalah yang mereka hadapi dan perbaikan yang mereka sarankan; *Importance – Performance Rating* dengan meminta pelanggan membuat peringkat dari berbagai elemen pelayanan didasari oleh kepentingan elemen di mata pelanggan serta seberapa jauh rumah sakit memenuhi elemen tersebut.

2.4 Importance – Performance Analysis

Salah satu metoda analisis data menggunakan *Importance – Performance Analysis* dari Martila dan James, 1997 (dalam Supranto, 1997) atau analisa tingkat kesesuaian antara harapan / kepentingan pelanggan dan kinerja / kenyataan yang diterima pelanggan. Prof. J. Supranto, M.A. menyampaikan dalam bukunya Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan Untuk Menaikkan Pangsa Pasar bahwa jasa akan menjadi sesuatu yang bermanfaat apabila didasarkan pada kepentingan pelanggan dan kinerjanya bagi perusahaan. Artinya perusahaan seharusnya mencurahkan perhatiannya pada hal – hal yang memang dianggap penting oleh para pelanggan.

Berdasarkan hasil penilaian tingkat kepentingan dan hasil penilaian kinerja / penampilan maka akan dihasilkan suatu perhitungan mengenai tingkat kesesuaian antara tingkat kepentingan dan tingkat pelaksanaannya.

Tingkat kesesuaian adalah hasil perbandingan skor kinerja dengan skor harapan yang akan menentukan urutan prioritas peningkatan faktor – faktor yang mempengaruhi kepuasan pelanggan. Berdasarkan hasil penelitian tingkat harapan dan persepsi terhadap layanan yang diterima pelanggan, dihasilkan suatu perhitungan tingkat kesesuaian antara harapan dan persepsi pelanggan dengan menggunakan rumus:

$$Tki = \frac{Xi}{Yi} \times 100\%$$

Dimana :

Tk_i = Tingkat kesesuaian responden

X_i = Skor Persepsi (kenyataan pelayanan yang diterima); penilaian kinerja

Y_i = Skor terhadap layanan yang diinginkan; penilaian kepentingan pelanggan

Selanjutnya sumbu mendatar (X) yang terdapat dalam diagram kartesius akan diisi oleh rata – rata skor tingkat pelaksanaan / kinerja, sedangkan sunbu vertikal (Y) akan diisi oleh rata – rata tingkat kepentingan / harapa. Untuk menghitung skor rata – rata persepsi dan harapan menggunakan rumus:

$$\bar{X}_i = \frac{\sum X_i}{n} ; \bar{Y}_i = \frac{\sum Y_i}{n}$$

Dimana : \bar{X}_i = Skor rata – rata pengalaman pelanggan terhadap layanan ke-i

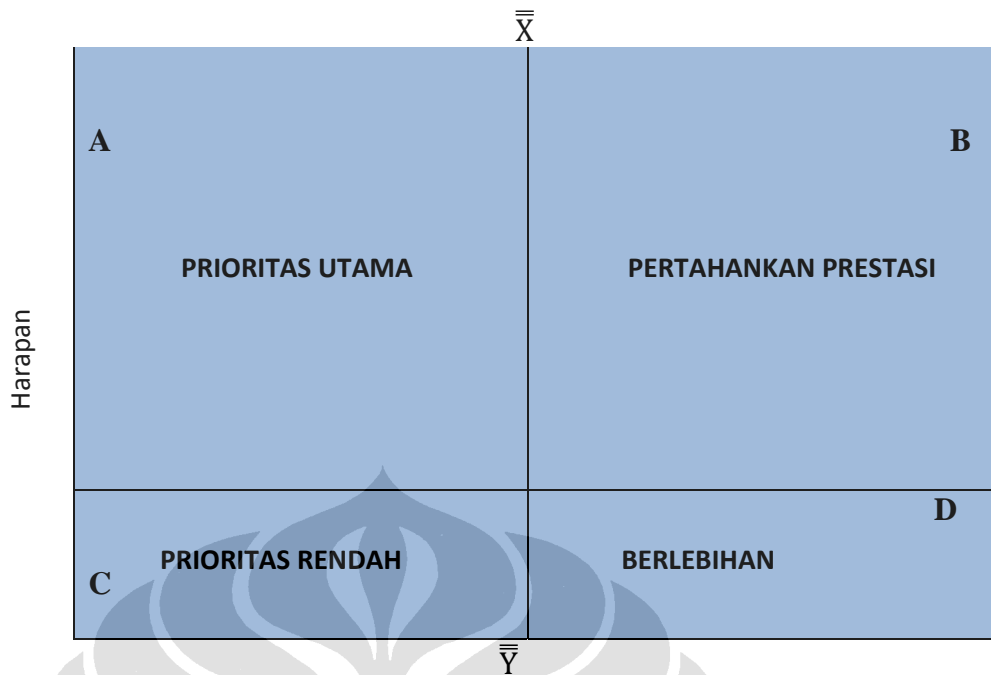
\bar{Y}_i = Skor rata – rata nilai tingkat harapan ke-i

$\sum X_i$ = Jumlah skor pengalaman pelanggan terhadap layanan ke-i

$\sum Y_i$ = Jumlah skor harapan ke-i

n = Jumlah Responden

Untuk menghitung tingkat kepuasan pelanggan dengan membandingkan \bar{X} (Skor rata – rata kenyataan / persepsi) dengan \bar{Y} (Skor rata – rata harapan). Jika $\bar{X} \geq \bar{Y}$ berarti pelanggan puas, bila $\bar{X} < \bar{Y}$ berarti pelanggan tidak puas. Selanjutnya data dari harapan dan dari persepsi atau kenyataan yang diterima pelanggan, digambarkan, dengan menggunakan diagram Kartesius yang dibagi ke dalam 4 (empat) kuadran, dibatasi oleh dua buah garis yang berpotongan pada titik \bar{X} dan \bar{Y} dimana \bar{X} merupakan rata – rata skor persepsi / kenyataan yang mempengaruhi kepuasan pelanggan, sedangkan \bar{Y} adalah rata – rata skor harapan pelanggan terhadap pelayanan yang diterimanya. Selanjutnya tingkat unsur – unsur tersebut akan dijabarkan dan dibagi ke dalam diagram kartesius:



Gambar 2.2. Diagram Kartesius

2.5 Pentingnya Pengukuran Tingkat Kepuasan

Menurut Jenberg (1988), yang dikutip Budihardjo (2001), ada 5 alasan penting yang mendasari perlunya pengukuran kepuasan pasien / pelanggan:

1. Hanya 4% pelanggan/pasien yang tidak puas yang menyampaikan keluhannya pada provider.
2. Seorang pelanggan/pasien yang tidak puas akan menceritakan kekecewaannya kepada 11 orang temannya.
3. Rendahnya mutu pelayanan akan mengakibatkan 68% pelanggan/pasien akan pindah ke tempat pelayanan lain.
4. Sebanyak 50% pelanggan memilih tempat pelayanan berdasarkan rekomendasi teman atau relasi.
5. Untuk mengembalikan kepercayaan pelanggan/pasien akibat suatu pelayanan yang buruk dibutuhkan 12 kali pelayanan memuaskan.

Menurut Supranto (1997), pengukuran tingkat kepuasan erat hubungannya dengan mutu produk (barang atau jasa), pengukuran aspek mutu bermanfaat bagi pimpinan bisnis, yaitu:

1. Mengetahui dengan baik bagaimana jalannya atau bekerjanya proses bisnis.
2. Mengetahui dimana harus melakukan perubahan dalam upaya melakukan perbaikan secara terus – menerus untuk memuaskan pelanggan terutama untuk hal – hal yang dianggap penting oleh pelanggan.
3. Menentukan apakah perubahan yang dilakukan mengarah ke perbaikan (*improvement*).

2.6 Persepsi Pelanggan

Menurut LeBoeuf M, 1992, persepsi dapat didefinisikan sebagai pemahaman kita terhadap apa yang kita alami. Bila diuraikan dalam bahasa yang lebih lugas, yaitu apa yang kita lihat, apa yang kita dengar dan apa yang kita rasakan terhadap apa yang kita terima. Hal itu berarti persepsi merupakan kesan pertama yang akan menentukan tindakan seseorang selanjutnya, dengan kata lain persepsi adalah segala – galanya.

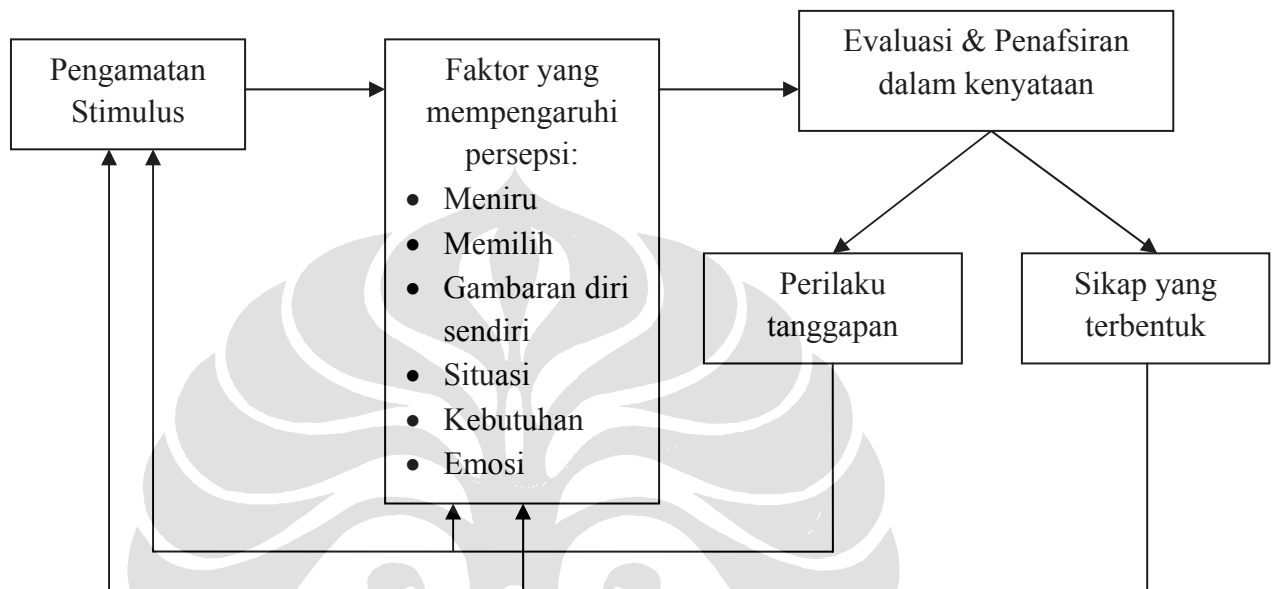
Tidak pernah ada orang yang memiliki pengalaman yang benar – benar sama, pasti ada suatu perbedaan walau sedikit, karena pada prinsipnya setiap manusia itu ditakdirkan berbeda satu sama lain. Sehingga pembentukan persepsi ini sangat bersifat individualistik.

Suatu bisnis rumah sakit pun harus mempertimbangkan masalah persepsi pasien yang meliputi persepsinya terhadap pelayanan dokter maupun tenaga medis lainnya, pelayanan administrasi, pelayanan keuangan, pelayanan laboratorium dan persepsinya terhadap sarana penunjang medis, bahkan juga persepsi pasien terhadap fasilitas yang tersedia di rumah sakit. Kita memperhitungkan hal tersebut karena bisnis rumah sakit dapat berjalan bila ada interaksi antara pasien dan rumah sakit. Sehingga sangatlah penting bagi rumah sakit untuk dapat meraih pelanggan dan mempertahankannya.

Selanjutnya Michael LeBoeuf (1992) menyampaikan alasan pentingnya persepsi pelanggan terhadap kualitas pelayanan, adalah karena persepsi relatif terhadap kualitas merupakan faktor terpenting dalam menentukan kenirlabaan jangka panjang. Kesimpulan tersebut dibuat oleh *Strategik Planning Institute* dari Cambridge, Massachusetts setelah merakit sejumlah besar data basis dan

melakukan sejumlah besar riset mendalam, dimana kesimpulannya adalah bahwa kita memenangkan pelanggan dan memelihara pelanggan dengan memberikan imbalan terhadap uangnya sebagaimana yang dipersepsikannya.

Ago Harlim (2000) menggambarkan proses persepsi pelanggan yang dikutip dari Gibson (1994), melalui skema berikut ini:



Sumber : Ago Harlim (2000), *Tesis Persepsi Pasien Atas Layanan Keperawatan Rawat Inap di RSUD Kota Bekasi*, hal. 31.

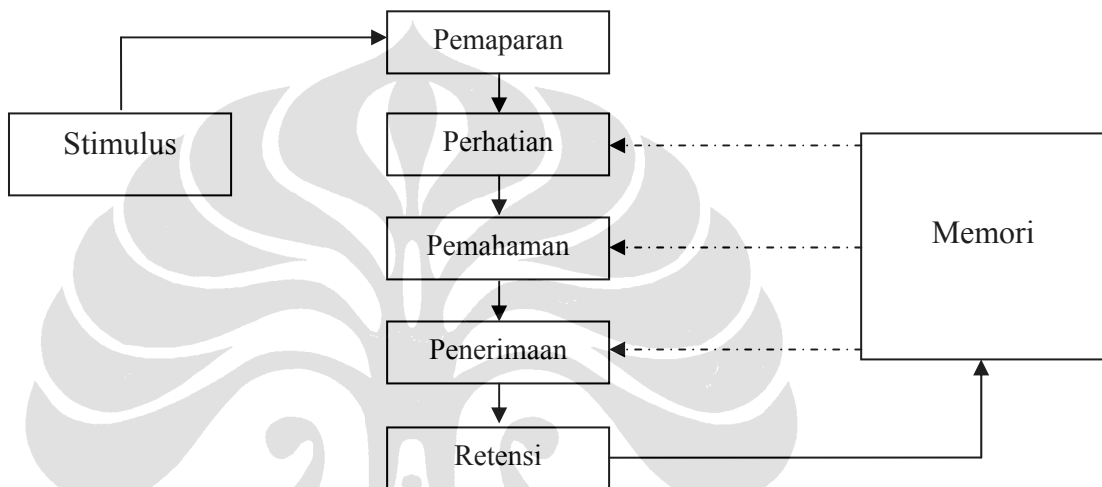
Gambar 2.3. Proses Persepsi Pelanggan

Faktor yang mempengaruhi persepsi menurut Zeithmal yang dikutip oleh Ago Harlim (2000) yaitu:

1. Apa yang didengar
2. Karakteristik pelanggan yang berbeda
3. Pengalaman masa lalu ketika mengkonsumsi produk atau jasa tersebut
4. Komunikasi melalui iklan

Stimulus awal yang didapatkan oleh pelanggan, merupakan suatu informasi. Ujang Sumarwan (2003) dalam bukunya *Perilaku Konsumen*, menyampaikan pendapat Engel, Blackwell dan Miniard (1995) yang mengutip pendapat William McGuire, menyatakan bahwa ada lima tahap pengolahan informasi (*the information-processing model*), sebagai berikut:

1. Pemaparan (*exposure*): pemaparan stimulus yang menyebabkan konsumen menyadari stimulus tersebut melalui pancainderanya.
2. Perhatian (*attention*): kapasitas pengolahan yang dialokasikan konsumen terhadap stimulus yang masuk.
3. Pemahaman (*comprehension*): interpretasi terhadap makna stimulus.
4. Penerimaan (*acceptance*): dampak persuasif stimulus kepada konsumen.
5. Retensi (*retention*): pengalihan makna stimulus dan pesuasi ke ingatan jangka panjang (*long-term memory*).

