

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

Rumah sakit adalah institusi yang merupakan bagian integral dari organisasi kesehatan dan organisasi sosial dan berfungsi menyediakan pelayanan kesehatan yang lengkap baik secara kuratif dan preventif bagi pasien rawat jalan dan rawat inap melalui kegiatan medis serta perawatan. Rumah sakit juga merupakan pusat pendidikan dan latihan tenaga kesehatan dan riset kesehatan (WHO, dikutip dari Rijadi, 1997).

Rumah Sakit adalah insitusi yang bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan individual dengan menggunakan sumber daya secara efektif dan efisien guna kepentingan masyarakat (Griffith 1987 dikutip dari Rijadi 1997)

Departemen kesehatan RI menyebutkan bahwa rumah sakit merupakan pusat pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan medik dasar dan medik spesialisik, pelayanan penunjang medik, pelayanan instalasi dan pelayanan perawatan baik rawat inap maupun rawat jalan (Septirahmawati, 2006).

Tugas rumah sakit menurut SK Menkes 983/1992 adalah melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan. Sedangkan fungsi rumah sakit menurut SK Menkes 983/1992 yaitu menyelenggarakan pelayanan medik dan non-medik, pelayanan dan asuhan keperawatan, rujukan, pendidikan, dan pelatihan, administrasi umum dan keuangan (Rijadi 1997)

Rumah sakit swasta adalah rumah sakit yang didirikan oleh pihak swasta (non-pemerintah), yaitu beberapa orang sepakat untuk mendirikan suatu badan hukum atau perusahaan hukum, dan badan hukum ini melakukan kegiatan dalam bidang pendirian dan menjalankan rumah sakit. Pada saat ini, tujuan pendirian rumah sakit swasta sudah mengalami pergeseran dari tujuan awalnya, yakni semula bersifat lembaga sosial-murni bergeser menjadi lembaga sosial-ekonomi (Iskandar, 1998).

2.2 Instalasi Rawat Jalan

Rawat jalan adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien yang masuk rumah sakit untuk keperluan observasi, diagnosa, pengobatan, rehabilitasi medis dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal di ruang rawat inap. Pelayanan rawat jalan mencakup pengobatan medis praktek swasta perorangan, praktek bersama, klinik-klinik, pusat pelayanan medis swasta maupun pemerintah termasuk rumah sakit (Depkes, 1987 dikutip dari Rijadi, 1997).

Instalasi rawat jalan bukanlah suatu unit pelayanan rumah sakit yang dapat bekerja sendiri, melainkan mempunyai kaitan dengan sangat erat dengan instalasi lain di rumah sakit agar dapat memberikan pelayanan kepada pasien dengan baik. Instalasi atau bagian lain yang mempunyai kaitan erat dengan rawat jalan, antara lain unit rekam medis, staf medis fungsional, laboratorium, pemeliharaan sarana rumah sakit, radiologi, logistik, farmasi, dan keuangan. Agar dapat memberikan pelayanan dengan sebaik-baiknya kepada pasien maka dalam melakukan kegiatan pelayanannya, unit atau bagian tersebut harus berkoordinasi dengan baik. Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan pertama dan merupakan pintu gerbang rumah sakit, serta merupakan satu-satunya bagian dari pelayanan medik yang memberikan kesan pertama bagi pasien sebagai konsumen (Rijadi, 1997).

Menurut Silalahi (1989) yang dikutip dari Rijadi (1997), manajemen rawat jalan harus dilandaskan pada keyakinan bahwa praktek medis yang baik itu harus dilihat dari:

- perspektif masyarakat: dalam suasana yang kompetitif harus mempertimbangkan kepentingan masyarakat.
- perspektif pasien : kepuasan eksternal.
- perspektif pemberi jasa rawat jalan : kepuasan internal.

Menurut Rijadi (1997), karakteristik yang dimiliki rawat jalan adalah:

- a. Pelayanan profesional dan paripurna
 - pelayanan yang cepat dan tepat
 - pelayanan yang profesional
 - spesialis yang cukup dan *full time*
- b. Sumber daya manusia yang profesional
 - pelayanan yang spesialis

- ramah
 - kompetensi sumber daya manusia yang profesional
 - kemampuan manajerial dari kepala unit rawat jalan
- c. Desain dan alur
- kebersihan
 - letak tata ruang
 - nyaman
 - lokasi
 - alur pasien
- d. Sistem informasi
- *customer oriented*
 - informasi lengkap
 - kekeluargaan
 - warna khusus

2.3 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan, atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behaviour*) adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan. Tindakan atau perilaku ini dimulai dari mengobati sendiri (*self threatment*) sampai mencari pengobatan ke luar negeri.

Upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan diwujudkan dalam suatu wadah pelayanan kesehatan yang disebut sarana kesehatan. Jadi sarana kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan. Upaya penyelenggara pelayanan kesehatan, pada umumnya dibedakan menjadi tiga:

- a. Sarana pemeliharaan kesehatan primer (*primary care*)

Sarana atau pelayanan kesehatan bagi kasus-kasus atau penyakit ringan. Sarana kesehatan primer ini adalah sarana yang paling dekat pada masyarakat, artinya pelayanan paling pertama yang menyentuh masalah kesehatan di masyarakat. Misalnya: puskesmas, poliklinik, dokter praktek swasta, dan sebagainya.

b. Sarana pemeliharaan kesehatan tingkat dua (*secondary care*).

Sarana atau pelayanan kesehatan rujukan bagi kasus-kasus atau penyakit dari sarana pelayanan kesehatan primer. Artinya sarana pelayanan kesehatan ini menangani kasus-kasus yang tidak atau belum bisa ditangani oleh sarana kesehatan primer karena peralatan atau keahliannya belum ada. Misalnya puskesmas dengan rawat inap (puskesmas pusat), rumah sakit kabupaten, rumah sakit tipe D dan C, dan rumah bersalin.

c. Sarana pemeliharaan kesehatan tingkat tiga (*tertiary care*)

Sarana pelayanan kesehatan rujukan bagi kasus-kasus yang tidak dapat ditangani oleh sarana-sarana pelayanan kesehatan primer dan pelayanan kesehatan sekunder. Misalnya rumah sakit provinsi, rumah sakit tipe B atau A.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan pada dasarnya merupakan hasil interaksi antara pengguna jasa layanan (konsumen) dan penyelenggara jasa pelayanan (provider). Interaksi ini merupakan satu hal yang sangat kompleks dan berhubungan dengan banyak faktor (Dever, 1984). Dever mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan yaitu:

- a. Sosio budaya: mencakup teknologi dan norma
- b. Organisasi: meliputi ada tidaknya fasilitas pelayanan kesehatan, kemudahan secara geografi, *acceptability*, *affordability*, struktur organisasi dan proses pelayanan kesehatan.
- c. Faktor yang berhubungan dengan konsumen: meliputi derajat sakit, mobilitas penderita, cacat yang dialami, sosiodemografi (umur, jenis kelamin, status perkawinan), sosiopsikologi (persepsi tentang sakit, kepercayaan, dan sebagainya), sosioekonomi (pendidikan, pendapatan, pekerjaan, jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan, kebutuhan)
- d. Faktor yang berhubungan dengan provider: meliputi kemampuan petugas dalam menciptakan kebutuhan masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan, karakteristik provider (perilaku dokter dan paramedis, jumlah dan jenis dokter, peralatan yang tersedia serta penggunaan teknologi canggih)

Anderson dikutip dari Notoatmodjo (2003) membagi 3 kategori utama dalam pelayanan kesehatan yakni: karakteristik predisposisi, karakteristik pendukung, dan karakteristik kebutuhan.

a. Karakteristik predisposisi (*predisposing characteristics*)

Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Hal ini disebabkan karena adanya ciri-ciri individu, yang digolongkan ke dalam 3 kelompok:

- 1) ciri-ciri demografi, seperti jenis kelamin dan umur
- 2) struktur sosial, seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, kesukuan atau ras, dan sebagainya
- 3) manfaat-manfaat kesehatan, seperti keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit. Selanjutnya Anderson percaya bahwa:

- setiap individu atau orang mempunyai perbedaan-perbedaan karakteristik, mempunyai perbedaan tipe dan frekuensi penyakit, dan mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan
- setiap individu mempunyai perbedaan struktur sosial, mempunyai perbedaan gaya hidup, dan akhirnya mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan.
- individu percaya adanya kemandirian dalam penggunaan pelayanan kesehatan.

b. Karakteristik pendukung (*enabling characteristics*)

Karakteristik ini mencerminkan bahwa meskipun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, ia tak akan bertindak untuk menggunakannya, kecuali bila ia mampu menggunakannya. Penggunaan pelayanan kesehatan yang ada tergantung kepada kemampuan konsumen untuk membayar. Karakteristik pendukung mempunyai dua unsur, sumber daya keluarga (penghasilan keluarga, kemampuan membeli jasa pelayanan kesehatan dan keikutsertaan dalam asuransi kesehatan), dan sumber daya masyarakat (jumlah sarana pelayanan kesehatan, jumlah tenaga kesehatan, rasio penduduk dan tenaga kesehatan, lokasi sarana kesehatan).

c. Karakteristik kebutuhan (*need characteristics*)

Komponen *need* merupakan komponen yang paling langsung berpengaruh terhadap pelayanan kesehatan. Faktor predisposisi dan faktor yang memungkinkan untuk mencari pengobatan dapat terwujud di dalam tindakan apabila itu dirasakan sebagai kebutuhan. Dengan kata lain kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan, bilamana tingkat predisposisi dan enabling itu ada. Kebutuhan (*need*) di sini dibagi menjadi dua kategori, dirasa atau *perceived (subject assessment)* dan *evaluated (clinical diagnosis)*. Komponen ini diukur dengan laporan tentang berbagai *simpton*, fungsi-fungsi yang terganggu dan persepsi terhadap kesehatan.

Teori pemanfaatan lain dari variable perilaku (*predisposing factor*) dan dengan luar perilaku (*enabling factor* dan *reinforcing factor*). Dikemukakan oleh Green (1980):

- a. Faktor predisposisi (*predisposing factor*): meliputi pengetahuan, sikap, keyakinan terhadap kesehatan, nilai, dan persepsi, serta faktor demografi akan mempengaruhi motivasi perorangan maupun kelompok untuk melakukan tindakan.
- b. Faktor pemungkin (*enabling factor*): mencakup *personal skill* dan sumber daya kelompok maupun sumber daya masyarakat, antara lain ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan, biaya, jarak, akses transportasi, jam buka pelayanan kesehatan yang tersedia.
- c. Faktor penguat (*reinforcing factor*): faktor yang mendukung timbulnya tindakan kesehatan antara lain faktor keluarga, teman, guru, peraturan dan perundangan di bidang kesehatan, sikap dan perilaku petugas kesehatan, serta faktor dari provider kesehatan.

Keputusan untuk menggunakan pelayanan kesehatan merupakan kombinasi dari kebutuhan normatif (*normative need*) dengan kebutuhan yang dirasakan (*felt need*), karena untuk konsumsi pelayanan kesehatan konsumen sering tergantung kepada informasi yang disediakan oleh institusi pelayanan ditambah dengan preferensinya.