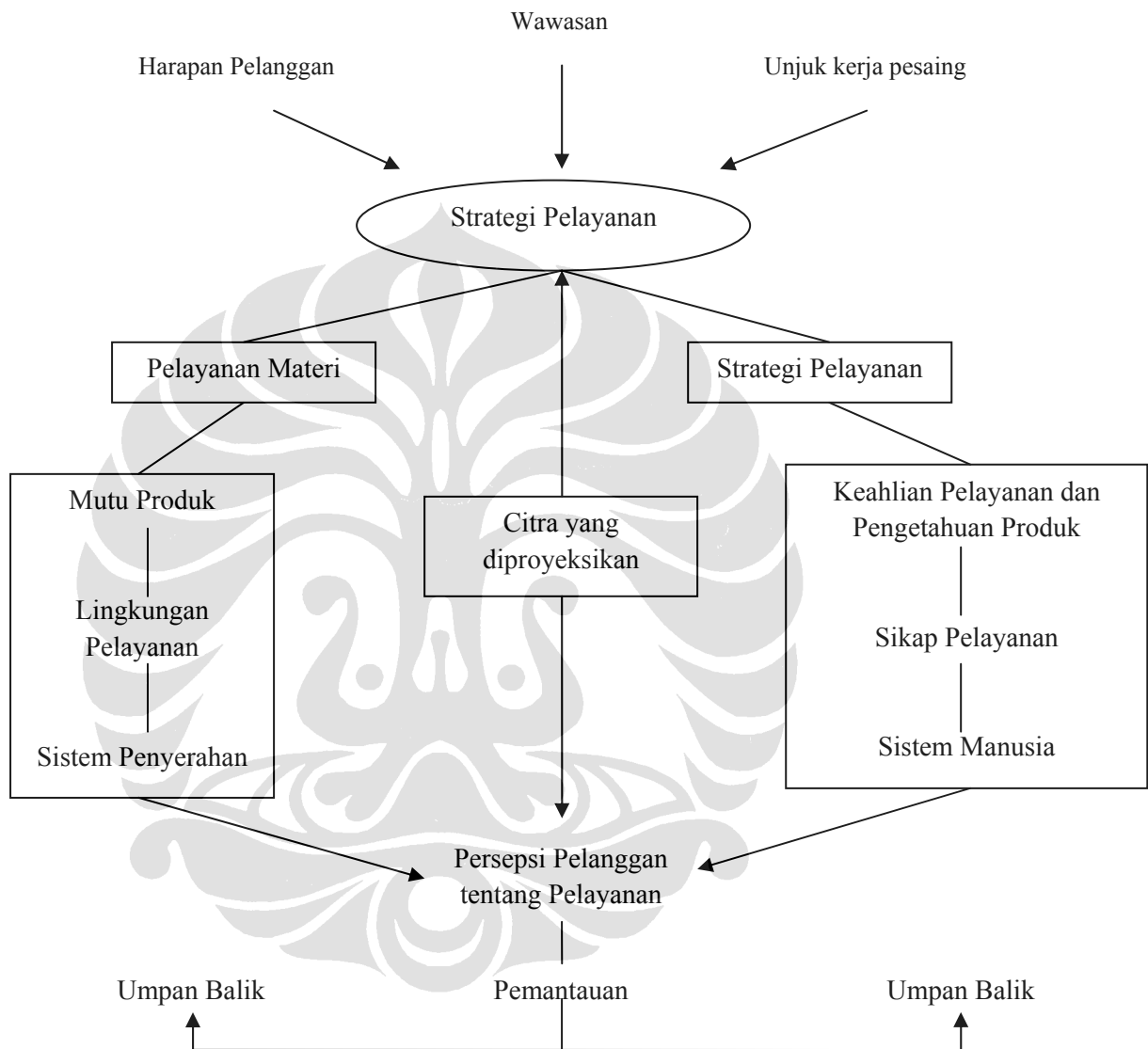


Sumber : Ujang Sumarwan (2003), *Perilaku Konsumen*, hal. 69.

Gambar 2.4. Lima Tahap Pengolahan Informasi

Ujang Sumarwan (2003) juga mengutip pendapat Mowen dan Minor pada tahun 1998 yang menyebutkan bahwa proses pengolahan informasi diartikan *is the process through which consumers are exposed to information, become involved with it, attend to it, comprehend it, place it into memory and retrieve it for later use*. Mowen (1998) menyebutkan tahap pemaparan, perhatian dan pemahaman sebagai persepsi. Persepsi ini bersama keterlibatan konsumen (*level of consumer involvement*) dan memori akan mempengaruhi pengolahan informasi. Selanjutnya persepsi didefinisikan sebagai *perception is the process through which individuals are exposed to information, attend to that information, and comprehend it*. Kutipan pendapat Schiffman dan Kanuk (2000) yang mendefinisikan sebagai *perception is defined as the process by which an individual select, organizes and interprets stimuli into a meaningful and coherent*

picture of the world. Bagaimana seorang konsumen melihat realitas di luar dirinya atau dunia sekelilingnya, itulah yang disebut dengan persepsi seorang konsumen. Adapun gambaran tentang hubungan antara model strategi pelayanan dengan persepsi pelanggan dapat dilihat pada gambar berikut:



Sumber: Denis Walker (1997), *Mendahulukan Pelanggan Strategi untuk Memberikan Pelayanan Bermutu*, hal. 19.

Gambar 2.5. Model Strategi Pelayanan

Pihak rumah sakit harus mengetahui siapa yang dimaksud dengan pelanggan. Definisi kata pelanggan dalam Kamus Umum Baku Bahasa Indonesia

(1996) adalah pembeli yang tetap. Timothy R V Foster (2002) dalam bukunya *How To Be Better At Customer Care*, menyebutkan bahwa pelanggan adalah:

1. Orang yang paling penting, di kantor, sebagai pribadi, lewat telepon ataupun surat.
2. Pelanggan tidak bergantung pada kita, kitalah yang bergantung pada mereka.
3. Pelanggan bukan pengganggu pekerjaan kita, merekalah yang menjadi tujuan kita bekerja. Kita tidak membuat mereka bekerja dengan melayani mereka, merekalah yang membuat kita bekerja dengan kesempatan yang diberikan kepada kita.
4. Pelanggan bukan orang diluar bisnis kita, mereka merupakan bagian kegiatan bisnis kita.
5. Pelanggan bukan angka – angka statistik yang beku, mereka adalah darah dan daging yang berperasaan dan punya emosi, seperti kita, juga penuh bias dan prasangka.
6. Pelanggan bukan orang yang mesti kita ajak berdebat atau bertengkar. Tak ada yang bisa menang berdebat melawan seorang pelanggan.
7. Pelanggan adalah orang yang menyampaikan segala keinginan kepada kita. Tugas kita adalah menanganinya demi kemaslahatan mereka dan kita.
8. Pelanggan menentukan sukses sebuah perusahaan dan para pekerjanya.

2.7 Harapan Pelanggan

Harapan adalah kunci pokok bagi setiap pelaku bisnis yang terlibat dalam kepuasan pelanggan. Tanpa mengenal harapan pelanggan sebaik – baiknya, sangatlah sulit bagi perusahaan untuk mampu memberikan kepuasan yang optimal kepada para pelanggannya. Pelanggan dengan harapan yang tinggi akan jauh lebih sulit untuk dipuaskan begitu juga sebaliknya, pelanggan dengan harapan yang rendah, akan mudah dipuaskan (Irawan H, 2002).

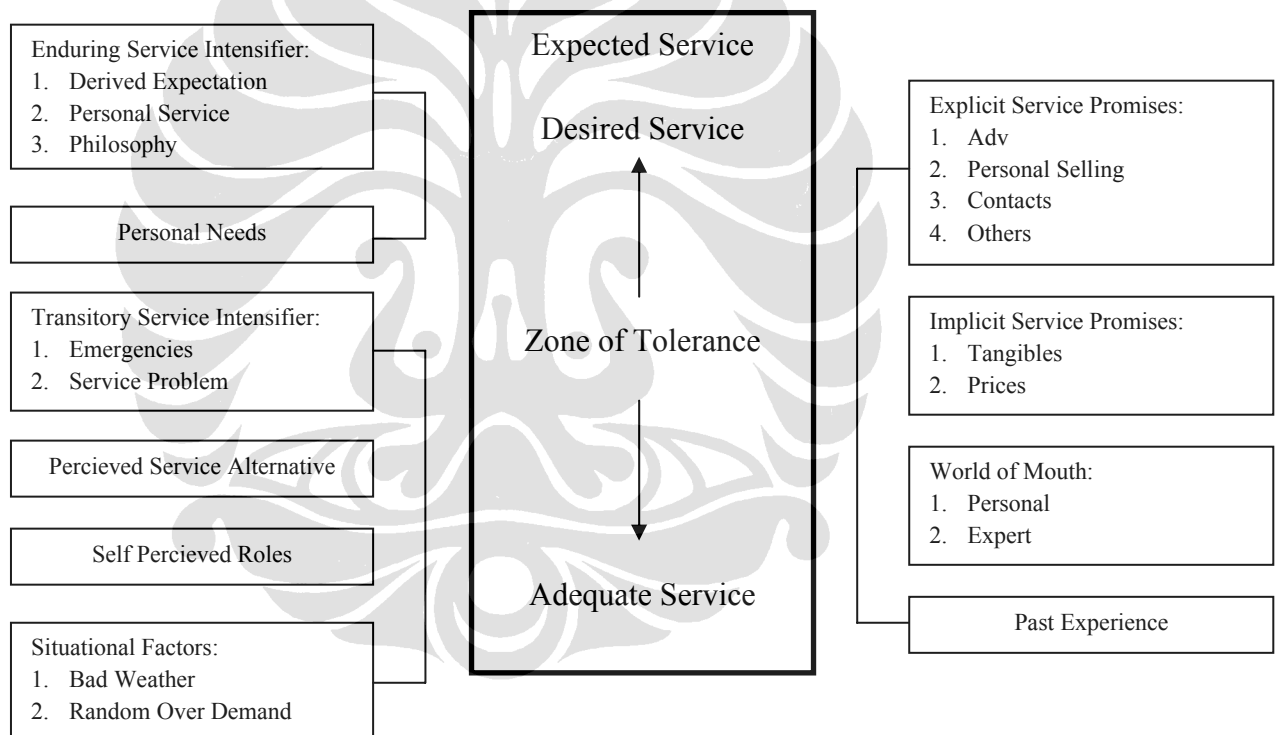
Handi Irawan (200) juga menyampaikan bahwa pada dasarnya ada 2 (dua) tingkat harapan pelanggan, yaitu:

1. *Desired Expectation*. Harapan ini mencerminkan apa yang harus dilakukan perusahaan atau produk kepada pelanggannya.

2. *Adequate Expectation*. Harapan minimal yang masih dapat diterima oleh pelanggan karena alasan yang dapat diterima dan tergantung pada alternatif yang tersedia.

Freddy Rangkuti (2002), menggunakan istilah lain untuk harapan, yaitu tingkat kepentingan pelanggan, yang didefinisikan sebagai keyakinan pelanggan sebelum mencoba atau membeli suatu produk atau jasa yang akan dijadikannya standar acuan dalam menilai kinerja produk jasa tersebut.

Freddy Rangkuti (2002) juga mengutip pendapat Valerie A. Zeithmal, A. Parasuraman, dan Leonard L. Berry, yang membuat suatu model konseptual mengenai tingkat kepentingan pelanggan, seperti tampak pada gambar diagram berikut ini:



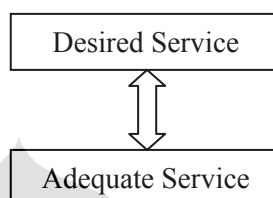
Sumber: Freddy Rangkuti (2002), *Measuring Customer Satisfaction*, hal. 36.

Gambar 2.6. Diagram Model Konseptual dari Tingkat Kepentingan Pelanggan

Zone of tolerance adalah daerah diantara *adequate services* dan *desired service*, yaitu daerah dimana variasi pelayanan yang masih dapat diterima oleh

pelanggan. *Zone of tolerance* dapat mengembang atau menyusut, serta berbeda – beda untuk setiap individu, perusahaan, situasi dan aspek jasa.

Apabila pelayanan yang diterima oleh pelanggan berada dibawah *adequate service*, pelanggan akan frustrasi dan kecewa. Sedangkan apabila pelayanan yang diterima pelanggan melebihi *desired service*, pelanggan akan sangat puas dan terkejut.



Sumber : Freddy Rangkuti (2002), *Measuring Customer Satisfaction*, hal. 37.

Gambar 2.7. Zone of Tolerance

Freddy Rangkuti (2002) menyampaikan bahwa *desired service* maupun *adequate service* dipengaruhi oleh beberapa faktor. *Desired service* dipengaruhi oleh faktor – faktor berikut:

1. Keinginan untuk dilayani dengan baik dan benar

Pelanggan berharap dilayani dengan baik karena ia melihat pelanggan lainnya dilayani dengan baik serta dilayani dengan benar tergantung pada falsafah individu yang bersangkutan.

2. Kebutuhan perorangan

Pelayanan yang diharapkan pelanggan karena kebutuhan pelayanan tersebut bersifat mendasar dan terkait dengan kesejahteraan pelanggan.

3. Janji secara langsung

Pelayanan yang diharapkan pelanggan karena pelanggan dijanjikan mendapatkan pelayanan seperti itu secara langsung oleh pemberi / organisasi pemberi jasa.

4. Janji secara tidak langsung

Pelayanan yang diharapkan pelanggan karena pelanggan memperoleh petunjuk yang berkaitan dengan pelayanan tersebut sehingga dia menarik kesimpulan tentang pelayanan seperti apa yang seharusnya diberikan.

5. Komunikasi dari mulut ke mulut

Pelayanan yang diharapkan pelanggan karena pelanggan menerima informasi atau pernyataan yang disampaikan oleh pihak lain (bukan organisasi penyedia jasa), misalnya individu, orang ahli, publisitas, serta laporan pelanggan.

6. Pengalaman masa lalu

Pelayanan yang diharapkan oleh pelanggan karena dia telah memiliki pengalaman yang meliputi hal – hal yang telah dipelajarinya atau diketahuinya.

Adequate service dipengaruhi oleh faktor – faktor:

1. Keadaan darurat

Pelayanan minimal yang harus diterima oleh pelanggan karena pelanggan membutuhkan pelayanan tersebut untuk sementara waktu. Pelayanan ini bersifat individual dan dapat meningkatkan sensitivitas pelanggan terhadap jasa tersebut.