Menurut Zschock (1979) pemilihan terhadap pelayanan kesehatan berhubungan dengan beberapa faktor antara lain:

a. Status kesehatan, pendidikan dan pendapatan

Status kesehatan mempunyai hubungan erat dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, pemanfaatan pelayanan kesehatan hanya timbul secara efektif bila terdapat biaya/kemampuan membayar komoditi yang ada. Kemiskinan merupakan pembatas bagi seseorang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang diperlukan. Akibatnya terdapat ketidaksesuaian antara *demand* dan kebutuhan, sedang bila seseorang mampu membayar biaya pelayanan kesehatan yang dibutuhkan ini menyebabkan kesesuaian antara *demand* dan kebutuhan pendidikan mempengaruhi status kesehatan seseorang, pada umumnya seseorang yang berpendidikan tinggi akan mempunyai pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik dari seseorang yang berpendidikan lebih rendah. Pendidikan akan sangat efektif membantu masyarakat berusaha untuk hidup sehat.

b. Faktor konsumen dan provider

Di dalam pelayanan kesehatan umumnya provider mempunyai peranan yang lebih besar untuk menentukan jenis pelayanan dibanding konsumen sendiri. Hal ini disebabkan provider lebih mengetahui tingkat dan jenis pelayanan yang dibutuhkan oleh konsumen. Pada masyarakat yang sudah maju dan sudah banyak mengenal masalah kesehatan, konsumen/masyarakat dapat memilih dan menentukan jenis pelayanan kesehatan yang dikehendaki. Pada daerah yang sedang berkembang masyarakatnya masih miskin, fasilitas kesehatan terbatas, serta jumlah provider terbatas, menyebabkan konsumen/masyarakat tidak dapat memilih dan menentukan pelayanan kesehatan yang dikehendaki.

c. Biaya dan penerimaan kesehatan

Pemanfaatan pelayanan kesehatan juga berhubungan dan dipengaruhi oleh besarnya pendapatan dari konsumen pemakai pelayanan kesehatan. Biaya langsung pelayanan kesehatan merupakan semua biaya yang harus dikeluarkan oleh konsumen untuk memperoleh pelayanan kesehatan, termasuk biaya pelayanan kesehatan, biaya transportasi, pendapatan yang hilang ketika mencari dan mendapatkan pelayanan kesehatan. Apabila terdapat kondisi dimana konsumen tidak membayar biaya pelayanan kesehatan, misal: karena adanya

subsidi, pembayaran tidak langsung/pembayaran oleh pihak ketiga baik oleh perusahaan/asuransi, maka ternyata pengguna pelayanan kesehatan meningkat.

d. Kualitas dan kuantitas pelayanan

Kualitas dan kuantitas pelayanan juga berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, walaupun efeknya secara tidak langsung. Kurangnya fasilitas kesehatan akan menyebabkan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang rendah, sedangkan bila fasilitas kesehatan ditambah, maka pemanfaatan pelayanan kesehatan akan meningkat. Pada kualitas, sangat sulit pengukurannya, walaupun terbukti mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan.

e. Risiko sakit dan lingkungan

Pemanfaatan pelayanan kesehatan tidaklah sama dengan pemanfaatan terhadap komoditi lain, hal ini disebabkan:

- 1) risiko sakit tidak sama pada tiap orang, datangnya tidak dapat diduga
- 2) kekuatan pelayanan kesehatan tidak hanya untuk individu konsumen, tetapi juga untuk orang lain yang berada di lingkungannya. Besarnya biaya yang harus dikeluarkan oleh individu untuk memperoleh pelayanan kesehatan tergantung dari jenis pelayanan kesehatan yang diperoleh dan kondisi sakit individu.

Pertumbuhan industri rumah sakit saat ini cenderung dikendalikan oleh mekanisme permintaan dan penawaran. Perkembangan ini juga didorong karena kemajuan teknologi kedokteran yang disambut oleh *demand* individu (*supply induce demand*). Beberapa tulisan menyebutkan bahwa terdapat berbagai macam faktor yang mempengaruhi permintaan (*demand*) terhadap pelayanan kesehatan. Faktor-faktor tersebut antara lain pendapatan, tarif pelayanan dan tarif dari substitusi lain, dan selera (status kesehatan, pendidikan, dan lain-lain), jenis kelamin, usia, adanya asuransi, pendapatan keluarga, jumlah anggota dalam keluarga, respon terhadap gejala minor, geografis, motivasi khusus, kebutuhan, aksesibilitas, status perkawinan, *time cost*, pekerjaan dan lain-lain (Ferdinand & Salimar, 2004 dikutip dari Septirahmawati, 2006).

Smet (1994) menambahkan bahwa terdapat faktor non fisiologis yang mendorong seseorang memutuskan untuk pergi ke pelayanan medis. Faktor tersebut antara lain: perawatan medis, kemampuan membayar, serta kegagalan

dan kesuksesan perawatan, disamping faktor penting dalam perilaku mencari bantuan seperti ciri demografi seperti jenis kelamin, ras, umur, status ekonomi dan pendidikan, serta dukungan sosial.

Perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan kembali didasari oleh adanya pengalaman, keyakinan, dan tersedianya fasilitas yang sesuai kebutuhan pasien. Perilaku ini menyangkut respon terhadap fasilitas pelayanan, cara pelayanan petugas, dan harga obat-obatan (Notoatmojo, 2003)

Dengan menggunakan model Foster dan Anderson, Salan dalam Smet (1994) menyebutkan lima tahap proses menuju pemanfaatan pelayanan medis:

- a. keputusan bahwa ada sesuatu yang tidak beres
- b. keputusan bahwa seorang sakit dan membutuhkan perawatan profesional
- c. keputusan untuk mencari perawatan medis profesional
- d. keputusan untuk mengalihkan pengawasan kepada dokter dan menerima serta mengikuti pengobatan yang ditetapkan
- e. keputusan untuk mengakhiri peranan pasien

Hampir setiap orang mempunyai keluhan yang menakutkan tentang sebuah kunjungan kepada berbagai macam petugas kesehatan. Hal ini bergantung pada 'setting' (rumah sakit atau praktek dokter), pada jenis tenaga kesehatan (dokter, perawat, apoteker, dll), pada struktur sistem perawatan kesehatan (biaya-biaya dan sistem asuransi, kepadatan yang berlebihan di tempat konsultasi atau rumah sakit, kemampuan dan prasarana pusat kesehatan, dll) (Smet, 1994).

2.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kunjungan Rawat Jalan

Pelayanan rawat jalan akan semakin berkembang di masa yang akan datang, oleh karena itu membutuhkan pelayanan yang profesional, kompetensi sumber daya manusia yang memadai, disain dan alur pasien serta sistem informasi yang *customer oriented* (Rijadi, 1997). Salah satu indikator yang digunakan untuk menilai kinerja rawat jalan rumah sakit adalah dengan melihat nilai rata-rata kunjungan rawat jalan (Dirjen Yanmed, 1993).

Faktor yang berhubungan dengan kunjungan rawat jalan adalah indikator provider dan indikator consumer, yang selanjutnya akan mempengaruhi indikator objektif yaitu pemanfaatan pelayanan kesehatan dan indikator subjektif yaitu kepuasan pasien dan kualitas pelayanan (Aday et al, 1980 dalam Delly, 2005).

2.4.1 Faktor Eksternal

a. Perilaku konsumen

Perilaku konsumen merupakan tindakan yang langsung terlibat dalam mendapatkan, mengkonsumsi dan menghabiskan produk dan jasa, termasuk keputusan yang mendahului dan menyusul tindakan ini (Engel, dkk, 1994)

Kotler (2002) mengartikan perilaku konsumen sebagai perilaku pembelian konsumen akhir, baik individu maupun rumah tangga, yang membeli produk untuk konsumsi personal. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku konsumen:

Gambar 2.1 Perilaku Konsumen



Pada setiap golongan umur mempunyai pola penyakit yang berbeda sehingga kebutuhan akan pelayanan kesehatan berbeda pula. Meningkatnya golongan usia tua cenderung akan meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Demikian pula dengan penambahan jumlah anggota keluarga, seperti balita akan meningkatkan frekuensi penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan (Fieldstein, 1993).

Perbedaan jenis kelamin merupakan salah satu faktor pembeda dalam pemanfaatan rawat jalan. Perempuan mempunyai kecenderungan untuk lebih banyak menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan dibandingkan laki-laki. Hal ini dimulai dari saat mengandung, melahirkan, menyusui, dan berbagai penyakit wanita lainnya.

Tingkat pendidikan seseorang yang semakin baik akan mempengaruhi pengetahuannya mengenai kesehatan sehingga akan mampu menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan dengan lebih baik (Notoatmojo, 2003).

Pekerjaan mempunyai hubungan dengan pendidikan dan penghasilan. Lingkungan kerja menyebabkan makin luasnya informasi yang dapat diperoleh yang nantinya akan mempengaruhi proses pencarian pelayanan kesehatan. Pekerjaan dengan penghasilan yang cukup besar akan mempengaruhi konsumsi barang maupun jasa termasuk pemilihan pelayanan kesehatan. Tingginya pendapatan akan meningkatkan *demand* terhadap pelayanan kesehatan. Keputusan untuk menggunakan pelayanan kesehatan berkaitan dengan kemampuan membayar.

Penanggungjawab pembayar pelayanan kesehatan akan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan rawat jalan. Thabrany (1993) dikutip dari Suparman (2003) mengatakan bahwa adanya jaminan asuransi akan membuat seseorang lebih sering menggunakan pelayanan kesehatan.

Defriese (1989) dalam Delly (2005) mengatakan bahwa keberadaan tempat pelayanan kesehatan berkaitan dengan jarak dan transportasi mempengaruhi perilaku dan keputusan memilih pelayanan kesehatan. Lokasi fasilitas ikut menentukan kesuksesan suatu jasa, karena lokasi berkaitan dengan pasar potensial sebuah perusahaan. Lokasi yang strategis dapat dilihat dari:

- akses, misalnya mudah dijangkau atau dilalui transportasi umum
- visibilitas, misalnya dapat dilihat dengan jelas dari tepi jalan
- lalu lintas (*traffic*), yaitu banyak orang yang lalu lalang sehingga memungkinkan terjadinya *impulse buying*, atau kepadatan lalu lintas dapat menjadi hambatan
- tempat parkir yang luas dan aman
- ekspansi, yaitu masih tersedia lahan untuk ekspansi usaha

- lingkungan, misalnya daerah sekitar yang berdekatan dengan perumahan, perkantoran, dan lain-lain
- pesaing, apakah daerah sekitar sudah ada jenis usaha yang sama
- peraturan pemerintah, misalnya adanya ketentuan larangan usaha di daerah tersebut (Tjiptono, 2003)

b. Persepsi terhadap mutu pelayanan

Mengenai mutu pelayanan ada dua faktor utama yang mempengaruhinya yaitu *expected service* dan *perceived service*. Bila jasa yang diterima atau dirasakan sesuai dengan yang diharapkan, maka mutu pelayanan dipersepsikan baik dan memuaskan. Sebaliknya jika pelayanan yang diterima lebih rendah dari yang diharapkan, maka mutu pelayanan dipersepsikan buruk. Dengan demikian baik tidaknya mutu pelayanan tergantung pada kemampuan penyedia jasa dalam memenuhi harapan pelanggannya secara konsisten.

Rangkuti (2002) mendefinisikan persepsi sebagai proses dimana individu memilih, mengorganisasikan, serta mengartikan stimulus yang diterima melalui alat inderanya menjadi suatu makna. Meskipun demikian, makna dari proses persepsi tersebut juga dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu individu yang bersangkutan.

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap persepsi pelanggan atas jasa:

- 1) harga: harga menimbulkan persepsi produk berkualitas atau tidak berkualitas
- 2) citra: citra menimbulkan persepsi produk berkualitas atau tidak berkualitas
- 3) tahap pelayanan: kepuasan pelanggan ditentukan oleh berbagai jenis pelayanan yang didapat oleh pelanggan selama ia menggunakan beberapa tahapan pelayanan tersebut. Ketidakpuasan yang diperoleh pada tahap awal pelayanan menimbulkan persepsi berupa kualitas pelayanan yang buruk untuk tahap pelayanan selanjutnya sehingga pelanggan merasa puas dengan pelayanan secara keseluruhan.
- 4) Momen pelayanan: kinerja pelayanan ditentukan oleh pelayanan, proses pelayanan, dan lingkungan fisik dimana pelayanan diberikan.