2. Ketersediaan alternatif

Pelayanan minimal yang diharapkan pelanggan yang muncul dari persepsi pelanggan atas tingkat atau derajat pelayanan perusahaan lain yang sejenis. Semakin banyak alternatif, semakin tinggi tingkat kepentingan pelayanannya.

3. Derajat keterlibatan pelanggan

Pelayanan minimal yang masih diterima pelanggan karena terlibat dalam penyediaan jasa tersebut. Semakin besar keterlibatan pelanggan, semakin sukar pelanggan melontarkan keluhan dan pelanggan semakin merasa harus menerima hasil pelayanan.

4. Faktor – faktor yang tergantung situasi

Pelayanan minimal yang masih dapat diterima pelanggan karena adanya peristiwa yang bisa mempengaruhi kinerja jasa, yang berada diluar kendali penyedia jasa.

5. Pelayanan yang diperkirakan

Pelayanan minimal yang masih dapat diterima pelanggan karena pelanggan telah memperkirakan akan mendapatkan pelayanan seminimal itu. Pelayanan yang diperkirakan tersebut cenderung merupakan perkiraan

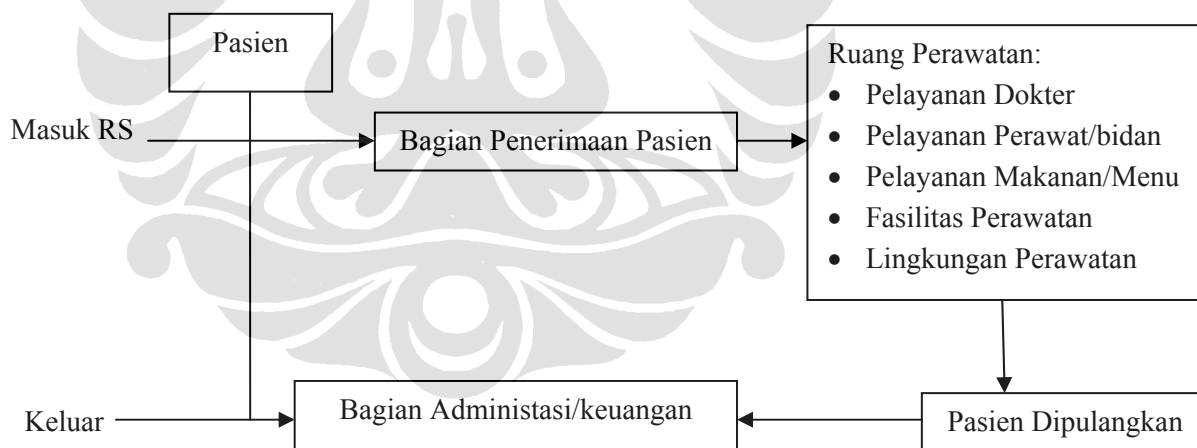
pelanggan atas transaksi individu dan bukan keseluruhan hubungan dengan penyedia jasa.

2.8 Pelayanan Rawat Inap

Menurut Depkes (1997), pelayanan rawat inap adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, perawatan, diagnostik, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau kesehatan lainnya dengan menempati tempat tidur.

Loho (1988), mengidentifikasi kegiatan rawat inap meliputi pelayanan dokter, pelayanan perawatan, pelayanan makanan, fasilitas perawatan dan lingkungan perawatan. Tenaga dokter dan perawat merupakan tenaga inti dalam jasa pelayanan rawat inap di rumah sakit dimana kualitas tenaga dokter dan perawat memberikan dampak langsung pada kualitas pelayanan rawat inap dan citra rumah sakit.

Pelayanan rawat inap harus menerapkan prosedur yang jelas, mudah dan terorganisir. Arus masuk pasien rawat inap digambarkan oleh Loho (1988) sebagai berikut:



Gambar 2.8. Arus Masuk Pasien Rawat Inap (Loho, 1988)

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayan di rumah sakit perlu dilakukan penilaian mutu secara berkesinambungan agar pemberi jasa mendapat umpan balik tentang jasa dan konsumen terjamin dalam menerima layanan yang bermutu. Jacobalis (1989) menyebutkan bahwa mutu suatu rumah sakit, baik atau buruk berdasarkan pengalaman dan persepsi subjektif yang akan mengacu pada salah

satu aspek yang paling berkesan baginya. Aspek – aspek tersebut adalah penampilan keprofesian atau aspek klinis, terkait dengan pengetahuan, sikap, perilaku, serta pengalaman dan pengamalan ilmu dari tenaga profesi seperti dokter, perawat / bidan dan tenaga profesi lainnya di rumah sakit; efisiensi dan efektifitas yaitu pemanfaatan sumber daya di rumah sakit secara berdaya guna dan berhasil guna; keselamatan pasien terkait dengan faktor resiko pada fasilitas, obat – obatan, dokter, perawat / bidan dan lain – lain; serta kepuasan pasien meliputi kepuasan fisik, mental dan sosial pasien terhadap lingkungan rumah sakit, suhu udara, kebersihan, kenyamanan, kecepatan pelayanan, keramahan, perhatian, *privacy*, makanan, tarif, dan sebagainya.

Bagan struktur Bagian Rawat Inap RSTI terlampir pada lampiran 3.

2.9 Mutu Pelayanan

Banyak sekali pengertian tentang mutu, beberapa diantaranya:

1. Mutu adalah sifat yang dimiliki oleh suatu program (Donabedian,1980).
2. Mutu adalah totalitas dari wujud serta ciri – ciri dari suatu barang dan jasa yang dihasilkan yang didalamnya terkandung pengertian akan adanya rasa aman dan atau terpenuhi kebutuhan para pengguna barang atau jasa yang dihasilkan (DIN ISO 8402, 1986).
3. Mutu adalah kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan (Crosby, 1984).
4. Mutu adalah kecocokan untuk digunakan / *fitness for use* (Juran,1995).
5. Mutu adalah perbaikan kesinambungan / *continous improvement* (Deming yang dikutip Cortada, 1995).

Istilah mutu (kualitas) didefinisikan dari 2 sudut pandang, pertama dari sudut pelanggan; disini pengembangan kualitas adalah suatu alat untuk memuaskan kebutuhan dan harapan pelanggan. Kedua dari sudut pandang produksi intern; dimana perusahaan menentukan standar kualitas yang diharapkan konsumen. (Karlof,1997)

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri – sendiri atau secara bersama – bersama dalam suatu organisasi untuk memelihara atau meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan

penyakit, serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan atau masyarakat. (Azwar, 1996; Budiharjo, 2001)

Mutu pelayanan kesehatan adalah penampilan yang pantas atau sesuai dari suatu intervensi yang diketahui aman, yang dapat memberikan hasil kepada masyarakat dan yang telah mempunyai kemampuan untuk menghasilkan dampak pada kematian, kesakitan, ketidakmampuan, kekurangan gizi. (Milton, WHO, 1998; Azwar, 1996; Budiharjo, 2001)

Mutu pelayanan kesehatan adalah yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata – rata penduduk serta di pihak lain tata cara penyelenggaraanya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.

Pelayanan kesehatan yang bermutu harus menampung multi persepsi masyarakat. Dari aspek kebutuhan akan pelayanan kesehatan (*need*) dan tuntutan (*demand*) terhadap mutu dapat dipandang dari 3 perspektif. Perspektif tersebut adalah perspektif pemakai jasa pelayanan (klien / pasien), perspektif penyelenggara kesehatan (petugas kesehatan) dan perspektif pemilik pelayanan (manajer). (Azwar, 1996)

Perspektif pemakai jasa pelayanan (klien / pasien) ialah bahwa pelayanan kesehatan yang bermutu harus dapat memenuhi kebutuhan klien yaitu pelayanan kesehatan harus dengan sopan, penuh perhatian, tepat waktu, sesuai dengan budaya setempat, terjangkau dan efektif. (Setyowati, 2000)

Mutu pelayanan rumah sakit ialah derajat kesempurnaan pelayanan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan masyarakat / konsumen akan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit secara wajar, efisien, dan efektif. (Depkes RI, 1992)

Kepuasan pasien dengan mutu pelayanan kesehatan dinilai baik apabila pelayanan kesehatan dapat menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien, sesuai dengan tingkat kepuasan rata – rata penduduk. (Setyaningrum, 1998)

Mangold (1991) dalam Rosyid (1997), memberikan penilaian terhadap mutu pelayanan kesehatan dari berbagai aspek, yaitu:

1. Aspek berdasar pada kualitas teknik yang mengacu pada ketepatan diagnosa dan pemberian pengobatan yang terbaik dan mampu memenuhi harapan pasien untuk sembuh dari penyakitnya.
2. Aspek berdasar pada kualitas fungsi yang mengacu pada keadaan lingkungan dan proses pemberian pelayanan. Oleh karena itu kualitas teknik sulit dinilai, maka persepsi pasien lebih banyak menilai pada aspek fungsi dari proses pelayanan.
3. Aspek *image* atau pandangan pasien terhadap rumah sakit, baik oleh pengalaman sendiri maupun pengalaman orang lain yang disampaikan dari mulut ke mulut. *Image* yang positif akan menutupi kekurangan yang ada di rumah sakit tersebut. Namun mengulangi kekurangan atau kesalahan yang sama akan mengakibatkan *image* tersebut berubah menjadi jelek.

Menurut Philip Kotler (1995) dalam J. Supranto (1997) terdapat 5 determinan kualitas jasa yang mempengaruhi kepuasan, yaitu:

1. Keandalan (*reability*), yaitu kemampuan untuk melaksanakan jasa yang dijanjikan dengan tepat, segera dan terpercaya.
2. Keresponsifan (*Responsiveness*), yaitu kemampuan untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa dengan cepat atau ketanggapan.
3. Keyakinan (*confidence*), yaitu pengetahuan dan kesopanan karyawan serta kemampuan mereka untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan (*Assurance*).
4. Empati (*emphaty*), yaitu kemauan untuk peduli, memberi perhatian pribadi kepada pelanggan.
5. Berwujud (*tangible*), yaitu penampilan fasilitas fisik, peralatan, personel dan media komunikasi.

Metode ini dikembangkan oleh Parasuraman (1985) yang membuat penilaian kepuasan pelanggan secara komprehensif bagi pelayanan di bidang jasa dengan fokus utama pada aspek fungsi dan proses pelayanan. Metode ini disebut oleh Metode ServQual (*Service Quality*). Penelitian menggunakan dimensi mutu ServQual untuk mengukur kepuasan pelanggan sudah banyak dilakukan di bidang jasa lainnya, misalnya Bank, asuransi dan perusahaan telepon.

Sedangkan yang dikemukakan oleh Parasuraman, A., Zeithmal, V.A., Berry L.L. (1990) tentang 5 dimensi pelayanan jasa dengan definisi yang lain adalah:

1. *Tangibles* merupakan penampakan dari fasilitas fisik, peralatan, pegawai dan barang – barang komunikasi.
2. *Reliability* merupakan derajat kemampuan untuk memberikan pelayanan seperti yang dijanjikan dan akurat.
3. *Responsiveness* adalah kemauan untuk menolong pelanggan dan menyediakan pelayanan yang cepat.
4. *Assurance* yaitu kemampuan pengetahuan dan sopan santun pegawai untuk menanamkan rasa percaya dan keyakinan kepada pelanggannya.
5. *Empathy* adalah kepedulian, perhatian khusus dari perusahaan kepada pelanggannya.

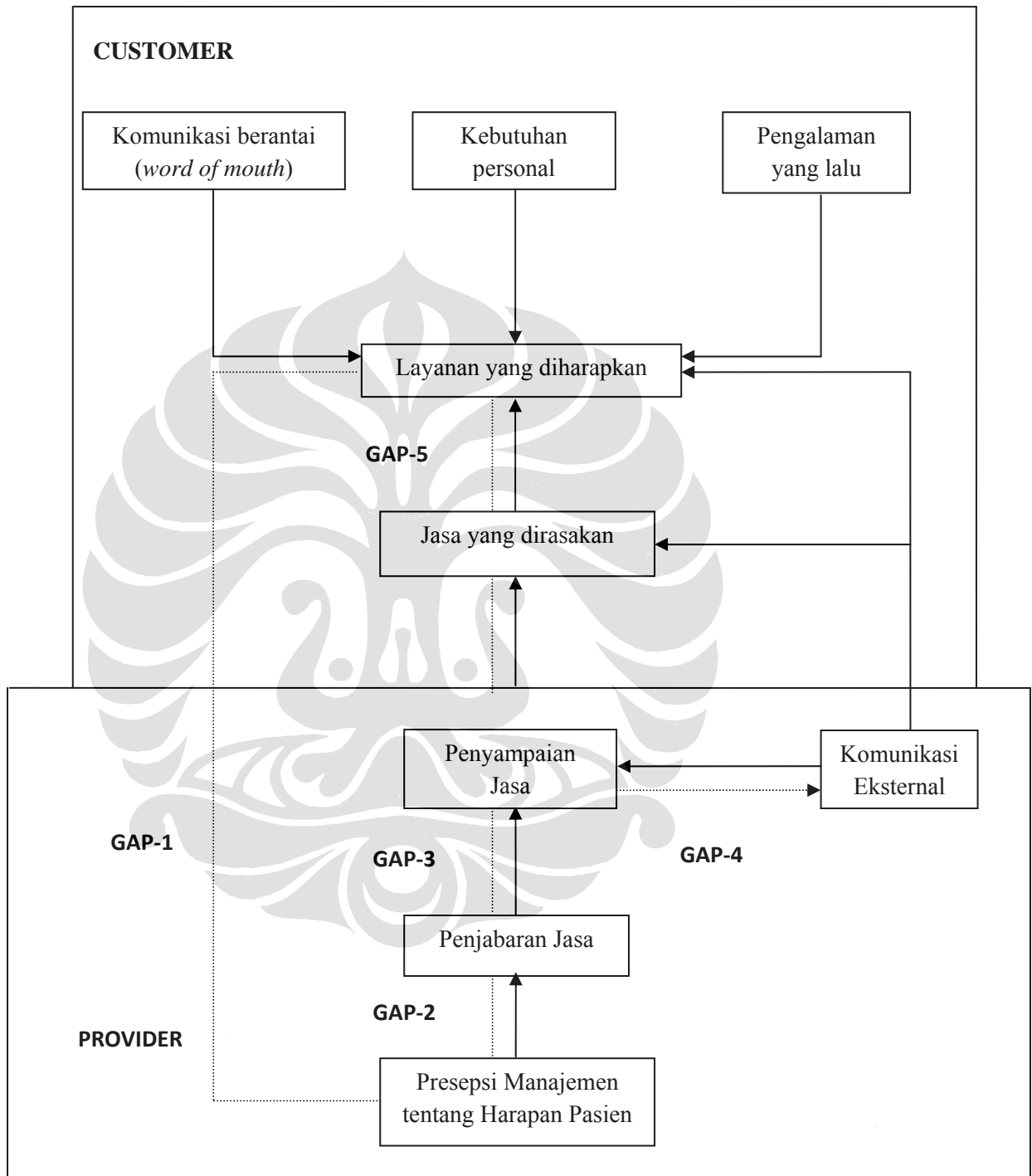
Menurut Handi Irawan (2002), diantara kelima dimensi tersebut diketahui dari hasil kliping koran dari berbagai surat kabar yang dikumpulkannya ternyata sekitar 60% dari keluhan konsumen berasal dari ketidakpuasan terhadap perusahaan yang berhubungan dengan dimensi *Reliability*.