Tingkat kepentingan konsumen terhadap pelayanan jasa yang akan mereka terima akan dibentuk melalui pengalaman dan saran yang diperoleh. Konsumen akan memilih berdasarkan tingkat kepentingannya. Setelah menikmati pelayanan jasa konsumen cenderung untuk membandingkan dengan apa yang mereka harapkan. Apabila pelayanan jasa yang pernah mereka alami jauh berada di bawah yang diharapkan, mereka akan kehilangan minat terhadap pemberi jasa tersebut (Rangkuti 2002).

2.4.2 Faktor Internal

Adanya proses sebelum memutuskan untuk memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan menunjukkan bahwa hubungan antara konsumen dan pemberi jasa sangat erat. Konsumen sangat erat terkait di dalam proses produksi, maka persepsi mereka terhadap mutu pelayanan terpengaruh oleh beberapa faktor antara lain: penampilan petugas dalam hal ini dokter dan perawat, keadaan lingkungan atau fasilitas yang tersedia, ketersediaan layanan, dll. Pelayanan kesehatan adalah pelayanan yang diberikan oleh penerima pasien dalam hal ini dokter dan perawat dalam tugasnya melayani pasien, meliputi kecepatan pelayanan atau waktu tunggu, keramahan, keterampilan, perhatian dan kejelasan informasi serta cepat tanggap terhadap keluhan pasien.

a. Tarif

Tarif menurut Trisnantoro (2004) adalah nilai suatu jasa pelayanan yang ditetapkan dengan ukuran sejumlah uang berdasarkan pertimbangan bahwa dengan nilai uang tersebut sebuah rumah sakit bersedia memberikan jasa kepada pasien. Menurut Feldstein, P. J. (1993), tarif dalam pelayanan kesehatan tidak serupa dengan tarif pada produk lain. Tarif dalam pelayanan kesehatan tidak dapat dinaikturunkan seperti pada produk lain karena menyangkut banyak hal yang sifatnya tidak komersial. Engel (1993) mengemukakan bahwa tarif atau harga yang dibayarkan pengguna jasa merupakan salah satu pertimbangan konsumen untuk memilih suatu barang atau jasa.

Menurut Trisnantoro (2004) hubungan tarif dengan *demand* terhadap pelayanan kesehatan adalah negatif. Semakin tinggi tarif maka *demand* akan menjadi semakin rendah. Sangat penting untuk dicatat bahwa hubungan negatif

ini secara khusus terlihat pada keadaan pasien yang mempunyai pilihan. Pada pelayanan rumah sakit, tingkat *demand* pasien sangat dipengaruhi oleh keputusan dokter. Keputusan dari dokter mempengaruhi jenis pemeriksaan dan berbagai tindakan medik lainnya. Masalah tarif rumah sakit merupakan hal yang kontroversial. Pernyataan normatif di masyarakat memang mengharapkan bahwa tarif rumah sakit harus rendah agar masyarakat miskin mendapat akses. Akan tetapi tarif yang rendah dengan subsidi yang tidak cukup dapat menyebabkan mutu pelayanan turun bagi orang miskin dan hal ini menjadi masalah besar dalam manajemen rumah sakit.

b. Dokter

Dokter merupakan inti utama dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Untuk itu perlu dibina hubungan yang baik dan serasi antara rumah sakit dan dokter, guna dapat memberikan pelayanan yang optimal pada pasiennya. Harapan akhir pasien adalah kesembuhan penyakitnya dengan proses penanganan dari dokter melalui perhatian, rasa aman, kasih sayang dan ketelitian. Membangun komunikasi yang baik dengan pasien akan memperlancar penanganan dan kesembuhan pasien. Kepuasan terhadap pelayanan dokter meliputi ketepatan jadwal pelayanan dokter atau waktu tunggu pendek, keramahan, ketelitian, serta kejelasan dalam memberikan informasi tentang penyakit yang diderita.

Dalam memberikan pelayanan medis seorang dokter berkewajiban menjalankan tugasnya sesuai dengan standar medis yang telah ditetapkan, sehingga mereka akan bertindak dengan teliti dan hati-hati. Hubungan dokter dan pasien merupakan suatu hubungan yang sejajar, dimana satu pihak adalah pemberi pelayanan dan pihak lain sebagai penerima pelayanan. Jika ini dapat dijaga maka akan dapat dijamin pelayanan yang bermutu kepada pasien (Iskandar, 1998).

Ross (1984) menyebutkan beberapa keluhan pasien terhadap dokternya di rumah sakit yang meliputi tidak diberi cukup waktu oleh dokter, keangkuhan dokter, tidak diberi informasi lengkap tentang penyakitnya, serta tidak adanya kerjasama antara dokter pribadi dan spesialis yang dikonsul.

Aditama (2003) menyatakan seringkali disebutkan perlunya penjelasan menyeluruh tentang keadaan penyakit kepada pasien dan keluarganya agar mereka memahami keadaan kesehatannya serta upaya pengobatan apa yang akan

mereka jalani. Pasien juga diberi kesempatan sesuai Undang-Undang No. 23 tentang kesehatan untuk menanyakan pendapat dokter tentang penyakit dan rencana pengobatan dirinya. Oleh karena itu dokter memiliki kewajiban untuk menjelaskan penyakit yang terkait pasien dengan sebaik mungkin.

Menurut Rijadi (1997) sikap dokter dan ketelitiannya meningkatkan keyakinan pasien terhadap kesembuhannya. Sehingga pasien akan puas kalau dokter melayani seperti yang diharapkan. Artinya, dokter di poliklinik rawat jalan adalah mereka yang ramah kepada pasien, terampil dan ahli dalam bidangnya, melakukan tindakan sesuai dengan standar pelayanan medis yang ada dan memberikan pengobatan yang rasional.

Kepuasan terhadap pelayanan dokter di rumah sakit meliputi ketepatan jadwal, keramahan, ketelitian, serta kejelasan dalam memberikan informasi tentang penyakit yang diderita. Sedangkan kualitas pelayanannya dilihat dari proses pelayanan (termasuk jadwal yang tepat), prosedur yang berlaku dan penurunan angka kesakitan maupun kematian (Ross, 1984).

Interaksi antara dokter dan pasiennya merupakan kegiatan yang dilaksanakan secara profesional, sesuai etika dan nilai-nilai masyarakat serta sesuai dengan prosedur standar yang berlaku. Masalah timbul karena waktu menunggu lama, jam pelayanan yang tidak tepat, tidak memberikan waktu yang cukup dan tidak memberi informasi yang memadai serta berbicara dengan bahasa teknis. Sehingga pemenuhan kepuasan pasien lebih banyak untuk memenuhi harapan pasien daripada standar pelayanan medis (Thabrany, 2002 dalam Suparman, 2003).

c. Perawat

Perawat adalah tenaga paramedis yang telah dididik untuk melaksanakan asuhan keperawatan dengan penuh dedikasi, ramah, sopan santun, perhatian dan ketelatenan melalui komunikasi yang baik sehingga menimbulkan rasa aman, rasa percaya diri pasien yang akan lebih mendorong dan mempercepat penyembuhan penyakitnya.

Rijadi (1997) menyatakan bahwa perawat sebagai andalan rumah sakit harus selalu siap setiap pasien membutuhkan bantuan. Oleh karena itu, hubungan perawat dengan pasien jauh lebih erat dibandingkan dengan hubungan tenaga

lainnya. Kualitas perawat sangat menentukan mutu asuhan keperawatan dan keramahan perawat akan menimbulkan minat untuk berkunjung kembali.

Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan dan kualitas perawat, pengetahuan dan keterampilan perlu ditingkatkan melalui pendidikan formal dan non formal. Seperti seminar dan pelatihan yang dibiayai rumah sakit serta tenaga keperawatan di rumah sakit sebaiknya bukan tenaga kontrak serta tidak ada kesenjangan dalam kompensasi (Wahyuni, dkk, 2003 dalam Suparman 2003).

Menurut Aditama (2003) motivasi kerja perawat yang kurang dipengaruhi oleh kurangnya pembagian insentif, pengembangan karier yang "mentok", kekurangpuasan perawat terhadap pekerjaannya. Sering juga ada keluhan dari pasien bahwa perawat kurang ramah dan kurang sabar. Masalahnya tentu bukan hanya soal sikap peramah atau penyabar, tetapi juga mungkin beban kerja yang terlalu tinggi serta peraturan yang belum jelas baik bagi pasien maupun keluarganya.

d. Pelayanan

Kotler (1987) dan Donabedian (1988) dikutip dari Delly (2005) sependapat bahwa dalam manajemen rawat jalan waktu pelayanan, lama menunggu pelayanan maupun kenyamanan merupakan hal yang perlu diperhatikan dalam keberhasilan pelayanan. Hal tersebut juga diungkapkan oleh Ross (1984) menyebutkan salah satu keluhan utama pasien yaitu waktu menunggu dokter yang terlalu lama.

Menurut Rijadi (1997) waktu menunggu sering menjadi keluhan utama pasien. Tiga faktor yang mempengaruhi lama tunggu pasien yaitu: sistem perjanjian kedatangan pasien, jumlah dan pola kedatangan pasien, dan pola aktivitas karyawan. Beberapa masalah utama administrasi rawat jalan yaitu file pasien sering terlambat, jadwal perjanjian pasien, prosedur administrasi yang berlebihan di pencatatan, serta rekam medis. Jika semua masalah itu terjadi, maka akan mengakibatkan pelayanan pendaftaran menjadi kurang baik di mata pasien.

Mowe dan Minor (2002) berpendapat salah satu cara meminimalkan ketidakpuasan konsumen yang menunggu pelayanan/jasa adalah dengan menetapkan berapa lama konsumen harus menunggu, dan mengisi waktu mereka dengan sesuatu yang bisa dikerjakan. Harapan konsumen akan kinerja juga

dipengaruhi oleh pengalamannya dengan produk-produk lain yang serupa. Misalnya, salah satu faktor utama yang mempengaruhi persepsi konsumen akan kualitas pelayanan kesehatan adalah ketepatan waktu pemberian perawatan kesehatan. Para dokter dan rumah sakit telah mulai mengakui bahwa konsumen membentuk harapan mereka tentang ketepatan waktu sama seperti dari pengalaman mereka akan pelayanan bank dan restoran telah mulai dengan sarana kesehatan lainnya.

e. Fasilitas

Fasilitas pelayanan adalah lingkungan tempat pelayanan atau poliklinik tempat memberikan pelayanan kesehatan pada pasien. Tempat pelayanan harus dapat memberikan kenyamanan dan keamanan pada pasien selama pasien mendapatkan layanan seperti ruang pemeriksaan dan ruang tunggu yang bersih, penataan ruang yang teratur, kursi tunggu, tempat sampah, kamar mandi bersih tidak licin dan persediaan air yang cukup, sesuai dengan standar sarana poliklinik yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan melalui Keputusan Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Nomor YM/02.04.3.5.2414 tahun 1998 tentang berlakunya Standar Pelayanan Praktek Berkelompok Dokter Spesialis.

Ketersediaan pelayanan yang memudahkan pasien untuk mendapatkan atau mengkonsumsi pelayanan yang diperlukan seperti laboratorium, pemeriksaan radiologi, obat dan alat kesehatan untuk keperluan diagnosa dan pengobatan, secara langsung dan tidak langsung berpengaruh terhadap kunjungan rawat jalan.

Karakteristik penyedia pelayanan ini juga diukur dengan mutu pelayanan seperti kebersihan, kenyamanan, kamar mandi, kelengkapan obat dan alat kesehatan, ketersediaan pelayanan, keramahan petugas dan ketepatan jadwal pelayanan. Mutu yang baik akan memberikan kepuasan kepada pasien dan pasien yang puas akan kembali ke rumah sakit yang sama. Kepuasan pelanggan merupakan faktor penentu bagi peningkatan kunjungan rawat jalan dan dipengaruhi oleh pengalaman terhadap pelayanan yang diterimanya pada suatu saat tertentu.

Rijadi (1997) menyatakan bahwa pasien atau keluarganya cenderung untuk menilai rumah sakit berdasarkan lingkungan fisik yang mereka lihat, seperti ruang tunggu yang nyaman, sarana WC atau cuci tangan yang bersih dan jumlah

yang cukup. Pengaturan tata ruang serta pemilihan jenis warna dinding dan ruang tunggu serta perlengkapan fisik misalnya kursi dan tempat tidur. Fasilitas yang baik harus disediakan untuk pasien yang menunggu antara lain: tempat duduk nyaman, ruangan nyaman, fasilitas hiburan (tv, lagu, majalah, dll), sarana komunikasi (telepon umum).

Rumah sakit sebagai tempat memperoleh pelayanan kesehatan mencitrakan dirinya dengan kondisi sarana yang baik sehingga pengguna jasa pelayanan memperoleh kenyamanan. Ketidakpuasan pasien terhadap mutu pelayanan rumah sakit berkaitan dengan fasilitas rumah sakit, seperti tempat parkir, kenyamanan ruang tunggu, kebisingan, kebersihan rumah sakit, dan lain-lain. Desain dan tata letak fasilitas berhubungan dengan pembentukan persepsi pelanggan. Persepsi yang diperoleh dari interaksi pelanggan dan fasilitas jasa berpengaruh terhadap kualitas jasa itu di mata pelanggan. Desain fasilitas yang baik akan membuat perusahaan mudah dikenali. Desain eksterior bisa menjadi tanda/petunjuk mengenai sifat jasanya. Persepsi pelanggan terhadap suatu jasa dapat dipengaruhi oleh suasana yang dibentuk oleh eksterior dan interior fasilitas jasa (Tjiptono, 2003).

Pasien sering merasa tidak puas dan menganggap pelayanan rumah sakit kurang bermutu oleh hal-hal yang tidak langsung berhubungan dengan pelayanan terhadap penyakit yang diderita, seperti tempat parkir, kenyamanan ruang tunggu kebisingan, kebersihan lingkungan rumah sakit, kamar mandi, dan lain-lain (Dawud, 1999 dalam Suparman, 2003).

Kenikmatan dan kenyamanan tidak berhubungan langsung dengan pelayanan kesehatan dengan efektivitas klinis, namun dapat mempengaruhi kepuasan pasien dan bersedia kembali untuk memperoleh fasilitas kesehatan (Wijono, 1999).

f. Pemasaran

Proses keputusan konsumen dalam membeli atau menggunakan produk ataupun jasa dipengaruhi oleh tiga faktor utama, yaitu

- 1) kegiatan pemasaran yang dilakukan oleh produsen
- 2) faktor perbedaan individu konsumen
- 3) faktor lingkungan konsumen.

Tujuan-tujuan pemasaran yang berhubungan dengan pasar sasaran termasuk dalam dua aspek berikut:

- 1) Para pengguna saat ini. Strategi pemasaran disini memiliki dua tugas utama, yaitu mempertahankan pelanggan yang sudah ada, dan memperoleh bisnis tambahan dari para pelanggan yang sudah ada.
- 2) Para pengguna baru. Strategi pemasaran bagi para pengguna baru diutamakan bagi peningkatan percobaan jasa yang ditawarkan, dan kemudian memperoleh pemakaian ulang jasa tersebut setelah percobaan pertama, secara terus-menerus. Merupakan hal yang lebih menguntungkan dan juga tidak mahal jika menjual pada para pelanggan yang sudah ada dibandingkan menjual pada para pelanggan baru (Varey, 2002 dalam Delly 2005).

2.4.3 Provider Kesehatan Pesaing

Saat ini pasar telah menjadi begitu kompetitif, memahami pelanggan sudah tidak memadai. Hal ini menyebabkan perusahaan harus mulai memberikan perhatian yang sama besarnya pada para pesaing dengan yang diberikan pada para pelanggan sasaran mereka. Perusahaan yang berhasil adalah yang merancang dan mengoperasikan sistem untuk mengumpulkan keterangan-keterangan yang berkesinambungan tentang para pesaing mereka.

Definisi pesaing bagi perusahaan adalah semua perusahaan yang membuat produk atau kelas produk yang merupakan produk substitusi yang erat satu sama lainnya. Lebih luas lagi, pesaing mungkin termasuk semua perusahaan yang membuat produk yang memasok jasa yang sama. Dapat juga dikatakan bahwa pesaing mungkin mencakup semua perusahaan yang bersaing untuk merebut uang dari konsumen yang sama (Hitt, 2001).

Kotler & Bloom (1987) mengatakan proses pengambilan keputusan pembeli individu atas jasa-jasa profesional berbeda-beda, tergantung dari jenis keputusan, partisipan dalam pengambilan keputusan, jenis jasa dan beberapa faktor lainnya (membeli atau tidak, apa yang dibeli, bagaimana membeli atau di mana membeli).

Hal yang paling penting untuk mengenali pesaing adalah menghubungkan industri dan analisa pasar dengan memetakan segmen produk/pasar. Setiap segmen produk/pasar akan memunculkan masalah dan peluang persaingan yang berbeda (Lupiyoadi, 2001). Perusahaan perlu mengidentifikasi strategi, tujuan, kekuatan, kelemahan, dan pola reaksi pesaing. Pesaing terdekat perusahaan adalah mereka Pesaing terdekat perusahaan adalah mereka yang berusaha memuaskan pelanggan dan kebutuhan yang sama dan mengajukan penawaran yang sama. Perusahaan juga harus memperhatikan pesaing latennya, yang mungkin menawarkan cara yang baru atau yang lain untuk memuaskan kebutuhan yang sama. Perusahaan harus mengidentifikasi pesaingnya dengan menggunakan analisa industri dan analisa berdasarkan pasar. Informasi-informasi persaingan perlu dikumpulkan, diinterpretasikan, dan disebarluaskan secara terus menerus (Kotler, 2002)

Terdapat empat tingkat persaingan berdasarkan tingkat substitusi produk:

- persaingan merek: terjadi apabila suatu perusahaan menganggap para pesaingnya adalah perusahaan lain yang menawarkan produk dan jasa yang serupa pada pelanggan yang sama dengan harga yang sama.
- persaingan industri: terjadi apabila suatu perusahaan menganggap para pesaingnya adalah semua perusahaan yang membuat produk atau kelas produk yang sama.
- persaingan bentuk: terjadi apabila suatu perusahaan menganggap para pesaingnya adalah semua perusahaan yang memproduksi produk yang memberikan jasa yang sama.
- persaingan generik: terjadi apabila suatu perusahaan menganggap para pesaingnya adalah semua perusahaan yang bersaing untuk mendapatkan rupiah konsumen yang sama.

2.5 Lost Customer

Lost customer analysis yaitu metode dimana sedapat mungkin perusahaan menghubungi pelanggan yang telah berhenti membeli dari perusahaan atau pindah ke penyedia jasa lainnya. Harapannya adalah diperolehnya informasi penyebab terjadinya hal tersebut. Informasi ini sangat bermanfaat bagi perusahaan untuk

mengambil kebijakan selanjutnya dalam rangka meningkatkan kepuasan dan loyalitas pelanggan. Data ini juga dapat diperoleh jika perpindahan pelanggan bersifat sementara. Dengan penelusuran dapat diperoleh informasi harapan pelanggan yang dikecewakan atau penyebab berpindahnya pelanggan lainnya. Cara-cara yang dapat digunakan adalah *customer loss rate* yaitu pertambahan kehilangan pelanggan lama, *exit interview* yaitu wawancara dengan metoda setelah mengalami salah satu proses awal pelayanan di penyedia jasa, dan juga *customer relationship* dimana penyedia jasa selalu menghubungi pelanggan sewaktu-waktu untuk terus menanyakan keutuhan, tanpa mengganggu.

Perusahaan-perusahaan masa kini harus lebih memperhatikan tingkat peralihan pelanggannya (*customer defection*), yaitu tingkat kehilangan pelanggan mereka dan mengambil langkah-langkah untuk mengurangnya. Terdapat empat langkah dalam proses ini. Pertama, perusahaan harus mendefinisikan dan mengukur tingkat ketahanannya (*retention rate*). Kedua, perusahaan harus membedakan sebab-sebab dari berkurangnya pelanggan dan mengidentifikasi hal-hal yang dapat dikelola dengan lebih baik. Perusahaan perlu memeriksa persentase pelanggan yang beralih karena berbagai alasan. Ketiga, perusahaan perlu memperkirakan berapa laba yang hilang saat kehilangan pelanggan. Keempat, perusahaan perlu memperhitungkan berapa besar biaya untuk mengurangi tingkat peralihan pelanggannya. Selama biaya tersebut lebih kecil daripada laba yang hilang, perusahaan harus mengeluarkan biaya tersebut untuk mengurangi tingkat peralihan pelanggannya (Kotler, 2002).

Menurut Mowe dan Minor (2002) perilaku keluar mengacu pada pilihan konsumen untuk meninggalkan hubungan atau menurunkan tingkat konsumsi barang atau jasa. Hal yang sangat erat hubungannya dengan kepuasan konsumen dan perilaku keluhan konsumen adalah konsep kesetiaan merek. Kesetiaan merek adalah sejauh mana seorang pelanggan menunjukkan sikap positif terhadap suatu merek, mempunyai komitmen pada merek tertentu, dan berniat untuk terus membelinya di masa depan. Kesetiaan merek dipengaruhi secara langsung oleh kepuasan/ketidakpuasan dengan merek yang telah diakumulasi dalam jangka waktu tertentu sebagaimana persepsi kualitas produk. Karena empat sampai enam kali lebih murah untuk mempertahankan pelanggan lama daripada memperoleh

yang baru, maka para manajer harus memberi prioritas tertinggi pada penciptaan strategi yang membangun dan mempertahankan kesetiaan merek. Masalah yang dihadapi dalam pengukuran perilaku kesetiaan merek menggambarkan mengapa penting untuk membedakan antara kesetiaan merek dan perilaku pembelian ulang. Perilaku pembelian ulang berarti bahwa konsumen hanya membeli produk secara berulang, tanpa mempunyai perasaan khusus terhadap apa yang dibelinya. Sebaliknya, konsep kesetiaan merek menunjukkan bahwa konsumen memilih preferensi nyata atas merek tersebut.

Hasil survey ASQC (*American Society for Quality Control*) dalam Aditama (2003) menyatakan bahwa 70% dari klien meninggalkan suatu produk karena service tidak memuaskan dan tidak semata karena harga yang mungkin relatif lebih tinggi atau lebih murah. Berarti produk harus siap pakai pada saat pembelian yang dinyatakan dengan waktu tunggu singkat, obat-alkes lengkap, pemeriksaan penunjang medis tersedia, profesional, dan tidak gagal atau sembuh sempurna dan tidak rumit. Demikian juga dengan mutu pelayanan dipersepsikan baik dan memuaskan bila jasa yang diterima atau dirasakan sesuai dengan yang diharapkan. Keterkaitan antara mutu pelayanan, kepuasan konsumen dan minat responden untuk kembali berobat ke rawat jalan yang sama adalah mutu pelayanan yang baik memberi kepuasan kepada konsumen dan konsumen yang puas mempengaruhi minat untuk kembali ke rumah sakit yang sama.