Pada hakikatnya pengukuran kualitas suatu jasa hampir sama dengan pengukuran kepuasan pelanggan / pasien, yaitu ditentukan oleh kinerja yang dirasakan atau *perceived performance*. Parasuraman (1985) merumuskan model kualitas jasa yang menyoroti persyaratan – persyaratan utam untuk memberikan kualitas jasa yang diharapkan.

Agar rumah sakit dapat bertahan maka harus melakukan pelayanan berkualitas melebihi dari target kualitas pelayanan yang diharapkan oleh konsumennya (pasien dan keluarganya). Jika pasien dan keluarganya setelah menerima pelayanan (*perceived service*) dan kemudian membandingkan dengan tingkat pelayanan yang diharapkan (*excepted service*), maka akan terjadi dua kemungkinan tingkat kepuasan pada pasien tersebut. Jika *perceived service* sama atau lebih tinggi dari *expected service*, maka pasien itu puas, tetapi jika tidak maka akan terjadi hal yang sebaliknya.

Parasuraman et al, yang dikutip dari Tjiptono (2000), mengajukan formulasi model untuk menentukan tingkat kualitas pelayanan yang dikehendaki

konsumen. Pada model tersebut dilengkapi dengan lima Gap (kesenjangan) yang dapat menyebabkan tidak terpenuhinya penyampaian pelayanan.



Gambar 2.9. Model Kualitas Jasa / ServQual Model (Parasuraman, 1985)

Gap 1 : Kesenjangan antara harapan klien dan persepsi manajemen

Gap ini terjadi akibat pihak manajemen tidak dapat merasakan secara tepat apa yang dikehendaki atau yang memenuhi pertimbangan pasien dan keluarganya. Hal ini disebabkan kurangnya riset pasar, kurang interaksi antara manajemen dengan pasien dan keluarganya.

Gap 2 : Kesenjangan antara persepsi manajemen dan spesifikasi dari mutu pelayanan itu sendiri.

Gap ini menunjukkan adanya perbedaan antara persepsi manajemen dan penetapan spesifikasi standar pelayanan untuk memenuhi kehendak pasien dan keluarganya. Hal ini disebabkan kurangnya komitmen manajemen terhadap kualitas pelayanan, kurang tepatnya hasil studi kelayakan, dan tidak tepatnya standardisasi tugas pelaksana pelayanan.

Gap 3: Kesenjangan antara spesifikasi mutu pelayanan dengan penyampaian dari pelayanan itu sendiri.

Gap ini terjadi jika pelaksana tidak mampu menyampaikan pelayanan sebagaimana mestinya (yang telah ditetapkan manajemen). Hal ini bisa disebabkan kurangnya pengertian tentang penjabaran dari harapan yang diinginkan oleh pasien dan keluarganya.

Gap 4: Kesenjangan antara penyampaian pelayanan dengan komunikasi eksternal, dimana harapan pasien dipengaruhi pernyataan yang dibuat berdasarkan pengalaman pasien lain.

Harapan pasien dan keluarganya juga dipengaruhi oleh janji – janji lembaga yang disampaikan pada saat terjadi komunikasi (promosi). Gap ini terjadi jika pelayanan ternyata tidak sesuai dengan yang dijanjikan. Hal ini bisa diakibatkan kurangnya komunikasi horizontal antar sesama staf / pelaksana keperawatan atau pemberi pelayanan lain.

Gap 5: Kesenjangan antara pelayanan yang dialami dengan pelayanan yang diharapkan. Biasanya terjadi apabila pasien mengukur kinerja institusi pelayanan kesehatan/rumah sakit dengan cara yang berbeda, berbarengan timbulnya persepsi yang keliru mengenai mutu pelayanan kesehatan.

Gap ini terjadi apabila pelayanan yang dirasakan oleh pasien dan keluarganya tidak seperti yang diharapkan. Penyebabnya adalah terjadinya satu atau lebih gap – gap yang telah dibahas di atas.

Kepuasan pasien merupakan salah satu keuntungan yang spesifik dari upaya untuk melakukan perbaikan, maka upaya menjaga kualitas pelayanan tersebut harus dilakukan secara terus – menerus agar dapat mengetahui kelebihan dan kekurangan dari jasa pelayanan tersebut dengan memberikan pelayanan yang berkualitas, diharapkan pasien akan puas. Menurut Tjiptono (1998) pada prinsipnya terdapat tiga kunci utama dalam memberikan pelayanan unggul, yaitu: a) kemampuan memahami kebutuhan dan keinginan pasien, b) pengembangan informasi yang akurat dari kebutuhan dan keinginan pasien, dan c) pemanfaatan informasi – informasi yang diperoleh. Untuk mewujudkan dan mempertahankan kepuasan pelanggan dibutuhkan empat hal. Pertama, mengidentifikasi siapa pelanggannya. Kedua, memahami tingkat harapan pelanggan atas kualitas. Ketiga, memahami strategi kualitas layanan pelanggan. Dan keempat, memahami siklus pengukuran dan umpan balik dari kepuasan pelanggan.

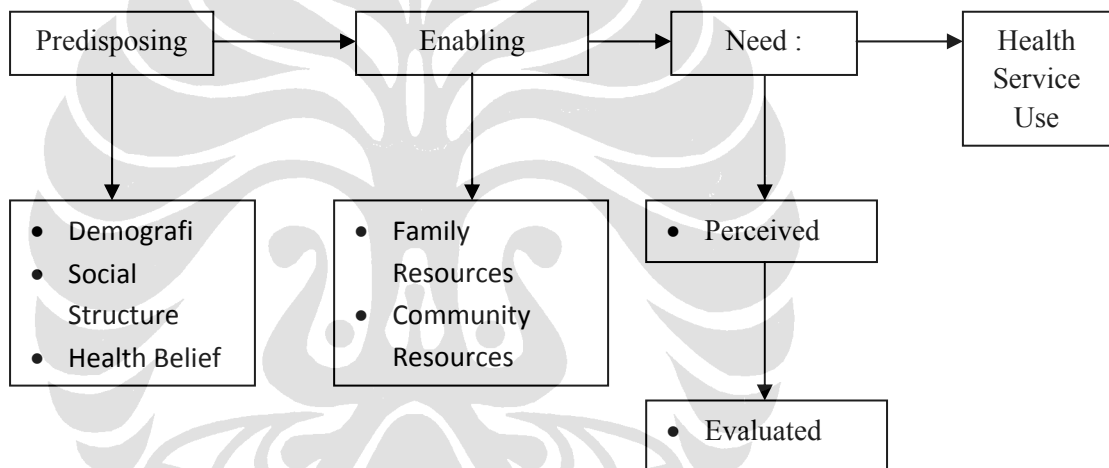
Menurut Jacobalis (1989) kepuasan pasien merupakan *outcomes* pelayanan rumah sakit dan merupakan salah satu dimensi kualitas pelayanan. Oleh karenanya, pengukuran kepuasan pasien menjadi penting, disamping untuk mengetahui keadaan mutu layanan yang ada, hasil pengukuran ini juga untuk memperbaiki diri dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan di rumah sakit. Terdapat berbagai kelompok dalam masyarakat yang menggambarkan nilai – nilai kelompok dan kekuatan kelompok yang mempengaruhi individu dalam memenuhi kebutuhan termasuk kebutuhan dalam bidang kesehatan. Perbedaan tersebut dikarenakan adanya perbedaan pendapatan masyarakat, tingkat pendidikan, umur, jenis kelamin, agama dan suku bangsa.

Menurut Anderson (1974) dalam Notoatmodjo (1998) ada tiga kategori utama dalam pelayanan kesehatan, yaitu:

1. Karakteristik predisposisi, dimana setiap individu mempunyai kecenderungan yang berbeda – beda dalam menggunakan pelayanan kesehatan dikarenakan ada ciri – ciri demografi seperti jenis kelamin dan umur; ciri – ciri struktur sosial seperti tingkat pendidikan, pekerjaan,

kesukuan dan lain – lain; manfaat – manfaat kesehatan seperti keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses kesembuhan penyakit.

2. Karakteristik pemungkin / pendukung, penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada sangat tergantung pada kemampuan konsumen untuk membayar.
3. Karakteristik kebutuhan, penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan akan dilaksanakan bila telah dirasakan sebagai kebutuhan atau keinginan pasien untuk berobat (*subject assessment*) dan evaluasi atau setelah pasien mendapat pemeriksaan dokter (*clinical diagnosis*). Dengan kata lain kebutuhan merupakan dasar stimulus langsung untuk menggunakan fasilitas kesehatan.



Gambar 2.10. Ilustrasi Model Penggunaan Jasa Menurut Anderson (1974) dan Notoatmodjo (1998)

Besarnya harapan pasien akan menentukan tingkat kepuasan terhadap pelayanan rumah sakit yang diterimanya. Harapan adalah suatu keyakinan seseorang bahwa sesuatu tindakan tertentu akan diikuti hasil atau tindakan berikutnya. Seseorang datang ke pelayanan rawat inap di rumah sakit adalah untuk mengharapkan kesembuhan dan akan memberikan kepuasan. Namun kepuasan pasien sangat dipengaruhi oleh latar belakang dan motivasi dari pihak – pihak yang terlibat dalam proses tersebut. Ada 5 aspek yang terdapat dalam proses pelayanan rawat inap, yaitu : a) pelayanan dokter b) pelayanan perawatan c) pelayanan makanan / menu, d) fasilitas perawatan, dan e) lingkungan perawatan

(Loho,1988). Terdapat juga hubungan antara karakteristik pasien dan pemberi layanan yang merupakan penentu kepuasan.

Kotler (1995) mengutip Hauser (1998) dan Morgan (1984) menyatakan perlu pemahaman presmis untuk meningkatkan mutu, diantaranya:

1. Mutu harus disadari pelanggan. Kerja yang bermutu harus dimulai dengan kebutuhan pelanggan dan berakhir dengan kesadaran pelanggan. Kalau pelanggan menginginkan kehandalan, ketahanan atau kinerja yang lebih tinggi maka itulah yang disebut mutu oleh pelanggan.
2. Mutu harus ditampilkan dalam setiap kegiatan perusahaan, tidak hanya pada produk.
3. Mutu memerlukan komitmen karyawan sepenuhnya. Adanya kesadaran untuk memuaskan pelanggan, baik eksternal maupun internal.
4. Mutu memerlukan mitra yang bermutu.
5. Mutu selalu dapat ditingkatkan.
6. Peningkatan mutu seiring memerlukan lompatan jauh ke depan.
7. Mutu tidak perlu lebih mahal.
8. Mutu itu perlu namun belum tentu cukup.
9. Gerakan mutu tidak dapat menyelamatkan produk yang buruk.

Selanjutnya menurut Kotler (1995), mempertahankan pelanggan adalah yang paling utama. Untuk mencapainya adalah dengan menyulitkan pembeli berpindah pemasok dan memberikan kepuasan yang tinggi kepada pelanggan.

Kualitas produk perlu mendapat perhatian yang besar dari manajer senior, sebab kualitas mempunyai hubungan langsung dengan kemampuan bersaing dan tingkat keuntungan yang dapat diperoleh perusahaan. Kualitas yang rendah akan menempatkan perusahaan pada posisi yang kurang menguntungkan. Apabila konsumen atau pelanggan merasa bahwa kualitas tidak memuaskan, maka kemungkinan besar tidak akan menggunakan produk perusahaan lagi. Bahkan mungkin akan membeli atau menggunakan produk pesaing yang menawarkan kualitas lebih baik. (Parasuraman, et al, 1990)

Kualitas merupakan suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa manusia, proses dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan. Kualitas adalah keseluruhan ciri barang dan jasa yang mempengaruhi

pada kemampuannya untuk memenuhi kebutuhan yang dinyatakan maupun yang tersirat. (Kotler,1997)

Pengertian kualitas atau mutu pelayanan kesehatan bersifat multidimensional yaitu kualitas menurut pemakai jasa pelayanan kesehatan (pasien dan keluarganya) dan menurut penyelenggara pelayanan kesehatan (pihak rumah sakit dan dokter serta petugas lainnya) serta menurut penyandang dana yang membiayai pelayanan kesehatan. (Azwar, 1996)

Pengertian mutu atau kualitas pelayanan menurut berbagai pihak tersebut adalah sebagai berikut:

1. Dari segi pemakai jasa pelayanan, pengertian mutu terutama berhubungan erat dengan ketanggapan dan kemampuan petugas rumah sakit dalam memenuhi kebutuhan pasien dan komunikasi pasien dan petugas, termasuk di dalamnya sifat ramah, rendah hati, dan kesungguhan.
2. Bagi pihak rumah sakit, termasuk di dalamnya para dokter dan petugas lain, derajat mutu pelayanan terkait pada pemakai yang sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi. Selain itu terkait juga pada otonomi profesi dokter dan perawat serta profesi kesehatan lainnya yang ada.
3. Dari segi pembiayaan maka derajat mutu pelayanan terkait pada segi – segi efisiensi pemakaian sumber dana serta kewajaran pembiayaan kesehatan.

Menurut Mangold (1991), penilaian terhadap mutu pelayanan kesehatan dapat dilihat dari beberapa aspek. Aspek pertama, berdasarkan kualitas teknis yaitu mengacu pada ketetapan diagnosa dan pemberian pengobatan yang terbaik yang mampu memenuhi harapan dari pasien yaitu sembuh dari penyakitnya. Aspek kedua adalah aspek kualitas fungsi. Berbeda dari kualitas teknis, kualitas fungsi mengacu pada keadaan lingkungan dan proses pemberian pelayanan. Misalnya apakah perawat cukup memberi perhatian pada pasien, apakah makanan diberikan tepat waktu, apakah dokter memberi penjelasan tentang keadaan penyakit, dan sebagainya. Kualitas teknis sulit dinilai, oleh karena itu, persepsi pasien lebih banyak menilai pada aspek fungsi dari proses pelayanan. Aspek ketiga yang mempengaruhi persepsi terhadap pelayanan kesehatan adalah *image*, yaitu pandangan pasien terhadap rumah sakit secara keseluruhan. *Image* ini

terbentuk oleh faktor pengalaman pasien tersebut terhadap rumah sakit, baik yang dialami sendiri atau pengalaman dari keluarga atau teman yang disampaikan dari mulut ke mulut. *Image* ini mungkin dapat pula terbentuk oleh karena pengaruh pemberitaan dari media massa. *Image* yang positif akan menutupi kekurangan yang ada di rumah sakit tersebut, akan tetapi mengulangi kekurangan itu kembali mengakibatkan *image* tersebut berubah menjadi jelek.

Menurut Donabedian (1980), dikenal ada 3 jenis standar mutu, yaitu:

1. Standar masukan : standar tenaga, sarana, prasarana, metode, peralatan dan sebagainya.
2. Standar proses : semua kegiatan dokter, perawat dan tenaga profesional lainnya serta petugas administratif dalam interaksinya dengan pasien, yang meliputi apa dan bagaimana kegiatan profesional tersebut dilaksanakan. Dalam proses ini tercakup antara lain: a) penilaian tentang pasien, b) penegakan diagnosis, c) rencana pengobatan, d) indikasi tindakan, e) prosedur asuhan keperawatan, f) prosedur tindakan pengobatan, g) segi – segi teknis tindakan itu sendiri serta penanganan yang dilakukan.
3. Standar hasil atau keluaran adalah hasil dari kegiatan dan tindakan dokter, perawat dan tenaga administrasi terhadap pasien dalam arti perubahan derajat kesehatan dan kepuasannya, baik positif maupun sebaliknya. Keluaran dapat juga berupa hal – hal yang tidak diinginkan seperti penyakit dan kejadian lain yang tidak diharapkan.

2.10 Pelayanan Dokter

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (1994), tentang Program Rujukan dan Rumah Sakit Repelita VI, bahwa pasien harus diberikan pelayanan dengan mutu yang sebaik – baiknya dengan menggunakan tata cara dan teknik berdasarkan ilmu kedokteran dan etik yang berlaku serta dapat dipertanggungjawabkan. Tenaga medis maupun dokter umum, spesialis / subspecialis, dokter gigi agar mempunyai pengabdian yang tinggi dalam memberikan pelayanan kepada pasien disertai rasa kasih sayang, penuh perhatian, pengertian, memberikan rasa aman serta harus berusaha sekuat tenaga dalam mengobatinya dan merawatnya.

Dalam bukunya berjudul Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Vol. 2, 1999 hal. 644, Djoko Wijono menyebutkan Falsafah dan Tujuan dari Standar Pelayanan Medis yaitu Pelayanan Medis harus disediakan dan diberikan kepada pasien sesuai dengan ilmu pengetahuan kedokteran mutakhir serta memanfaatkan kemampuan dan fasilitas rumah sakit secara optimal. Setiap jenis pelayanan medis harus sesuai dengan masing – masing standar pelayanan medis profesi. Tujuan pelayanan medis ialah mengupayakan kesembuhan pasien secara optimal melalui prosedur dan tindakan yang dapat dipertanggungjawabkan.

Dalam buku Djoko Wijono “ Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan” Vol. 2 hal. 1235 tahun 1999, menyebutkan bahwa berdasarkan SE. Dirjen Yanmedik No. YM.02.04.3.5.2504 dikemukakan tentang Pedoman Hak dan Kewajiban Pasien, Dokter dan Rumah Sakit. Sehubungan dengan penelitian ini, maka akan diuraikan secara lengkap yang menjadi hak – hak pasien dan dokter sebagai berikut:

1. Hak Pasien, adalah hak – hak pribadi yang dimiliki manusia sebagai pasien.
 - a. Pasien berhak memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di rumah sakit.
 - b. Pasien berhak atas pelayanan yang manusiawi, adil dan jujur.
 - c. Pasien berhak memperoleh pelayanan medis yang bermutu sesuai dengan standar profesi kedokteran, kedokteran gigi dan tanpa diskriminasi.
 - d. Pasien berhak memperoleh asuhan keperawatan setara dengan standar profesi keperawatan.
 - e. Pasien berhak memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan sesuai dengan peraturan yang berlaku di rumah sakit.
 - f. Pasien berhak dirawat oleh dokter yang secara bebas menentukan pendapat klinis dan pendapat etisnya tanpa campur tangan dari pihak luar.
 - g. Pasien berhak meminta konsultasi kepada dokter lain yang terdaftar di rumah sakit tersebut (*second opinion*) terhadap penyakit yang dideritanya, sepengetahuan dokter yang dirawat.
 - h. Pasien berhak atas “*privacy*” dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data – data medisnya.

- i. Pasien berhak mendapat informasi meliputi:
 - 1) Penyakit yang diderita
 - 2) Tindakan medik apa yang hendak dilakukan
 - 3) Kemungkinan penyulit sebagai akibat tindakan tersebut dan tindakan untuk mengatasinya.
 - 4) Alternatif terapi lainnya
 - 5) Prognosanya
 - 6) Perkiraan biaya pengobatan
 - j. Pasien berhak menyetujui / memberikan izin atas tindakan yang akan dilakukan oleh dokter sehubungan dengan penyakit yang dideritanya.
 - k. Pasien berhak menolak tindakan yang hendak dilakukan terhadap dirinya dan mengakhiri pengobatan serta perawatan atas tanggung jawab sendiri sesudah memperoleh informasi yang jelas tentang penyakitnya.
 - l. Pasien berhak didampingi keluarganya dalam keadaan kritis.
 - m. Pasien berhak menjalankan ibadah sesuai agama / kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya.
 - n. Pasien berhak atas keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di rumah sakit.
 - o. Pasien berhak mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan rumah sakit terhadap dirinya.
 - p. Pasien berhak menerima atau menolak bimbingan moril maupun spiritual.
2. Hak Dokter
 - a. Dokter berhak mendapat perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya.
 - b. Dokter berhak untuk bekerja menurut standar profesi serta berdasarkan hak otonomi. (seorang dokter, walaupun ia berstatus hukum sebagai karyawan rumah sakit, namun pemilik atau direksi rumah sakit tidak dapat memerintahkan untuk melakukan sesuatu tindakan yang menyimpang dari standar profesi atau keyakinannya).
 - c. Dokter berhak untuk menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang – undangan, profesi dan etika.

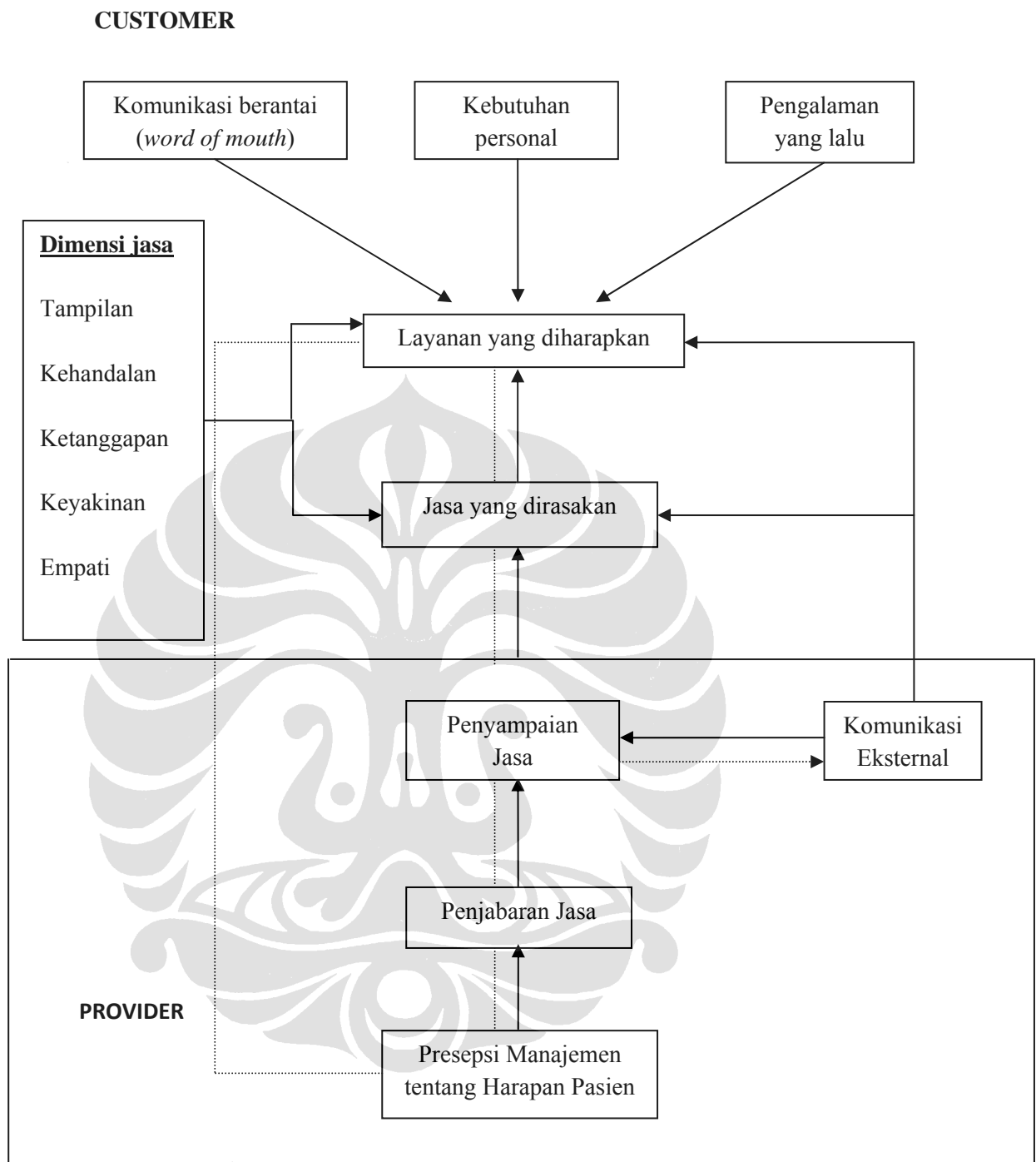
- d. Dokter berhak menghentikan jasa profesionalnya kepada pasien apabila misalnya hubungan dengan pasien sudah berkembang begitu buruk sehingga kerjasama yang baik tidak mungkin diteruskan lagi, kecuali untuk pasien gawat darurat dan wajib menyerahkan pasien kepada dokter lain.
- e. Dokter berhak atas privacy. (berhak menuntut apabila nama baiknya dicemarkan oleh pasien dengan ucapan atau tindakan yang melecehkan atau memalukan).
- f. Dokter berhak mendapat informasi lengkap dari pasien yang dirawatnya atau dari keluarganya.
- g. Dokter berhak atas informasi atau pemberitahuan pertama dalam menghadapi pasien yang tidak puas terhadap pelayanannya.
- h. Dokter berhak untuk diperlakukan adil dan jujur, baik oleh rumah sakit maupun oleh pasien.
- i. Dokter berhak untuk mendapat imbalan atas jasa / profesi yang diberikannya berdasarkan perjanjian dan atau ketentuan / peraturan yang berlaku di rumah sakit tersebut.

2.11 Kerangka Teori

Kepuasan pelanggan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan dengan harapannya (Kotler, 1985). Selain itu, kepuasan pasien adalah juga mencerminkan jenis pelayanan yang dirasakan pasien selama dirawat atau adanya hubungan antara pelayanan yang mereka terima baik teknis dan psikologis, dimana peningkatan hubungan antara pelayanan yang dikehendaki dan benar – benar diterima oleh pasien akan meningkatkan kepuasan pasien. (Kasim, 2002). Menurut LeBoeuf M, 1992, persepsi dapat didefinisikan sebagai pemahaman kita terhadap apa yang kita alami. Sedangkan besarnya harapan pasien akan menentukan tingkat kepuasan terhadap pelayanan rumah sakit yang diterimanya. Harapan adalah suatu keyakinan seseorang bahwa sesuatu tindakan tertentu akan diikuti hasil atau tindakan berikutnya. Handi Irawan (200) juga menyampaikan bahwa pada dasarnya ada 2 (dua) tingkat harapan pelanggan, yaitu: *Desired Expectation*, harapan ini mencerminkan apa yang harus dilakukan

perusahaan atau produk kepada pelanggannya; *Adequate Expectation*, harapan minimal yang masih dapat diterima oleh pelanggan karena alasan yang dapat diterima dan tergantung pada alternatif yang tersedia. Freddy Rangkuti (2002) menyampaikan bahwa *desired service* maupun *adequate service* dipengaruhi oleh beberapa faktor. *Desired service* dipengaruhi oleh faktor keinginan untuk dilayani dengan baik dan benar, kebutuhan perorangan, janji secara langsung, janji secara tidak langsung, komunikasi dari mulut ke mulut dan pengalaman masa lalu. Adapun metode yang dikembangkan oleh Parasuraman (1985) yang membuat penilai kepuasan pelanggan secara komprehensif bagi pelayanan di bidang jasa dengan fokus utama pada aspek fungsi dan proses pelayanan. Metode ini disebut oleh Metode *Service Quality*. Penelitian menggunakan dimensi mutu ServQual untuk mengukur kepuasan pelanggan sudah banyak dilakukan di bidang jasa lainnya. Diantara 5 (lima) dimensi pelayanan jasa tersebut adalah: *Tangibles*, *Reliability*, *Responsiveness*, *Assurance* dan *Empathy*.

Berikut kerangka teori yang penulis kutip dari Tesis Penelitian Jusuf Kristianto di RS MMC tahun 2001.



Sumber: Modifikasi dari Zeithmal, Valerie A, et all, op cit, 1990, *Delivering Quality Service*, New York, The Free Press, hal. 23 dikutip dari Tesis Jusuf Kristianto, 2001

Gambar 2.11. Kerangka Teori

BAB 3

ANALISIS SITUASI UMUM

3.1 Sejarah Rumah Sakit Tugu Ibu

Pada tahun 1982, Yayasan Pendidikan Nasional (YASPEN) merupakan sebuah yayasan yang bergerak dalam bidang sosial pendidikan dan pelayanan kesehatan, mendirikan sebuah fasilitas kesehatan yang berbentuk Balai Pengobatan Umum dan Rumah Bersalin (RB) Tugu Ibu yang berlokasi di Jl. Raya Bogor Km. 29 Cimanggis – Depok, Jawa Barat.

Fasilitas kesehatan tersebut dalam perjalanannya berkembang sedemikian rupa dan berubah fungsinya menjadi rumah sakit berkapasitas 52 tempat tidur dan menempati lokasi baru berupa bangunan rumah di atas tanah seluas $\pm 3800 \text{ m}^2$ yang terletak di Jl. Raya Bogor Km.30 Cimanggis – Depok dengan status kontrak. Sejak bulan November tahun 1985 rumah sakit ini memiliki fasilitas pelayanan berupa:

1. Unit Gawat Darurat
2. Beberapa poliklinik spesialis
3. Unit perawatan
4. Kamar bersalin
5. Kamar operasi
6. Unit penunjang medis (Laboratorium, Radiologi, Depot Obat)

Pada tahun 1986 RS Tugu Ibu (RSTI) memperoleh izin prinsip dari kantor wilayah Departemen Kesehatan Jawa Barat No. 030/Kanwil/SK/YKM2/III/1986 untuk mendirikan dan membangun RSTI yang berlaku 1 (satu) tahun dan diperpanjang setiap tahun karena belum mampu memenuhi persyaratan yang telah ditentukan guna memperoleh izin tetap.