2.6 Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan pustaka informasi penting yang dibutuhkan rumah sakit sehubungan dengan manajemen rawat jalan dibedakan atas faktor internal seperti: tarif, pelayanan, fasilitas, dokter, perawat, dan pemasaran. Sedangkan faktor eksternal yaitu: demografi, sosioekonomi, sosiopsikologi, persepsi, perilaku masyarakat, sosial budaya, *need* kesehatan, kemampuan membayar. Rumah sakit pesaing juga turut mempengaruhi keputusan konsumen untuk melakukan kunjungan ke rawat jalan.

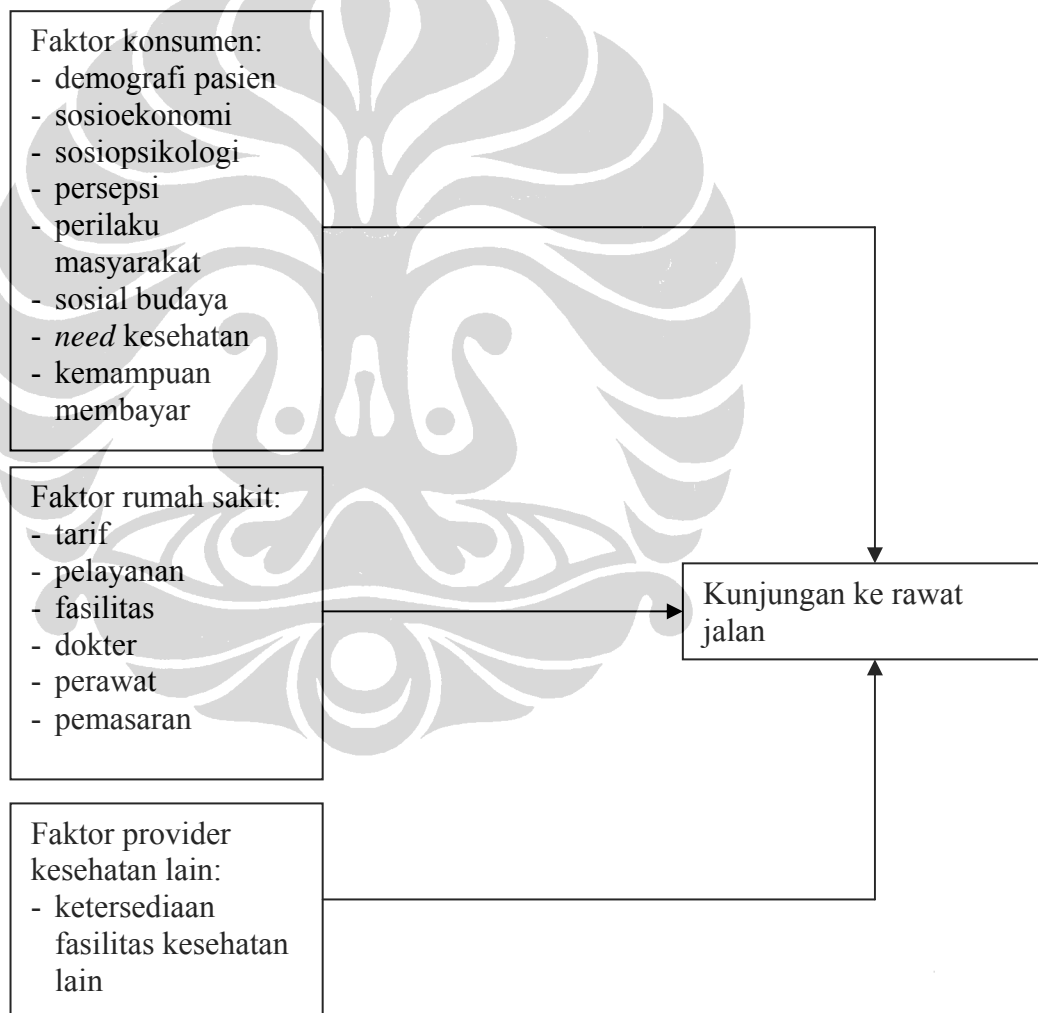
Perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan kembali didasari oleh adanya pengalaman, keyakinan, dan tersedianya fasilitas yang sesuai kebutuhan pasien.

Perilaku ini menyangkut respon terhadap fasilitas pelayanan, cara pelayanan petugas, dan harga obat-obatan (Notoatmodjo, 2003).

Pelayanan rawat jalan akan semakin berkembang di masa yang akan datang, oleh karena itu membutuhkan pelayanan yang profesional, kompetensi, sumber daya manusia yang memadai, desain dan alur pasien, serta sistem informasi yang *customer oriented* (Rijadi, 1997).

Berdasarkan teori-teori yang ada, maka kerangka teori dalam penelitian ini terdapat pada gambar di bawah ini.

Gambar 2.2
Kerangka Teori



BAB 3

GAMBARAN UMUM

RUMAH SAKIT PERTAMINA JAYA

3.1 Rumah Sakit Pertamina Jaya

3.1.1 Sejarah Rumah Sakit Pertamina Jaya

Awalnya Rumah Sakit Pertamina Pertamina Jaya adalah rumah sakit poliklinik yang berkembang menjadi Rumah Sakit Bersalin PIKKMI (Persatuan Ikatan Karyawan Karyawati Minyak Indonesia). Dibawah pengelolaan Direktorat Perkapalan dan Telekomunikasi. Rumah Sakit Pertamina Jaya merupakan bagian dari Rumah Sakit Pusat Pertamina dengan tugasnya memberikan pelayanan jasa medis dan paramedis kepada karyawan beserta keluarganya, pensiunan, anak perusahaan dan masyarakat umum, terutama yang berdomisili di Jakarta Pusat, Jakarta Timur, dan Jakarta Utara.

Rumah Sakit Pertamina Jaya diresmikan pada tanggal 2 April 1979 oleh dr. Amino Gondohutomo yang pada saat itu menjabat sebagai Kepala Rumah Sakit Pusat Pertamina. Rumah Sakit Pertamina Jaya termasuk rumah sakit dengan tipe C plus yang berlokasi di Jalan Ahmad Yani No. 2 Bypass Cempaka Putih Jakarta Pusat dan berdiri di atas lahan dengan bangunan 5.594 m².

Pada saat didirikan RSPJ memiliki kapasitas 51 tempat tidur. Dan tahun 1990 Rumah Sakit Pertamina Jaya memiliki fasilitas ruang rawat inap yang terdiri dari ruang rawat inap untuk pasien psikiatri (jiwa) dan ruang rawat inap untuk pasien paru, sehingga kapasitas tempat tidur bertambah menjadi 79 tempat tidur.

Tahun 1992 berdasarkan surat keputusan Direktur Utama Pertamina No. Kpts-024/C0000/92-S0 maka pengelolaan RSPJ diserahkan dari Direktorat P&T ke Direktorat Umum. Dengan perubahan status tersebut Rumah Sakit Pertamina Jaya memiliki otonomi untuk mengatur manajemen perusahaan secara mandiri.

Untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat sekitarnya, Rumah Sakit Pertamina Jaya merubah sebagian fasilitasnya pada tahun 1992 yang mulanya ruang rawat kelas III sebagian dirubah menjadi ruang rawat kelas VIP sebanyak satu ruangan, kelas I A sebanyak 4 tempat tidur, kelas II sebanyak 12 tempat tidur.

Tahun 1997 RSPJ melakukan akreditasi dengan 4 standar pelayanan dasar. Tanggal 22 Juni 2000 RSPJ berubah menjadi salah satu cabang PT. RSPP, sebagai rumah sakit cabang segala kebijakan RSP Jaya harus mengacu kepada PT. RSPP. Tahun 2002 PT. RSPP berubah nama menjadi PT. PERTAMEDIKA (Pertamina Bina Medika) yang membawahi RS Pusat Pertamina, RS Pertamina Jaya, RS Pertamina Klayan, RS Pertamina Tanjung, RS Pertamina Balikpapan, RS Pertamina Prabumulih, Pertamedika Medical Center (PMC), Akademi Keperawatan (AKPER) dan Manajemen Pengendalian Pemeliharaan Kesehatan (MPPK). Tujuan perubahan status adalah untuk menjadikan RSPJ sebagai rumah sakit yang berorientasi bisnis tanpa meninggalkan fungsi sosial.

Untuk memenuhi sarana diagnostik maka RSPJ menambah alat rontgen baru. Selain itu rumah sakit menambah fasilitas pelayanan kesehatan seperti poliklinik, 13 disiplin spesialis, fasilitas ICU dan fisioterapi. Sampai akhir tahun 2001 tempat tidur yang tersedia berjumlah 67, berkurang 12 tempat tidur dari tahun 2001 karena tidak layak pakai. Pada tahun 2001 RSPJ melakukan Akreditasi rumah sakit kedua dengan 12 (dua belas) standar pelayanan kesehatan dan tahun 2005 RSPJ melakukan Akreditasi ketiga dengan 16 standar pelayanan.

Tahun 2004 dilakukan renovasi terhadap sarana dan prasarana, sehingga kapasitas tempat tidur RSPJ saat ini menjadi 70 tempat tidur dan poliklinik menjadi 27 ruang. Pada tahun 2004 - 2005, RSPJ melakukan renovasi poliklinik dan ruang rawat secara bertahap sehingga poliklinik ada di lantai dasar dan ruang rawat ada di lantai dua yang meliputi: VIP sebanyak 2 TT, kelas IA sebanyak 12 TT, kelas IB sebanyak 2 TT, kelas II sebanyak 19 TT, kelas III sebanyak 19 TT dan ruang isolasi sebanyak 2 TT.

3.1.2 Visi, Misi, Tujuan, Motto, Falsafah dan Profil RS Pertamina Jaya

a. Visi

Menjadi Institusi Pemeliharaan Kesehatan yang memberikan layanan prima dan menjadi lebih baik dari institusi pelayanan kesehatan setara, dengan berlandaskan moral agamis.

b. Misi

1) Menjalankan Kegiatan operasional secara efektif, efisien, dan aman sehingga menghasilkan nilai tambah bagi stakeholders (pelanggan, pekerja, mitra kerja, pemilik, dan masyarakat).

2) Melaksanakan pelayanan kesehatan berdasarkan paradigma sehat sesuai kebutuhan pelanggan dengan standar pelayanan prima dan terpadu.

3) Membangun Sumber Daya Manusia yang berkualitas melalui mekanisme pembelajaran berkesinambungan.

c. Tujuan

1) Tujuan Umum

Tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang optimal bagi pekerja Pertamina dan sekitarnya, dengan menyelenggarakan pelayanan yang meliputi upaya preventif, kuratif, rehabilitatif, baik fisik maupun mental.