Dengan semakin meningkatnya permintaan pelayanan kesehatan dan searah dengan pengembangan berbagai kawasan pemukiman di wilayah Cimanggis, Depok dan Cibinong serta menyusul perpindahan penduduk terutama dari Jakarta, maka lokasi RSTI saat itu sudah tidak mampu lagi memenuhi peningkatan permintaan tersebut, sehingga pada tahun 1990 YASPEN

membangun fasilitas rumah sakit baru di atas tanah seluas 7885 m² di belakang fasilitas pertama kali di Jl. Raya Bogor Km. 29 Cimanggis.

Pada tanggal 31 Mei 1999 berdasarkan SK Menkes RI No. YM.00.03.3.5.25.28, RSTI memperoleh “Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit dengan status Akreditasi Penuh Tingkat Dasar” yaitu sertifikat yang menunjukkan pengakuan dari pemerintah bahwa RSTI telah melaksanakan dan memenuhi standar pelayanan yang ditetapkan.

Dengan status terakreditasi dan anugerah rumah sakit favorit yang disandangnya, RSTI kini mengemban kepercayaan dan tanggungjawab baik dari pemerintah maupun masyarakat untuk senantiasa mampu mempertahankan keberdayaannya melalui proses pelayanan kesehatan / rumah sakit yang bermutu bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat menuju visi “Masyarakat yang Mandiri untuk Hidup Sehat”.

Sejak tanggal 25 Februari 2005 status kepemilikan RSTI berubah menjadi PT Tugu Ibu dan izin penyelenggaraan rumah sakit berubah menjadi No. YM.02.04.3.5.2103.

Dengan surat keputusan No. 158/PT.TI/V/2008, Direktur Utama PT. Tugu Ibu telah menciptakan Visi, Misi, Falsafah, Motto dan Tujuan RSTI yang baru mengingat Visi, Misi yang lama telah berakhir pada tahun 2007. Visi, Misi ini merupakan pedoman kerja yang harus dilaksanakan untuk periode 2008 – 2012.

3.2 Profil Rumah Sakit Tugu Ibu

1. Data Umum

Nama	: Rumah Sakit Tugu Ibu
Diresmikan	: 15 November 1985
Kepemilikan	: PT. Tugu Ibu
Alamat	: Jl. Raya Bogor Km. 29
Kecamatan	: Cimanggis
Kodya/Provinsi	: Depok – Jawa Barat
(Lokasi terlampir pada Lampiran 1)	
No. Telepon	: (021) 8710870
No. Fax	: (021) 8708266

Status	: Swasta Terakreditasi Penuh Tingkat Dasar
Kelas	: Tipe C Plus
Jumlah TT	: 153 TT
Luas Tanah/Bangunan	: 7.885 m ² /7.247,35 m ²
Izin	: Kep. Menkes No. YM. 02.04.3.5.2103
Anugerah	: “ <i>The Favorite Hospital Award 2000</i> ”
Logo	:



Arti Logo : Terdiri dari 5 lingkaran yang didalamnya terdapat palang hijau sebagai lambang kesehatan yang terkait dengan 5 kemitraan, yaitu pemilik, karyawan, manajemen, staf medis dan pasien / pemasok.

2. Motto

Selalu memberikan pelayanan dengan hati yang baik.

3. Visi

Memberikan pelayanan prima kepada pelanggan RS Tugu Ibu.

4. Misi

- Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standarisasi/ akreditasi rumah sakit.
- Mengembangkan sumber daya manusia yang profesional.
- Melengkapi sarana dan prasarana yang terbaik dan standarisasi.
- Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan kerjasama semua pihak untuk memberikan pelayanan dengan hati.

5. Tujuan

- Membantu pemerintah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat dalam bidang sosial, yaitu pelayanan kesehatan secara berkesinambungan serta sesuai dengan perkembangan zaman dan kemampuan masyarakat dengan pembiayaan yang memadai. Bentuk pelayanan kesehatan tersebut ialah dalam usaha untuk meningkatkan

taraf kesehatan masyarakat khususnya yang tinggal di sekitar RS Tugu Ibu.

- b. Menyelenggarakan usaha perumahsakitian dalam pelayanan kesehatan dengan mengelola rumah sakit secara baik, menyediakan pelayanan kesehatan bermutu, tidak merugi untuk kemajuan RS Tugu Ibu serta tidak meninggalkan fungsi sosial.
- c. Mengarahkan kegiatan RS Tugu Ibu sebagai salah satu institusi kesehatan yang profesional dalam pelayanan kesehatan dengan melakukan pengembangan penelitian pelayanan kesehatan disertai tanggung jawab pelayanan asuhan pasien dan pengawasan mutu pelayanan.
- d. Menempatkan usaha perumahsakitian sebagai salah satu institusi yang mampu menyerap teknologi medis, ilmu pengetahuan pelayanan, dan pengobatan pada pasien.

6. Falsafah

RS Tugu Ibu memberikan pelayanan prima tanpa membedakan suku bangsa, agama, dan status sosial.

3.3 Struktur Organisasi dan Uraian Tugas Rumah Sakit Tugu Ibu

Berdasarkan surat keputusan Direktur Utama No. 021/PT.TI/2/V/2006 tanggal 24 Mei 2006 telah ditetapkan struktur organisasi RS Tugu Ibu. Secara umum struktur tersebut adalah sebagai berikut:

1. Komisaris Utama : H. Suhaibin Sidi, MBA
2. Direktur Utama : Drs. H. Maris Rinaldi, MBA
3. Direktur Umum : H. Untung A.S.
4. Direktur RSTI : Dr. H. Peppy R. Firaidie, MM
5. Wakil Direktur Medis : Dr. H. Aslan Lasman, SKM
6. Wakil Direktur Umum : Dra. Hj. Sri Bulan, Apt. MARS
7. Wakil Direktur Keuangan : Drs. Sutarman
8. Komite Medis : Dr. Edy Har Harun, SpPD

Dalam melaksanakan tugasnya, Direksi PT. Tugu Ibu mempunyai wewenang atas pengangkatan dan pemberhentian Direksi RS Tugu Ibu. Berikut merupakan uraian tugas dari struktur organisasi RS Tugu Ibu:

1. Direktur

Direktur bertanggung jawab atas penyusunan kebijaksanaan pelaksanaan (memimpin, mengawasi, dan mengkoordinasikan) seluruh pekerjaan dan kegiatan RS Tugu Ibu yang dibantu oleh Komite Medis.

2. Komite Medis

Komite Medis bertanggung jawab terhadap pelaksanaan pembinaan etika profesi, pengaturan wewenang profesi anggota Kelompok Staf Medis (KSM), pengembangan serta memantau pelaksanaan standar pelayanan yang telah dibuat oleh Direktur. Komite Medis RS Tugu Ibu dibagi menjadi XV KSM, yaitu KSM Umum, KSM Gigi dan Mulut, KSM Obstetri dan Ginekologi, KSM Bedah Umum dan Urologi, KSM Bedah Tulang, KSM Anastesi, KSM Anak, KSM Syaraf dan Jiwa, KSM Penyakit Dalam, KSM Mata, KSM Paru, KSM Radiologi dan Patologi Klinik, KSM Kulit dan Kelamin dan KSM Jantung.

3. Wakil Direktur Medis

Wakil Direktur Medis mempunyai tugas memimpin, merencanakan, membina, mengendalikan, mengawasi dan mengkoordinasikan tugas dalam kegiatan pelayanan medis, keperawatan dan pelayanan penunjang medis.

4. Wakil Direktur Umum

Wakil Direktur Umum mempunyai tugas memimpin, merencanakan, membina, mengendalikan, mengawasi dan mengkoordinasikan tugas dalam kegiatan pelayanan umum.

5. Wakil Direktur Keuangan

Wakil Direktur Keuangan mempunyai tugas memimpin, merencanakan, membina, mengendalikan, mengawasi, dan mengkoordinasikan tugas dalam kegiatan keuangan.

6. Bidang Pelayanan Medis

Bidang Pelayanan Medis mempunyai tugas memimpin, merencanakan, mengendalikan, mengawasi, membuat pencatatan dan pelaporan serta evaluasi tugas-tugas dalam membantu Wakil Direktur Medis untuk mengembangkan dan meningkatkan fasilitas, tenaga dan mutu kegiatan pelayanan medis, serta melakukan pengawasan dan pengendalian penerimaan dan pemulangan pasien.

7. Bidang Penunjang Medis

Bidang Penunjang Medis mempunyai tugas memimpin, merencanakan, mengendalikan, mengawasi, membuat pencatatan dan pelaporan serta evaluasi tugas – tugas dalam penggunaan fasilitas penunjang medis serta membantu Wakil Direktur Medis dalam mengembangkan dan meningkatkan fasilitas, tenaga (untuk tenaga medis berkoordinasi dengan pelayanan medis) dan mutu kegiatan pelayanan penunjang medis pada pelayanan laboratorium, radiologi dan elektromedik, gizi, farmasi dan logistik farmasi serta alat – alat medis.

8. Bidang Perawatan

Bidang Perawatan mempunyai tugas memimpin, merencanakan, membina, mengendalikan, mengawasi, membuat pencatatan dan pelaporan serta evaluasi semua kebutuhan pelayanan keperawatan, membantu Wakil Direktur Medis dalam mengembangkan dan meningkatkan fasilitas, tenaga dan mutu kegiatan pelayanan keperawatan.

9. Bagian Umum

Bagian Umum mempunyai tugas merencanakan, mengatur, mengkoordinir, membimbing, mengawasi, melaksanakan, dan melaporkan pengelolaan bagian pelayanan umum, akomodasi ruangan, akomodasi sarana kerja kelengkapan sesuai dengan tugas dan wewenang yang dilimpahkan serta kebijakan yang ditetapkan Direktur melalui Wakil Direktur Umum. Bagian Umum membawahi Sub Bagian yang terdiri dari:

- a. Sub Bagian Logistik umum (Logistik II)
- b. Sub Bagian Rumah Tangga
- c. Sub Bagian Pemeliharaan Sarana Fisik Rumah Sakit (PSRS)
- d. Sub Bagian Kendaraan dan Keamanan (DARMAN)
- e. Sub Bagian K3LH

10. Bagian Keuangan

Bagian Keuangan mempunyai tugas memimpin, merencanakan, mengendalikan, mengawasi, membuat pencatatan dan pelaporan serta evaluasi tugas – tugas yang berhubungan dengan keuangan dan akuntansi. Bagian Keuangan membawahi Sub Bagian yang terdiri dari:

- a. Sub Bagian Akuntansi
- b. Sub Bagian Bendahara
- c. Sub Bagian Anggaran dan Verifikasi
- d. Sub Bagian Administrasi Rawat Inap

11. Bagian Pemasaran

Bagian Pemasaran mempunyai tugas memimpin, merencanakan, mengendalikan, mengawasi, membuat pencatatan dan pelaporan serta evaluasi tugas-tugas yang berhubungan dengan program pemasaran dan membantu Bagian Keuangan dalam menyelesaikan piutang yang ditimbulkan para rekanan perusahaan penjamin pasien jaminan.

12. Bagian Sumber Daya Manusia (SDM)

Bagian SDM mempunyai tugas memimpin, merencanakan, mengendalikan, mengawasi, membuat pencatatan dan pelaporan serta evaluasi tugas – tugas dalam pengelolaan bagian sumber daya manusia. Melaksanakan administrasi dan penatausahaan kepegawaian/personalia yang tertib dan teratur meliputi perencanaan tenaga, rekrut / seleksi calon tenaga, penyusutan data file pegawai / personalia, evaluasi penampilan kerja pegawai dan program pembinaan pegawai untuk peningkatan mutu dan karier.

13. Bagian Sekretariat

Bagian Sekretariat mempunyai tugas memimpin, merencanakan, mengendalikan, mengawasi, membuat pencatatan dan pelaporan serta evaluasi tugas-tugas yang berhubungan dengan kegiatan Tata Usaha (TU), Hubungan masyarakat (Humas), Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS), dan Rekam Medis (RM).

Bagian struktur organisasi RS Tugu Ibu dapat dilihat pada Lampiran 2.

3.4 Komposisi dan Jumlah Pegawai Rumah Sakit Tugu Ibu

Berdasarkan data yang diperoleh dari Bagian SIRS Rumah Sakit Tugu Ibu jumlah pegawai berdasarkan kelompok tenaga beserta kualifikasi pendidikannya adalah :

1. Tenaga medis	= 64 orang
2. Tenaga perawat dan bidan	= 152 orang
3. Tenaga non perawatan	= 31 orang
4. Tenaga penunjang dan pekarya	= 65 orang
5. Tenaga non medis	= <u>112 orang</u>
Total	424 orang

Untuk lebih jelasnya, dapat dilihat dari tabel data ketenagaan dan jumlah pegawai RS Tugu Ibu sebagai berikut.

Tabel 3.1.
Data Ketenagaan Rumah Sakit Tugu Ibu Bulan November Tahun 2008

No	Kriteria	Uraian	Purna waktu	Kontrak	Paruh waktu	Total
1	Medis	Dokter umum	5	-	5	10
		Dokter umum + S2	3	1	2	6
		Dokter spesialis	5	-	37	42
		Dokter gigi	-	-	6	6
2	Keperawatan	Perawat	117	11	2	130
		Perawat gigi	3	-	-	3
		Bidan	11	8	-	19
		POS	29	2	-	31
3	Penunjang Medis	Apoteker	1	-	-	1
		Asisten Apoteker	7	4	-	11
		Juru resep	6	-	1	7
		Laboratorium	7	2	-	9
		Asisten laboratorium	3	-	-	3
		Radiologi	6	-	-	6
		Administrasi radiologi	2	-	-	2
		Gizi (AK2I, SMKK)	9	2	-	11
		Juru masak, pekary gizi	6	5	-	11
		Elektromedik	1	-	1	2
		Akupunktur	-	1	-	1
4	Non medis	Wadir umum	Dijabat oleh apoteker, MARS			
		Bagian umum	Dirangkap wadir umum			
		Logistik II/umum	4	-	-	
		Rumah tangga	3	-	-	
		Purchasing	1	-	-	
		Keamanan	14	2	-	

No	Kriteria	Uraian	Purna waktu	Kontrak	Paruh waktu	Total
		Sopir	4	1	-	
		Sandang	2	4	-	
		PSRS	11	1	-	
		Workshop	2	-	-	
		Kesling	2	1	-	
		Sekretariat (TU, EDP)	3	-	-	
		SIR	Dijabat dokter umum			
		Humas dan operator	4	-	-	
		Pemasaran	4	-	-	
		Rekam medis	9	2	-	
		Cleaning services	Ditangani PT Vida CS			
		WK dan taruna	-	-	-	
		Wadir keuangan	-	1	-	
		Keuangan	22	-	-	
		Administrasi rawat inap	6	-	-	
		SDM	2	2	-	
		Logistik farmasi	4	-	-	
		Sekretaris komite medis	Staf komite medis			

Sumber : Data Bagian SDM RS Tugu Ibu Bulan November 2008

3.5 Sarana dan Prasarana

Rumah Sakit Tugu Ibu dengan status Swasta Terakreditasi Penuh Tingkat Dasar terletak di Jl. Raya Bogor Km. 29 Cimanggis Depok Jawa Barat, saat ini berdiri di atas tanah seluas 7885 m² yang terbagi menjadi 5 blok:

1. Blok A

Luas Bangunan : 1728m²

Lantai 1 : IGD, Poliklinik, Farmasi, Kasir 2 dan Rekam Medis (Pendaftaran dan Penyimpanan Berkas RM).