2) Tujuan Khusus

- Personil rumah sakit yang mantap sehingga menjadi wadah yang kokoh untuk perkembangan rumah sakit sebagai lembaga sosio ekonomik.
- Manajemen rumah sakit mampu mendukung penyelenggaraan rumah sakit yang efektif dan efisien sehingga tercapainya kemandirian rumah sakit.
- Semakin lengkap dan terlaksananya standar pelayanan kesehatan serta prosedur tetap bagi setiap jenis pelayanan.
- Meningkatkan kemampuan seluruh SDM rumah sakit untuk menjadi ketenagaan yang profesional di bidangnya dan mau berperan secara aktif.
- Sistem informasi rumah sakit mampu mendukung manajemen rumah sakit dan tenaga profesional dalam upaya meningkatkan mutu layanan.
- Terpenuhinya sarana dan prasarana guna memenuhi kebutuhan kegiatan pelayanan.
- Mampu mendukung program nasional, terutama dalam upaya meningkatkan mutu pendidikan dan pelayanan penelitian, penurunan kematian ibu, angka kematian bayi, anak balita serta pemenuhan kebutuhan tenaga yang bermutu.

d. Motto

RSPJ memiliki motto “Institusi Pemeliharaan Kesehatan Yang Memuaskan Anda Menjadi Dambaan Kami.” Sebagai acuan dalam menjalankan motto tersebut RSPJ memiliki semboyan “**La Prima**”, yang berarti Layanan Profesional, Ramah, Ikhlas, berMutu, dan Antusias, untuk memberikan pelayanan pengobatan dan perawatan yang terbaik untuk masyarakat. Adapun penjelasan La Prima adalah:

- Profesional: Setiap pekerja Pertamedika akan senantiasa melaksanakan tugas dan tanggung jawab secara profesional dan menjunjung tinggi etika profesi.
- Ramah: Setiap pekerja Pertamedika akan senantiasa memperlakukan semua dengan keramahan yang datang dari hati yang tulus.
- Ikhlas: Setiap pekerja Pertamedika akan senantiasa melayani semua pelanggan secara ikhlas dan berdasarkan atas ibadah kepada Tuhan Yang Maha Esa.
- Bermutu: Setiap pekerja Pertamedika akan senantiasa melaksanakan pekerjaan dengan mengutamakan mutu pekerjaan kepada semua pelanggan
- Antusias: Setiap pekerja Pertamedika akan senantiasa memberikan pelayanan kepada pelanggan dengan jiwa yang besar, semangat dan antusiasme yang tinggi.

e. Falsafah Rumah Sakit Pertamina Jaya

1) Selalu menjunjung tinggi nilai luhur etika profesi yang mengutamakan kepentingan pasien berdasarkan Pancasila dan Undang Undang Dasar 1945.

2) Mengutamakan kesehatan masyarakat dan memupuk bibit yang berkualitas bagi generasi penerus sesuai dengan harapan dalam sistem kesehatan masyarakat.

f. Profil Rumah Sakit Pertamina Jaya

Nama : Rumah Sakit Pertamina Jaya

Tipe : Tipe C Plus

Batas Wilayah

- Timur : Tol Ir. Wiyoto Wiyono

- Barat : Kali Utan Kayu

- Utara : Universitas Trisakati
 - Selatan : Hotel Patra Jasa
 Alamat : Jl. Achmad Yani No. 2 Cempaka Putih, Jakarta Pusat,
 10510
 Propinsi : DKI Jakarta
 Telepon : (021) 4211911

3.1.3 Struktur Organisasi dan Personalia

Struktur organisasi dan personalia Rumah Sakit Pertamina Jaya berbentuk lini. Rumah Sakit Pertamina Jaya dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah struktur organisasi PT. PERTAMEDIKA. Rumah Sakit Pertamina Jaya telah mengalami pergantian kepemimpinan sebagai berikut ini:

| | |
|-----------------------|---------------------------------|
| Tahun 1979 – 1982 | Dr. Amarie Amrie |
| Tahun 1982 – 1987 | Dr. Sembiring |
| Tahun 1988 – 1992 | Dr. Ardia Gumiwang |
| Tahun 1992 – 1997 | Dr. H. Harsono Martawijono |
| Tahun 1997 – 1999 | Dr. H. Soeprapto Adikoesoemo |
| Tahun 1999 – 2001 | Dr. H. Prabowo Soemarto |
| Tahun 2001 – 2006 | Dr. Hj. Dewi Lestari, MPH, Mkes |
| Tahun 2006 – sekarang | Drg. Bramantio, Sp. Ortho |

Struktur organisasi adalah bagan yang menggambarkan bagian-bagian yang ada dalam sebuah organisasi sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing bagian. Struktur organisasi merupakan kumpulan dari pusat-pusat pertanggungjawaban.

Rumah Sakit Pertamina Jaya dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah struktur organisasi PT. PERTAMEDIKA. Di bawah ini merupakan beberapa fungsi dari masing - masing jabatan sesuai dengan struktur organisasi (terlampir):

a. Direktur

Direktur memiliki garis koordinasi dengan dewan penyantun. Berfungsi menetapkan strategi dan kebijakan, menetapkan sistem penjabaran strategi,

mengkoordinir pelaksanaan dan mengevaluasinya guna pencapaian tujuan RSPJ sebagai unit operasi PT PERTAMINA BINA MEDIKA.

b. Wakil Direktur

Direktur RSPJ dibantu oleh empat Wakil Direktur yaitu:

1) Wakil Direktur Medis

Berfungsi mengkoordinasikan, mengendalikan, mengawasi, dan mengevaluasi strategi kebijakan, kegiatan pelayanan medis, serta layanan administrasi medis guna menunjang peningkatan mutu pelayanan dan kepuasan pelanggan internal maupun eksternal dan untuk menunjang pencapaian visi, misi, dan tujuan RSPJ. Wakil Direktur Medis membawahi unit-unit:

- SMF (Satuan Medis Fungsional)
- SPMF
- Administrasi Medis
 - Rekam Medis
 - Informasi Kesehatan
 - Korespondensi Medis
- Unit Farmasi
- Unit Kamar Bedah Anestesi & CSSD
- Unit Medical Check Up
- Unit emergency
- Unit ICU & HD
- Instalasi Penunjang Medis

2) Wakil Direktur SDM & Umum

Berfungsi merencanakan, mengkoordinasikan, melaksanakan, mengevaluasi strategi dan kebijakan kegiatan fungsi SDM dan Umum. untuk mewujudkan pencapaian visi misi dan tujuan RSPJ. Wadir SDM & Umum membawahi unit-unit:

- SDM
- Logistik
- Teknik
- Fasilitas Umum

3) Wakil Direktur Keperawatan

Berfungsi merencanakan, mengkoordinasikan, melaksanakan, mengevaluasi pembinaan, pengembangan profesi dan SDM keperawatan melalui mekanisme pemecahan masalah dengan prinsip kerja gugus kendali mutu dan kegiatan lain yang diselenggarakan wahana pemeliharaan kesehatan sesuai untuk mewujudkan pencapaian visi misi dan tujuan RSPJ. Wadir Keperawatan membawahi unit-unit :

- Satuan Keperawatan Fungsioanl (SKF)
- Asisten Keperawatan dan Asisten Bidan
- Supervisor
- Unit Rawat Jalan
- Unit Rawat Inap
- Unit Maternitas

4) Wakli Direktur Keuangan

Berfungsi merencanakan, mengkoordinasikan, melaksanakan, mengevaluasi strategi dan kebijakan kegiatan fungsi keuangan untuk mewujudkan pencapaian visi misi dan tujuan RSPJ. Wadir keuangan membawahi unit-unit:

- Akuntansi Keuangan dan Akuntansi Manajemen
- Tresure dan Pengawasan Kas/Bank
- Piutang dan Utang

c. Kepala Manajemen Bisnis

Berfungsi mengkoordinasikan, menganalisa, dan mengevaluasi penyelenggaraan pengembangan bisnis rumah sakit, peningkatan citra positif rumah sakit, kegiatan pengembangan bisnis yang berjalan rumah sakit, bekerjasama dengan pihak ketiga dalam pengembangan bisnis baru RSPJ. Kepala Manajemen Bisnis membawahi:

- Hukum dan Perijinan
- Pemasaran
- Hubungan Pelanggan
- Manajemen Mutu

d. Komite Medik

Berfungsi menyusun standar pelayanan medis, memantau, meningkatkan pelayanan, menindaklanjuti masukan tertulis dari kepala bidang medis untuk dikembangkan sesuai dengan tugas dan kewenangan. Komite medik membawahi satuan medis fungsional.

e. Teknologi Informasi

Berfungsi merencanakan, mengkoordinasikan, melaksanakan, mengevaluasi pengembangan dan pemeliharaan SIM rumah sakit untuk mewujudkan pencapaian visi, misi dan tujuan RSPJ. Kepala Teknologi Informasi membawahi:

- Pengembangan Teknologi Informatika
- Programmer
- Pemeliharaan:
 - Pemeliharaan software
 - Pemeliharaan hardware

f. Panitia Tetap & Komite Lain

Direktur juga dibantu oleh panitia tetap, yang terdiri dari Perinatologi, P3K RS, Penanggulangan Infeksi Nosokomial dan PKMRS.

3.1.4 Komposisi dan Jumlah Pegawai

Setiap organisasi memerlukan sumber daya yang dapat menghasilkan produk dan jasa yang dapat dipasarkan. SDM yang tak lain adalah para pegawai, merupakan aset organisasi yang paling penting dalam organisasi. Mereka memiliki tujuan, inovasi, dan mencapai tujuan. Mereka dapat mempengaruhi efisiensi dan efektivitas organisasi. Kepegawaian RSPJ terdiri dari:

Tabel 3.1 Jumlah Pekerja Rumah Sakit Pertamina Jaya Bulan Januari 2009

| No | NAMA JABATAN | PENDIDIKAN | Jumlah Pekerja Berdasarkan Status | |
|----|----------------|--------------------|-----------------------------------|-----|
| | | | PWTT | PWT |
| 1. | Direktur | S2 Klinis | 1 | - |
| 2. | Medis | | | |
| | a. Wadir Medis | S2 Kesehatan Kerja | 1 | - |
| | b. Spesialis | S2 Klinis | 4 | 38 |
| | c. Umum | S1 Kedokteran | 6 | 6 |

| | | | | |
|---------------------------------|--|-----------------------------|----|----|
| | | S1 Kedokteran Gigi | 2 | 2 |
| d. Administrasi Medis | | S2 Administrasi Rumah Sakit | 1 | - |
| | | S1 Keperawatan | 1 | - |
| | | S1 Kesehatan Masyarakat | 1 | - |
| | | D3 Rekam Medis | 2 | - |
| | | D3 Manajemen | - | 1 |
| | | D3 Keperawatan | 1 | - |
| | | Sekolah Menengah Umum | 7 | 2 |
| | | SD | 1 | - |
| e. Penunjang Medis | | | | |
| - Farmasi | | S1 Apoteker | 1 | - |
| | | S1 Teknik Informatika | 1 | - |
| | | Sekolah Menengah Farmasi | 9 | 7 |
| - Laboratorium | | D3 Analisis Kesehatan | 7 | - |
| - Radiologi | | D3 Teknik Radiodiagnostik | 2 | 1 |
| - Fisioterapi | | D3 Fisioterapi | 2 | - |
| - Gizi | | D3 Gizi | 1 | - |
| 3. Paramedis Keperawatan | | | | |
| a. Wadir Keperawatan | | S1 Keperawatan | 1 | - |
| b. Keperawatan Umum | | S1 Keperawatan | 7 | - |
| | | S1 Kesehatan Masyarakat | 1 | - |
| | | S1 Umum | 3 | - |
| | | SPK / SPR | 6 | - |
| | | D3 Keperawatan | 68 | 10 |
| c. Keperawatan Kebidanan | | D3 Kebidanan | 6 | 3 |
| | | Sekolah Bidan | 3 | - |
| d. Keperawatan Gigi | | D3 Keperawatan Gigi | 1 | - |
| | | Sekolah Pengatur Rawat Gigi | 2 | - |
| 4. NON MEDIS | | | | |
| Manajemen Bisnis | | | | |
| a. Ka Manajemen Bisnis | | S2 Manajemen RS | 1 | - |
| b. Manajemen Bisnis | | S1 Kesehatan Masyarakat | 1 | - |
| | | S1 Hukum | 1 | - |
| | | S1 Manajemen | 1 | - |
| Keuangan | | | | |
| a. Wadir Keuangan | | S1 Akuntansi | 1 | - |
| b. Keuangan | | S1 Akuntansi | 3 | 1 |
| | | S1 Manajemen | 1 | 1 |
| | | S1 Sosial | 1 | |
| | | D3 Keuangan | 2 | - |
| | | D3 Manajemen Informatika | 1 | |
| | | SLTA | 1 | - |
| SDM & UMUM | | | | |
| a. Wadir SDM & Umum | | S2 Higiene Industri | 1 | - |
| b. Sumber Daya Manusia | | S2 Magister Manajemen | 1 | - |

| | | | | |
|-----------|----------------------------|-------------------------|------------|-----------|
| | | S1 Kesehatan Masyarakat | 2 | - |
| | | S1 Sosial | - | - |
| | | D3 Administrasi | 1 | - |
| | | SLTA | 1 | 1 |
| | c. Logistik | S1 Kesehatan Masyarakat | 1 | - |
| | | S1 Perpajakan | 1 | - |
| | | D3 Keuangan | 1 | |
| | | SLTA | 1 | - |
| | d. Teknik | S1 Teknik | 1 | - |
| | | D3 Teknik | 1 | - |
| | | D3 Elektromedik | 0 | 1 |
| | | STM / SMA | 5 | 1 |
| | e. Fasilitas Umum | SMA / STM | 2 | - |
| | | D3 Keuangan | 1 | |
| | | SD | 1 | - |
| 5. | Teknologi Informasi | S1 Teknik Informatika | 3 | - |
| | | S1 Matematika | - | - |
| | | D3 Informatika/Komputer | 1 | - |
| | TOTAL | | 188 | 75 |