Lantai 2 : Direktur, Wadir Medis, Wadir Umum, Wadir Keuangan, Ka. Bid Perawatan, SDM, Sekretariat, Keuangan, Komite Medis, ruang penyimpanan Berkas RM, EDP, Ka, Bid Yanmed, Ka. Bid Jangmed, ruang kuliah DIII Program Khusus AKPER Tugu Ibu, dapur kantor, kantor pengurus Koperasi Si Hati dan PT Tugu Ibu.

2. Blok B

Luas Bangunan : 1103,40 m²

Lantai 1 : Pemasaran, Poli Paru, Laboratorium, Radiologi, Treadmill, CT Scan dan Poli Gizi

Lantai 2 : Ruang Perawatan Kelas II

3. Blok C

Luas Bangunan : 1562 m²

Lantai 1 : Kamar Operasi, Kamar Bersalin, Perinatologi dan ICU

Lantai 2 : Aula, Ruang Perawatan Anak Wijaya Kusuma, Dokter Longue dan Kamar Mandi Umum

4. Blok D

Luas Bangunan : 2344,20 m²

Lantai 1 : Ruang Perawatan VIP dan Kelas I

Lantai 2 : Ruang Perawatan Kelas III dan Ruang Babussalam

5. Blok E

Luas Bangunan : 509,75 m²

Dipergunakan untuk Instalasi Gizi dan Dapur, Ka. Bagian Umum, Perbaikan dan Pemeliharaan Sarana RS, Laundry, Logistik, Purchasing Kendaraan, Pengolahan Limbah, Gudang, Parkir Belakang dan Kamar Jenazah. Lahan sisanya dipergunakan sebagai taman dan tempat parkir.

3.6 Fasilitas dan Pelayanan

Adapun jenis pelayanan serta fasilitas yang ada di RS Tugu Ibu sebagai berikut:

1. Instalasi Gawat Darurat

Pelayanan 24 jam dengan dokter bersertifikat ATLS/ACLS/PPGD dan perawat bersertifikat PPGD. Dilengkapi sarana DC shock dan syring pump.

2. Rawat Jalan

Sejumlah pelayanan rawat jalan yang dimiliki RSTI dapat dijabarkan pada tabel berikut:

Tabel 3.2.
Poliklinik Rawat Jalan Rumah Sakit Tugu Ibu

No	Poliklinik	Hari Buka	Waktu	Jumlah Dokter
1	Umum	Senin – Sabtu	09.00 – 20.00	7
2	Penyakit Dalam	Senin – Sabtu	Pagi dan Sore	3
3	Kesehatan Anak	Senin – Sabtu	09.00 – 20.00	3
4	Penyakit Syaraf	Senin – Sabtu	Pagi dan Sore	3
5	Jantung*	Senin – Jumat	Pagi dan Sore	2
6	Bedah Tulang	Senin, Rabu, Kamis, Jumat	Siang dan Sore	2
7	Gigi dan Mulut	Senin – Sabtu	09.00 – 20.00	6
8	Kulit dan Kelamin	Senin – Sabtu	Pagi dan Sore	2
9	Bedah Umum	Senin – Sabtu	Pagi dan Sore	3
10	Urologi	Senin dan Rabu	Sore	1
11	Paru	Senin – Sabtu	Sore	2
12	Mata	Senin – Sabtu	Pagi dan Sore	4
13	Kebidanan & Kandungan**	Senin – Sabtu	Pagi dan Sore	5
14	THT	Senin – Sabtu	Pagi dan Sore	1
15	Fisioterapi	Senin – Sabtu	Pagi dan Sore	4
16	Gizi	Senin – Jumat	Pagi	1
17	Psikiatri	Selasa, Kamis, Sabtu	Sore	1

Sumber : Bagian SDM RS Tugu Ibu

* Dilengkapi dengan treadmill

** Memiliki 2 poli

3. Rawat Inap

Fasilitas rawat inap dapat dijelaskan lebih lanjut pada tabel berikut:

Tabel 3.3.
Fasilitas Rawat Inap Rumah Sakit Tugu Ibu

No	Ruangan	Jumlah TT	Fasilitas
1	VIP	6	1 TT, TV, AC, Kulkas, Sofa, Telepon, KM, Lemari Pakaian, Meja Pasien, Dispenser, <i>Water Hitter</i> , <i>Air Freshener</i>
2	Kelas 1	24	2 TT, TV, AC, KM, Meja Pasien. Telepon dan <i>Air Freshener</i>
3	Kelas II	32	4 TT, AC, KM, Meja Pasien
4	Kelas III	40	6 TT, KM, AC, Meja Pasien
5	Babussalam Utama	2	1 TT, TV, AC, Kulkas, Sofa, Telepon, KM, Meja Pasien, Dipenser, <i>Air Freshener</i> dan <i>Baby Towel</i>
6	Babussalam I	2	2 TT, TV, AC, KM, Meja Pasien, Telepon, <i>Air Freshener</i> dan <i>Baby Towel</i>
7	Babussalam II A	4	4 TT, AC, KM, Meja Pasien dan <i>Baby Towel</i>
8	Babussalam II B	5	5 TT, AC, KM, Meja Pasien dan <i>Baby Towel</i>
9	Babussalam III	6	6 TT, AC, KM, Meja Pasien dan <i>Baby Towel</i>
10	ICU	3	3 TT, AC, <i>Bedside monitor</i> , <i>Syringe Pump</i> , <i>Infus Pump</i> , Ventilator
11	Perinatologi	8	8 TT, Kamar Tunggu Ibu, AC, Inkubator, <i>Syringe Pump</i> dan <i>Infus Pump</i>
12	Wijaya Kusuma VIP	2	1 TT, TV, AC, Kulkas, Sofa, Telepon, KM, Lemari Pakaian, Meja Pasien, Dispenser, <i>Water Hitter</i> , <i>Air Freshener</i>
13	Wijaya Kiusuma I	4	2 TT, TV, AC, Telepon, KM, Lemari Pakaian, Meja Pasien, Dispenser dan <i>Air Freshener</i>
14	Wijaya Kusuma II	8	4 TT, AC, KM, Meja Pasien, <i>Air Freshener</i> dan Dispenser
15	Wijaya Kusuma III	6	6 TT, AC, KM, Meja Pasien, <i>Air Freshener</i> dan Dispenser

Sumber : Bagian SIRS Rumah Sakit Tugu Ibu

4. Kamar Bersalin

Pelayanan 24 jam, ditangani oleh dokter dan bidan yang telah berpengalaman serta memiliki 2 orang dokter kebidanan dan kandungan wanita.

5. Kamar Operasi

Pelayanan 24 jam, mempunyai 2 ruang operasi. Pada tahun 2004 dilakukan penggantian lampu operasi.

6. *Medical Check Up*

Memiliki Tim *Medical Check Up*. Melayani *Medical Check Up* bagi calon karyawan, karyawan dan masyarakat umum.

7. Penunjang Medis

a. Laboratorium

Pelayanan 24 jam yang ditangani oleh tenaga analisis yang berpengalaman dan sejak bulan Juli 2006 telah memiliki dokter patologi klinik. Dilengkapi dengan peralatan medis sesuai dengan Standar Peralatan yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan RI. Melayani semua pemeriksaan laboratorium baik pemeriksaan darah, urin, faeces maupun pemeriksaan lainnya.

b. Radiagnostik dan Elektromedik

Pelayanan 24 jam, ditangani oleh 2 orang dokter radiologi dan penata rontgen yang telah berpengalaman. Peralatan yang dimiliki sampai saat ini berupa Pesawat Rontgen dengan kapasitas 500 KVA, Elektrokardiograf (EKG), Ultrasonografi, Rontgen Gigi dan CT Scan.

8. Pelayanan umum seperti mobil ambulans dan mobil jenazah.

3.7 KINERJA RUMAH SAKIT TUGU IBU

Untuk dapat menguraikan kinerja yang selama ini telah dicapai, maka penulis membuat tabel yang menggambarkan kinerja RSTI selama 6 (enam) tahun terakhir, yaitu tahun 2003 sampai dengan 2008, dengan beberapa indikator yang biasa dimiliki oleh rumah sakit lain, yaitu: tingkat BOR (*Bed Occupation Rate*),

ALOS (*Average Length of Stay*), TOI (*Turn Over Investment*), BTO (*Bed Turn Over*), NDR (*Net Death Rate*) dan GDR (*Gross Death Rate*), sebagai berikut :

Tabel 3.4.

Indikator Kinerja Rumah Sakit Tugu Ibu Tahun 2003 s/d 2008

No	INDIKATOR	TAHUN						STANDAR DEPKES
		2003	2004	2005	2006	2007	2008	
1	BOR	51,97	43,96	48,92	48,45	50,84	45,73	60-85%
2	ALOS	3,52	3,53	4,36	4,37	3,57	3,69	6-9 hari
3	TOI	3,20	4,34	3,62	3,57	3,50	4,12	1-3 hari
4	BTO	54,77	47,26	51,56	52,70	51,20	48,20	40-50 X
5	NDR	17,40	20,85	18,24	18,69	9,38	18,15	Maks 25/1000
6	GDR	23,00	27,43	29,02	28,75	24,54	26,75	Maks 45/1000

Sumber : Bagian SIRS Rumah Sakit Tugu Ibu

Penjelasan BOR (*Bed Occupation Rate*) adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu yaitu indikator yang memberi gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur. Dari tabel diketahui bahwa tingkat BOR berada di kisaran yang masih di bawah standar Departemen Kesehatan. Hal ini disebabkan masih belum banyak pasien yang tidak menggunakan fasilitas rawat inap di RSTI, sehingga penting untuk dilakukan suatu pengembangan.

Sedangkan ALOS (*Average Length of Stay*) adalah rata – rata lamanya perawatan seorang pasien. Tingkat ALOS juga menunjukkan angka dibawah standar Dep. Kes. Hal ini dikarenakan rata-rata pasien yang dirawat di RSTI jarang yang menderita penyakit berat atau kritis dan susah disembuhkan. Biasanya pasien yang kritis dibawa pulang oleh keluarga pasien, sehingga banyak kejadian pasien tersebut meninggal di rumah mereka. Tingkat TOI (*Turn Over Investment*) menunjukkan kondisi yang melebihi standar Dep. Kes. Tingkat BTO (*Bed Turn Over*) merupakan frekuensi pemakaian tempat tidur. Indikator ini dapat menunjukkan berapa kali dalam satuan waktu tertentu (biasanya satu tahun)

tempat tidur rumah sakit terpakai. Indikator ini dapat memberikan gambaran mengenai tingkat efisiensi dari pemakaian tempat tidur di rumah sakit. Sama halnya dengan indikator sebelumnya, BTO RSTI yang tidak memenuhi standar pada tahun 2003, berulang pada tahun 2005 hingga 2007, namun ada kecenderungan menurun atau normal. Sedangkan tingkat NDR (*Net Death Rate*) merupakan angka kematian *Netto* / bersih di suatu rumah sakit dalam suatu periode tertentu. Angka kematian yang ditetapkan Departemen Kesehatan RI adalah 25/1000 atau $< 0,025$. Tingkat NDR RSTI menunjukkan angka yang cukup rendah, karena pasien yang dirawat jarang memiliki suatu penyakit yang kritis. Selain itu, indikator GDR (*Gross Death Rate*) pada periode tersebut berada dibawah standar Dep. Kes. Indikator GDR merupakan angka kematian kasar di suatu rumah sakit dalam suatu periode tertentu. Pada umumnya pasien yang datang ke RSTI memiliki diagnosa febris (panas / demam) dan untuk jumlah pasien dengan penyakit berat tidak terlalu banyak. Selain menggunakan indikator-indikator di atas, kinerja sebuah rumah sakit juga dapat diukur dengan melihat data kunjungan pasien tiap tahunnya.

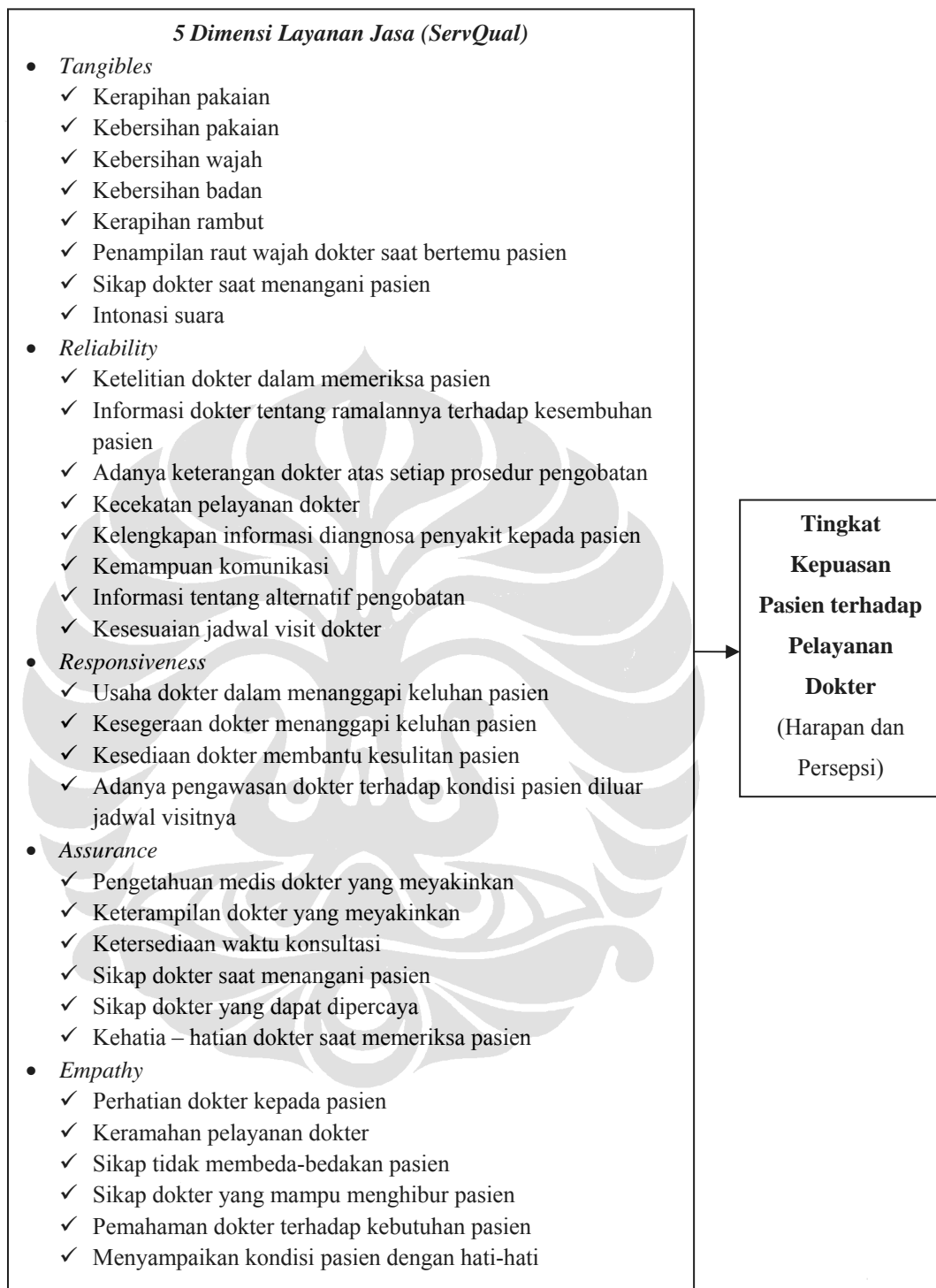
Selain itu rumah sakit juga dapat menghitung jumlah pendapatan tiap tahunnya, memperkirakan atau pun menghitung jumlah rugi atau laba rumah sakit, serta trend penyakit terbanyak pada tahun tersebut bila dilihat pada kunjungan pasien ke klinik terbanyak. Informasi ini menjadi bahan evaluasi bagi unit pemasaran rumah sakit akan pencapaian target yang diinginkan dan untuk mengetahui tingkat keberhasilannya dalam memasarkan produk kepada masyarakat mulai dari kesadaran akan keberadaan produk (*awareness*) hingga mendapat pelanggan (*customer*) yang secara berulang – ulang menggunakan produk rumah sakit.