Sumber: SDM. Ket. PWTT: Pegawai Waktu Tidak Tertentu; PWT: Pegawai Waktu Tertentu

3.1.5 Fasilitas Rumah Sakit

a. Unit Gawat Darurat (UGD) 24 jam

b. Poliklinik (Rawat Jalan)

❖ Poliklinik Pagi (Senin – Jumat pada Jam Kerja)

- Poliklinik Dokter Keluarga
- Poliklinik Gigi Umum
- Poliklinik Obstetri & Ginekologi
- Poliklinik Anak
- Poliklinik Bedah Umum
- Poliklinik Bedah Mulut
- Poliklinik Bedah Orthopedi
- Poliklinik Bedah Urologi
- Poliklinik Penyakit Dalam (Internis)
- Poliklinik THT
- Poliklinik Neurologi
- Poliklinik Jantung (Cardiologi)
- Poliklinik Mata
- Poliklinik Paru-Paru
- Poliklinik Psikiatri
- Poliklinik Kulit & Kelamin
- Poliklinik Orthodonsi
- Poliklinik Gizi
- Poliklinik Memori

❖ Poliklinik Sore & Sabtu Pagi

- Poliklinik Anak
- Poliklinik Penyakit Dalam (Internis)
- Poliklinik Bedah Mulut
- Poliklinik Orthodonsi

- Poliklinik Jantung
- Poliklinik Kebidanan & Kandungan
- Poliklinik Bedah
- Poliklinik Gigi
- Poliklinik Umum

d. Rawat Inap dengan fasilitas sebagai berikut:

Tabel 3.2 Fasilitas Rawat Inap

| KELAS | FASILITAS |
|---------------|--|
| VIP | 1 Tempat tidur, Surat kabar, daftar menu makanan pilihan, pakaian & handuk, sofa, lemari es, televisi, telepon, AC, ekstra tempat tidur lipat. |
| 1 A | 1 Tempat tidur, Surat kabar, menu makanan tipe I, pakaian & handuk, sofa, lemari es, televisi, telepon, AC, ekstra tempat tidur lipat. |
| 1 B | 1 Tempat tidur, Surat kabar, menu makanan tipe II, pakaian & handuk, sofa, televisi, telepon, AC. |
| 2 | 2 atau 3 Tempat tidur, menu makanan tipe III, pakaian & handuk, televisi, telepon, AC. |
| 3 | 7 Tempat tidur, menu makanan tipe IV, pakaian & handuk, AC. |
| Anak | 3 Tempat tidur, menu makanan tipe IV, pakaian & handuk, AC. |
| ICCU | 1 Tempat tidur, menu makanan tipe III, pakaian & handuk, AC. |
| ICU | 3 Tempat tidur, menu makanan tipe III, pakaian & handuk, AC. |
| Kamar Isolasi | 2 Tempat tidur, menu makanan tipe III, televisi, telepon, pakaian & handuk, AC. |

Sumber: Company Profile RSPJ

d. Medical Check Up (MCU) dengan beberapa paket yaitu:

- Paket Standar
- Paket Tepat Guna
- Paket Eksekutif
- Paket Khusus
- Paket bagi Tenaga Fungsional Pelayaran/Pelaut
- Paket Calon Pekerja > 35 tahun
- Paket Pekerja untuk usia < 35 tahun
- Paket Pekerja untuk usia > 35 tahun
- Paket Calon Pekerja < 35 tahun

e. ICU / ICCU

f. Kamar Bedah dan Kamar Persalinan

g. Rehabilitasi Medik (Fisioterapi)

h. Hemodialisa

i. Laboratorium 24 jam

j. Radiologi

k. Kamar tindakan medis: audiometri, spirometri, Treadmill, USG, dll

- l. Ambulans & tim P3K
- m. Tim kesehatan bencana alam
- n. Apotek
- o. Kamar Jenazah
- p. Klub senam sehat: senam hamil Diabet, Asma, Jantung, Aerobic
- q. Kantin
- r. Toko serba ada
- s. Masjid

3.1.6 Kinerja Rumah Sakit

Besarnya hasil yang dicapai rumah sakit dapat dilihat dari suatu indikator kinerja. Indikator kinerja tersebut memberikan gambaran singkat tentang pelayanan rumah sakit yang terkait dengan pasien. Kinerja rumah sakit sangat bermanfaat dalam perencanaan rumah sakit untuk mencapai target yang lebih baik di masa mendatang. Berikut data-data indikator kinerja yang ada di Rumah Sakit Pertamina Jaya:

Tabel 3.3 Kinerja Rumah Sakit (Operasional)

| NO. | URAIAN | JAN-DES 2007 | | JAN-DES 2008 | |
|-----|--------------------------|--------------|------------|--------------|------------|
| | | TARGET | PENCAPAIAN | TARGET | PENCAPAIAN |
| 1. | BOR (%) | 68.2% | 61.5% | 66.0% | 62.3% |
| 2. | ALOS (hari) | 4.4 | 4.6 | 4.4 | 4.3 |
| 3. | BTO | 57.4 | 50.4 | 57.4 | 53.0 |
| 4. | TOI (hari) | 2 | 2.8 | 2 | 2.6 |
| 5. | Total Pasien Rawat Jalan | 163,372 | 131,973 | 163,372 | 127,585 |
| 6. | Total Pasien Rawat Inap | 3,789 | 3,324 | 3,789 | 3,500 |

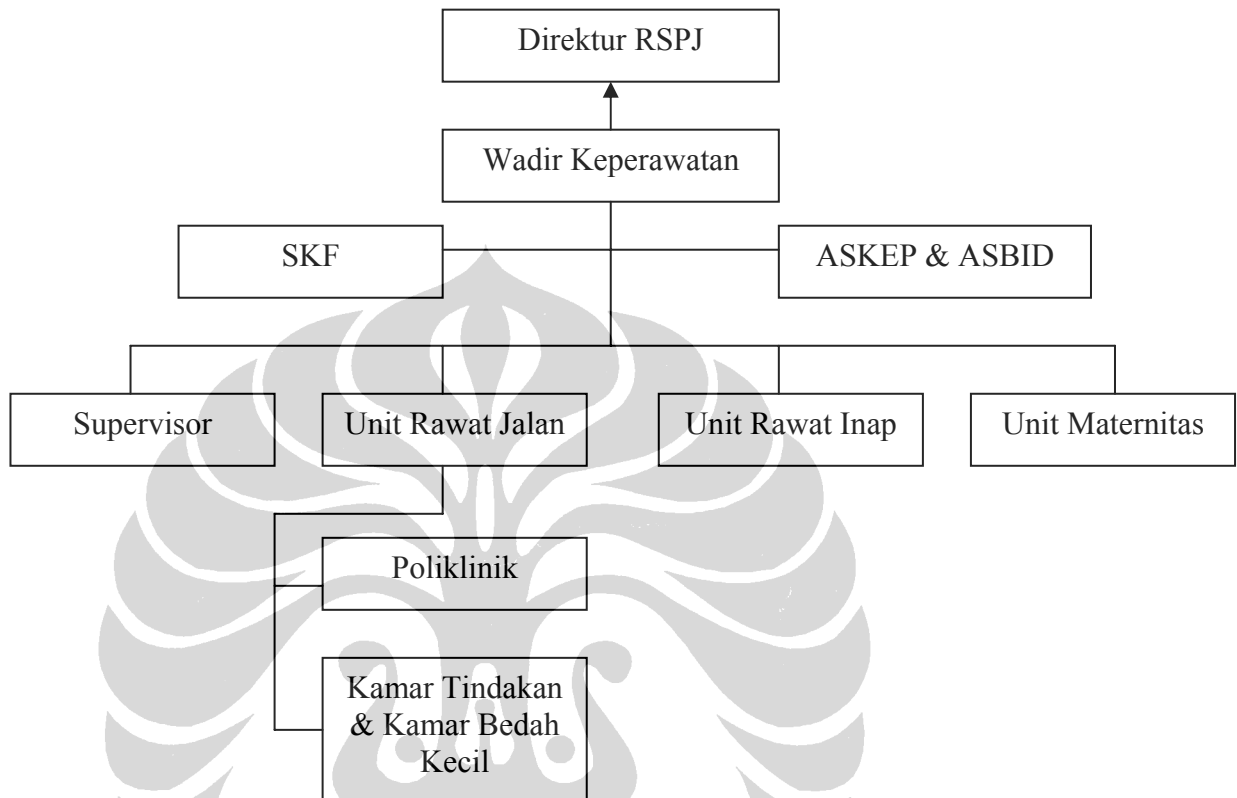
Sumber : Bagian Rekam Medis RSPJ

3.2 Instalasi Rawat Jalan

3.2.1 Struktur Organisasi dan SDM Instalasi Rawat Jalan RSPJ

a. Struktur Organisasi Rawat jalan

Gambar 3.1 Struktur Organisasi Rawat Jalan



c. SDM Instalasi Rawat Jalan

Tabel 3.4 SDM Rawat Jalan

| No | NAMA JABATAN | PENDIDIKAN | Jumlah Pekerja Berdasarkan Status | |
|----|-----------------------|--------------------|-----------------------------------|-----|
| | | | PWTT | PWT |
| 1. | Wadir Keperawatan | S1 Keperawatan | 1 | - |
| 2. | Spesialis | S2 Klinis | 4 | 38 |
| 3. | Umum | S1 Kedokteran | 6 | - |
| | | S1 Kedokteran Gigi | 2 | 2 |
| 4. | Keperawatan | S1 Keperawatan | 3 | 2 |
| | | SPK / SPR | 7 | 1 |
| | | D3 Keperawatan | 16 | 9 |
| 5. | Keperawatan Kebidanan | D3 Kebidanan | 2 | |
| 6. | Fisioterapi | D3 Fisioterapi | 2 | - |
| 7. | Gizi | D3 Gizi | 1 | - |

Sumber: SDM. Ket. PWTT: Pegawai Waktu Tidak Tertentu; PWT: Pegawai Waktu Tertentu