BAB 4

KERANGKA KONSEP & DEFINISI OPERASIONAL

4.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep yang disusun merupakan hasil pemikiran dari kerangka teori, maka hal – hal yang ingin diteliti berkenaan dengan kepuasan pasien rawat inap terhadap pelayanan dokter di RSTI tahun 2009 adalah aspek – aspek yang sebelumnya telah diketahui menjadi keluhan pasien berdasarkan variabel – variabel yang didapat dari hasil resume kotak saran dan hasil survei pendahuluan yang telah dilakukan peneliti sebelumnya. Keluhan yang juga banyak disampaikan pasien adalah berkenaan dengan pelayanan tenaga medis (dokter dan perawat) dan mencakup 5 dimensi mutu pelayanan, yaitu: *Tangibles*, *Reliability*, *Responsiveness*, *Assurance* dan *Empathy*. Oleh karena evaluasi pelayanan perawat telah dilakukan secara berkala oleh pihak RSTI, sedangkan belum diketahui lebih lanjut berkenaan dengan gambaran persepsi dan harapan pasien rawat inap terhadap pelayanan dokter. Oleh karena itu, dalam kerangka konsep, peneliti memilih variabel – variabel berikut untuk diteliti.



Sumber : Zeithmal, Parasuraman dan Berry. Delivering Quality Service Balancing Customer Perception and Expectation. London : Collier McMilland, 1990.

Gambar 4.1. Kerangka Konsep

Sesuai dengan tujuan penelitian ini, maka gambaran Kepuasan Pasien rawat inap terhadap pelayanan dokter RSTI akan dilihat dari gambaran harapan dan persepsi pasien berdasarkan 5 (lima) dimensi pelayanan jasa, yaitu *Tangibles*, *Reliability*, *Responsiveness*, *Assurance* dan *Empathy*.

Definisi Konseptual

Sebelum membahas definisi operasional, maka berikut dijelaskan beberapa definisi konseptual yang menjadi pijakan peneliti dalam menjabarkan variabel penelitiannya seperti yang dikemukakan oleh Parasuraman, A., Zeithmal, V.A., Berry L.L. (1990) serta beberapa faktor yang mewakilinya yang peneliti kutip dari buku Djoko Wijono (1999) tentang Hak dan Kewajiban Pasien dan Dokter, ditambah dengan faktor – faktor hasil diskusi peneliti dengan beberapa dosen yaitu sebagai berikut:

1. *Tangibles* merupakan penampakan dari fasilitas fisik, peralatan, pegawai dan barang – barang komunikasi, kebersihan dan kerapihan pakaian, kebersihan wajah, kerapihan rambut, kebersihan badan, penampilan raut wajah petugas saat bertemu pasien serta intonasi suara.
2. *Reliability* merupakan derajat kemampuan untuk memberikan pelayanan seperti yang dijanjikan dan akurat, ketelitian dalam memeriksa pasien, adanya keterangan atas setiap prosedur pengobatan, kecekatan pelayanan, kelengkapan informasi diagnosa penyakit kepada pasien, informasi tentang ramalannya terhadap kesembuhan pasien, kemampuan komunikasi, informasi tentang alternatif pengobatan, kesesuaian jadwal pelayanan dengan jadwal yang sudah dijanjikan.
3. *Responsiveness* adalah kemauan untuk menolong pelanggan dan menyediakan pelayanan yang cepat, usaha petugas dalam menanggapi keluhan pasien, kesegeraan petugas merespon keluhan pasien, kesediaan petugas membantu kesulitan pasien, serta adanya pengawasan petugas terhadap kondisi pasien.
4. *Assurance* yaitu kemampuan pengetahuan dan sopan santun pegawai untuk menanamkan rasa percaya dan keyakinan kepada pelanggannya diantaranya dengan pengetahuan dan keterampilan petugas yang meyakinkan, ketersediaan waktu konsultasi, sikap petugas saat menangani

pasien, sikap petugas yang dapat dipercaya, serta kehati-hatian petugas saat memeriksa pasien.

5. *Empathy* adalah kepedulian, perhatian khusus dari perusahaan kepada pelanggannya, keramahan pelayanan, sikap tidak membeda – bedakan pasien, sikap petugas yang mampu menghibur pasien, pemahaman petugas terhadap kebutuhan pasien serta kehati – hatian petugas dalam menyampaikan kondisi pasien.

Sedangkan sebagai acuan peneliti berkenaan dengan kepuasan pasien, definisi yang digunakan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakan dengan harapannya. (Oliver dalam Supranto, 1997)



4.2 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur
<i>Tangibles</i> (Tampilan)	Penampakan dari fisik dokter RSTI yang diharapkan dan dipersepsikan pasien meliputi:				
	Kerapihan pakaian	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Berpakaian bebas (boleh menggunakan kaos); 2. Berkemeja dan tidak kusut; 3. Berkemeja dan memakai jas putih dokter (seragam)
	Kebersihan pakaian	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Tidak masalah dengan sedikit noda pada pakaian; 2. Tanpa noda pada pakaian; 3. Stelan pakaian seperti selalu baru (sangat bersih)
	Kebersihan wajah	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Awut-awutan; 2. Cukup bersih; 3. Sangat bersih
	Kebersihan badan	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Kurang bersih dan bau badan; 2. Bersih; 3. Bersih dan wangi
	Kerapihan rambut	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Acak-acakan; 2. Disisir rapi; 3. Rapi dan menarik
	Penampilan raut wajah saat bertemu pasien	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Ekspresi angkuh atau tidak bersahabat; 2. Ekspresi biasa-biasa saja; 3. Berseri-seri (tersenyum)
Intonasi suara	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Nada keras dan tidak enak didengar; 2. Biasa-biasa saja; 3. Nada suara halus dan enak didengar	
<i>Reliability</i> (Kehandalan)	Derajat kemampuan dokter memberikan pelayanan di Instalasi Rawat Inap RSTI yang diharapkan dan dipersepsikan setiap pasien, meliputi:				
	Ketelitian dokter dalam memeriksa pasien	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Dokter hanya menanyakan keluhan pasien; 2. Selain menanyakan keluhan, dokter juga memeriksa kondisi pasien; 3. Menanyakan keluhan pasien, memeriksa pasien dengan peralatan medisnya dan menganjurkan pemeriksaan medis lainnya yang diperlukan pasien (cek lab, dll)

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur
	Informasi dokter tentang ramalannya terhadap kesembuhan pasien	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Dokter tidak pernah menginformasikan ramalan kesembuhan pasien; 2. Dokter jarang menginformasikan ramalan kesembuhan pasien; 3. Dokter selalu menginformasikan pasien akan ramalan kesembuhannya
	Adanya keterangan dokter atas setiap prosedur pengobatan	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Dokter tidak pernah menerangkan setiap tindakan / prosedur pengobatan; 2. Dokter menerangkan tapi tidak dimengerti oleh pasien; 3. Dokter selalu menerangkan dengan jelas dan lengkap
	Kecekatan pelayanan dokter	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Dokter melayani pasien sangat bertele-tele; 2. Pelayanan dokter yang masih lamban atau kurang cekatan 3. Dokter sangat cekatan dalam melayani pasien
	Kelengkapan informasi diagnosa penyakit kepada pasien	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Dokter tidak menyebutkan nama penyakit yang diderita pasien; 2. Dokter hanya menyebutkan nama penyakit; 3. Dokter menjelaskan diagnosa penyakit kepada pasien dengan lengkap
	Kemampuan komunikasi	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Dokter tidak mampu menjelaskan dengan baik dan tidak ada kesempatan pasien untuk bertanya; 2. Dokter menjelaskan namun tidak mudah dimengerti sehingga perlu pengulangan penjelasan informasi; 3. Dokter sangat jelas dalam memberikan informasi dan komunikasi terjalin dua arah
	Informasi tentang alternatif pengobatan	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Dokter tidak pernah menginformasikan alternatif pengobatan; 2. Dokter hanya menyebutkan alternatif pengobatan yang ada; 3. Dokter menginformasikan alternatif pengobatan secara lengkap dan jelas
	Kesesuaian jadwal visit dokter dengan jadwal yang sudah dijanjikan	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Dokter selalu datang tidak sesuai jadwal sehingga pasien harus menunggu terlalu lama; 2. Dokter datang tepat waktu sesekali; 3. Dokter selalu datang tepat waktu

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur
<i>Responsiveness</i> (Ketanggapan)	Kemauan dokter di Instalasi Rawat Inap RSTI untuk memberikan bantuan dan jasa pelayanan yang diharapkan dan dipersepsikan pasien, meliputi: Usaha dokter dalam menanggapi keluhan pasien	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Dokter mendengarkan keluhan pasien; 2. Dokter segera mendengarkan keluhan pasien dengan penuh perhatian; 3. Dokter segera mendengarkan dan mengomentari atau mengambil tindakan terhadap keluhan pasien
	Kesegeraan dokter merespon keluhan pasien	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Dokter sangat lamban dalam merespon keluhan pasien; 2. Dokter masih agak lamban merespon keluhan; 3. Dokter sangat segera merespon keluhan pasien
	Kesediaan dokter membantu kesulitan pasien	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Dokter bersikap acuh tak acuh terhadap kesulitan pasien; 2. Dokter membantu bila diminta; 3. Dokter segera memberikan bantuan tanpa diminta pasien
	Adanya pengawasan dokter terhadap kondisi pasien diluar jadwal visitnya	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Dokter tidak pernah datang mengontrol kondisi pasien diluar jadwal visitnya; 2. Dokter datang hanya sesekali untuk mengontrol pasien diluar jadwal visit selama pasien dirawat; 3. Dokter rutin mengontrol keadaan pasien
<i>Assurance</i> (Keyakinan)	Kemampuan dokter RSTI yang dibutuhkan untuk dapat menanamkan rasa percaya dan keyakinan yang diharapkan dan dipersepsikan pasien, meliputi:				
	Pengetahuan medis dokter yang meyakinkan	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Dokter tidak mampu menjawab setiap pertanyaan pasien; 2. Dokter masih ragu – ragu menjawab pertanyaan pasien; 3. Dokter selalu mampu menjawab setiap pertanyaan pasien
	Keterampilan dokter yang meyakinkan	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Dokter selalu tidak yakin setiap mengambil tindakan terhadap pasien; 2. Dokter terkadang masih ragu-ragu dalam mengambil tindakan; 3. Dokter selalu yakin setiap mengambil tindakan terhadap pasien
	Ketersediaan waktu konsultasi	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Dokter sangat tergesa-gesa saat memeriksa pasien sehingga tidak ada waktu untuk konsultasi; 2. Dokter meluangkan waktu berkonsultasi bila diminta; 3. Dokter selalu menyediakan waktu untuk berkonsultasi tanpa diminta sampai pasien merasa puas

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur
	Sikap dokter saat menangani pasien	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Dokter sangat tidak sopan (kasar); 2. Dokter kurang sopan; 3. Dokter sangat sopan
	Sikap dokter yang dapat dipercaya	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Dokter sama sekali tidak bisa menjaga rahasia pasien; 2. Dokter dapat menyimpan rahasia bila diminta; 3. Dokter selalu menjaga hal-hal yang patut dirahasiakan atau dapat dipercaya
	Kehati-hatian dokter saat memeriksa pasien	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Dokter sangat ceroboh; 2. Cukup hati-hati; 3. Sangat hati-hati tanpa pernah sedikitpun membahayakan pasien
<i>Empathy</i> (Empati)	Suatu kepedulian, perhatian khusus dokter RSTI dalam memperlakukan pasien rawat inap yang diharapkan dan dipersepsikan pasien, meliputi:				
	Perhatian dokter kepada pasien	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Dokter bersikap tidak peduli; 2. Dokter cukup memperhatikan pasien; 3. Dokter sangat perhatian kepada pasien
	Keramahan pelayanan dokter	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Dokter memperlakukan pasien dengan sangat tidak ramah; 2. Dokter cukup ramah; 3. Dokter sangat ramah kepada pasien
	Sikap tidak membeda-bedakan pasien	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Dokter memberikan pelayanan khusus kepada pasien yang berasal dari status tertentu; 2. Dokter cukup adil dalam memperlakukan setiap pasien; 3. Dokter melayani setiap pasien tanpa membeda-bedakan status pasien (sangat adil)
	Sikap dokter yang mampu menghibur pasien	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Dokter bersikap kaku dan tidak humoris; 2. Dokter cukup humoris; 3. Dokter sangat humoris dan selalu mampu menghibur pasien
	Pemahaman dokter terhadap kebutuhan pasien	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Dokter sangat tidak paham akan hal yang menjadi kebutuhan pasien; 2. Dokter dapat memahami kebutuhan pasien bila diberi tahu; 3. Dokter sangat mampu memahami kebutuhan pasien tanpa diberi tahu lebih dulu

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur
	Menyampaikan kondisi pasien dengan hati-hati				<ol style="list-style-type: none"> Dokter menyampaikan kondisi pasien dengan tidak mempertimbangkan kondisi psikis pasien dan disampaikan kepada selain keluarga pasien; Dokter menyampaikan kondisi pasien hanya kepada keluarga atau kepada orang yang berhak; Dokter sangat hati – hati dalam menyampaikan kondisi pasien dengan mempertimbangkan kondisi psikis pasien dan kepada orang – orang yang berhak
Tingkat Kepuasan Pasien	Tingkat perasaan pasien rawat inap RSTI setelah membandingkan kinerja dokter RSTI dengan harapannya	Perhitungan skor untuk Tingkat Kesesuaian (Tki): Persepsi / Harapan x 100%	Kuesioner	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> Tidak puas (<100%) Puas (\geq100%)