3.2.2 Uraian Tugas Ketenagaan Di Instalasi Rawat Jalan

a. Kepala Unit Rawat Jalan

Kepala Unit Rawat Jalan mengelola secara profesional, efektif, efisien, aman dan nyaman dengan mengutamakan kepuasan pasien. Kepala Unit Rawat Jalan memiliki tanggung jawab untuk kelancaran layanan kesehatan unit Rawat Jalan dan menjamin ketersediaan tenaga profesional (dokter dan perawat). Wewenang Kepala Unit Rawat Jalan yaitu: menentukan standar alkes di unit rawat jalan, koordinasi dengan dokter spesialis dan dokter umum dalam pelaksanaan standar profesi dan kelancaran unit rawat jalan, koordinasi dengan Ka BinKep dalam pembinaan tenaga keperawatan, koordinasi dengan komite medik guna pelaksanaan standar pelayanan.

b. Pengawas Poliklinik

Pengawas poliklinik harus merencanakan, menyiapkan, mengarahkan, mengawasi dan mengevaluasi kebutuhan (tenaga, peralatan keperawatan/medis, obat, alkes, ATK, RTK) dan memfasilitasi pelaksanaan asuhan keperawatan untuk meningkatkan layanan keperawatan yang bermutu, efektif dan efisien di layanan poliklinik. Pengawas rawat jalan memiliki beberapa tanggung jawab antara lain: terlaksananya operasional sehari-hari layanan poliklinik secara lancar, billing poliklinik yang akurat dan tepat waktu, tersedianya alkes, linen, ATK, RTK, menjaga kebersihan dan kerapian poliklinik, kebenaran dan ketepatan rencana kebutuhan tenaga keperawatan, kebenaran dan ketepatan program pengembangan pelayanan keperawatan, keobyektifan dan kebenaran penilaian kinerja tenaga keperawatan, kelancaran kegiatan orientasi perawat baru, kebenaran dan ketepatan kebutuhan dan penggunaan alat. Wewenang pengawas poliklinik yaitu: memberikan penilaian kinerja SKF dan tenaga non medis lainnya di Rawat Jalan, melaksanakan verifikasi billing dan koreksi kesalahan/kekurangan *entry* data, membuat kebutuhan alat kesehatan, alat medis rutin, alat RTK dan ATK, dan mengusulkan pada Ka Unit Rawat Jalan.

d. Dokter

Melaksanakan pelayanan rawat jalan tingkat pertama yang mencakup preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif yang bermutu secara profesional, efektif dan efisien untuk pelanggan. Dokter bertanggung jawab untuk: pelayanan

rawat jalan tingkat pertama yang holistik dan berkesinambungan, penatalaksanaan individu sesuai standar pelayanan medik, menunjang keberhasilan kinerja Layanan Rawat Jalan & P2K, mentaati *medical staff by laws* dan berbagai peraturan profesi lainnya, Melengkapi perizinan sesuai dengan peraturan/perundangan yang berlaku. Wewenang dokter yaitu: melakukan penegakan diagnosa, pemberian terapi dan tindakan medis sesuai wewenangnya, menangani kegawatdaruratan medik sesuai kewenangnya, melakukan rujukan medis atau pemeriksaan penunjang sesuai kewenangnya, menangani komplain pelanggan sesuai kewenangnya.

e. Perawat

Perawat poliklinik melaksanakan asuhan keperawatan untuk menunjang kelancaran pelayanan poliklinik yang bermutu, efektif dan efisien. Perawat memiliki tanggung jawab antara lain: menjamin kelancaran pelayanan poliklinik secara efektif dan efisien, kepuasan pelanggan terhadap asuhan keperawatan poliklinik, membina kerja sama tim layanan rawat jalan, menjaga kerapian dan kebersihan di lingkungan kerjanya. Wewenang perawat poliklinik yaitu: melaksanakan tindakan keperawatan sesuai prosedur, menangani komplain sesuai kewenangan dan menyarankan/mengarahkan pasien untuk mendapatkan informasi dari narasumber yang sesuai, serta memberikan informasi berupa penyuluhan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan.

3.2.3 *Lost Patient*

Tabel 3.5 *Lost Patient* di Poliklinik Rawat Jalan RSPJ

| No | Tahun | Jumlah pasien | Jumlah <i>lost patient</i> | Persentase <i>lost patient</i> |
|----|-------|---------------|----------------------------|--------------------------------|
| 1. | 2007 | 4941 | 2322 | 46,9 % |
| 2. | 2008 | 5258 | 1820 | 34,6 % |

Sumber: TI RSPJ

Berdasarkan data pada tabel tersebut dapat diketahui bahwa tingkat persentase *lost pasien* rawat jalan RSPJ di atas 30%. Terjadi penurunan persentase *lost patient* dari tahun 2007 ke tahun 2008 sebesar 12.3 %

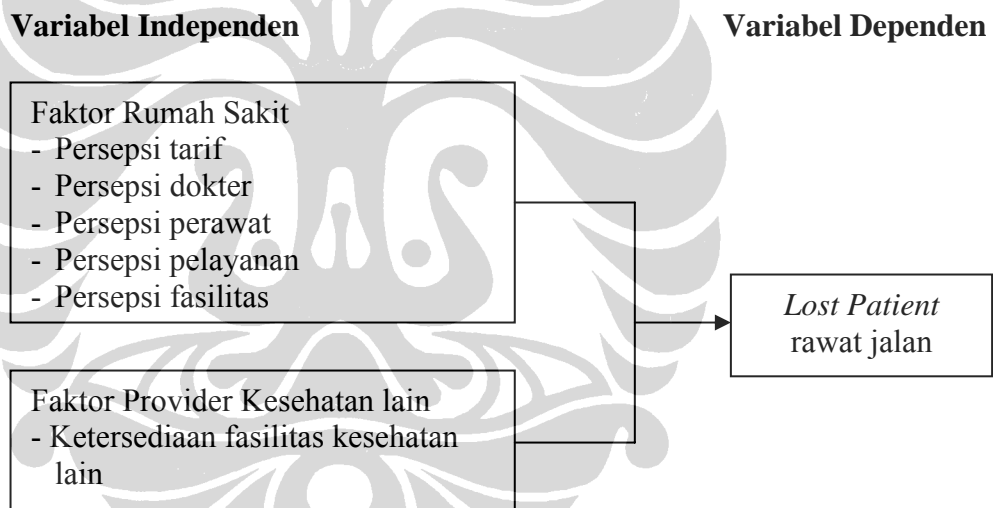
BAB 4

KERANGKA KONSEP

4.1 Kerangka Konsep

Dari beberapa variabel yang mempengaruhi kunjungan rawat jalan, peneliti akan memusatkan perhatian pada beberapa variabel saja. Untuk dapat menjawab pertanyaan penelitian dan agar tujuan penelitian tercapai, maka dibuat kerangka konsep berdasarkan teori-teori tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kunjungan rawat jalan. Penelitian ini hanya dibatasi pada faktor-faktor yang berhubungan dengan pelayanan rumah sakit dan faktor fasilitas kesehatan lain. Berdasarkan kerangka teori, maka kerangka konsep dalam penelitian ini adalah:

Gambar 4.1 Kerangka Konsep



Variabel yang merupakan faktor pelayanan rumah sakit yang berhubungan dengan kunjungan ulang dalam penelitian ini antara lain persepsi mengenai tarif, dokter, perawat, pelayanan, dan fasilitas. Sedangkan faktor provider kesehatan lain yang digunakan dalam penelitian adalah ketersediaan fasilitas kesehatan lain. Kejadian *lost patient* akan dilihat penyebabnya berdasarkan variabel-variabel yang ada dalam faktor rumah sakit dan faktor fasilitas provider kesehatan lain dilihat dari persepsi mantan pasien.

4.2 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional

| No | Definisi Operasional | Cara Ukur | Alat Ukur | Hasil Ukur | Skala Ukur |
|----|--|-----------|-----------|--|------------|
| 1. | Persepsi tarif Pendapat responden tentang harga yang mereka bayar untuk mendapatkan pelayanan di rawat jalan RSPJ | Wawancara | Kuesioner | 1: mahal 2: terjangkau | ordinal |
| 2. | Persepsi dokter Pendapat responden tentang pelayanan dokter: a. penjelasan penyakit b. ketelitian pemeriksaan | Wawancara | Kuesioner | 1: kurang 2: cukup 3: baik Selanjutnya dikategorikan menjadi: 1 kurang: <4 2.baik: ≥ 4 | ordinal |
| 3. | Persepsi perawat Pendapat responden tentang pelayanan perawat a. keramahan b. keterampilan | Wawancara | Kuesioner | 1: kurang 2: cukup 3: baik Selanjutnya dikategorikan menjadi: 1 kurang: <4 2.baik: ≥ 4 | ordinal |
| 4. | Persepsi pelayanan Pendapat responden terhadap pelayanan rumah sakit: a. pelayanan pendaftaran b. waktu tunggu dokter | Wawancara | Kuesioner | a.1: kurang 2: cukup 3: baik b.1: lama 2: sedang 3: cepat Selanjutnya dikategorikan menjadi: 1 kurang: <4 2.baik: ≥ 4 | ordinal |
| 5. | Persepsi fasilitas Pendapat responden terhadap fasilitas yang ada a. kebersihan dan kenyamanan ruang tunggu b. kebersihan dan kenyamanan ruang periksa c. kelengkapan peralatan | Wawancara | Kuesioner | 1: kurang 2. cukup 3. baik Selanjutnya dikategorikan menjadi: 1 kurang:<6 2.baiik: ≥ 6 | Ordinal |

| | | | | | |
|----|--|-----------|-----------|--|---|
| 6. | Ketersediaan fasilitas kesehatan lain Informasi tentang fasilitas kesehatan lain terkait a. sarana kesehatan lain sebagai tempat berobat b. perbandingan sarana tersebut dengan RSPJ | Wawancara | Kuesioner | Sarana lain untuk berobat 1: klinik 2: puskesmas 3: RS lain Perbandingan: 1: kurang baik 2: lebih baik | Sarana lain untuk berobat: nominal Perbandingan: ordinal |
| 8. | Lost Patient Rawat Jalan Pelanggan yang telah berhenti atau pindah ke penyedia jasa lainnya. a. persepsi mutu b. Keinginan kembali | Wawancara | Kuesioner | a. 1: kurang 2: cukup 3: baik b. 1: tidak 2: mungkin 3: ingin Selanjutnya dikategorikan menjadi: 1 <i>lost</i> : <4 3.tdk <i>lost</i> : ≥4 | ordinal |

Tabel 4.2 Matriks Skoring Variabel Penelitian

| No | Variabel | Pertanyaan | Skor | Kategori |
|----|---------------------|---|---------|---|
| 1. | Dokter | a. Penjelasan penyakit oleh dokter | 1 s.d 3 | Nilai: - kurang: <4 - baik: ≥4 |
| | | b. Ketelitian pemeriksaan oleh dokter | | |
| 2. | Perawat | a. Keramahan Perawat | 1 s.d 3 | Nilai: - kurang: <4 - baik: ≥4 |
| | | b. Keterampilan perawat | | |
| 3. | Pelayanan | a. Pelayanan pendaftaran | 1 s.d 3 | Nilai: - kurang: <4 - baik: ≥4 |
| | | b. Waktu tunggu dokter | | |
| 4. | Fasilitas | a.Kebersihan dan kenyamanan ruang tunggu | 1 s.d 3 | Nilai: - kurang: <6 - baik: ≥6 |
| | | b.Kebersihan dan kenyamanan ruang periksa | | |
| | | c. Kelengkapan peralatan | | |
| 5. | <i>Lost Patient</i> | a. Persepsi mutu RSPJ | 1 s.d 3 | Nilai: - <i>lost</i> : <4 - tidak: ≥4 |
| | | b. Keinginan kembali ke RSPJ | | |