



UNIVERSITAS INDONESIA

**STUDI KUALITAS JASA INSTALASI RAWAT INAP B DAN C
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TINGKAT I
RADEN SAID SUKANTO TAHUN 2012**

SKRIPSI

**NA'ILA RAHMITA SARI
0806316511**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN MANAJEMEN RUMAH SAKIT
DEPOK
APRIL 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**STUDI KUALITAS JASA INSTALASI RAWAT INAP B DAN C
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TINGKAT I
RADEN SAID SUKANTO TAHUN 2012**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat**

**NA'ILA RAHMITA SARI
0806316511**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN MANAJEMEN RUMAH SAKIT
DEPOK
APRIL 2012**

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Na'ila Rahmita Sari
NPM : 0806316511
Program : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Tahun Akademik : 2008

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul:

“Studi Kualitas Jasa Instalasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto Tahun 2012”

Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 26 April 2012



(Na'ila Rahmita Sari)

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Na'ila Rahmita Sari

NPM : 0806316511

Tanda Tangan : 

Tanggal : 26 April 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Na'ila Rahmita Sari
NPM : 0806316511
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Studi Kualitas Jasa Inslatasi Rawat Inap B dan C
Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said
Sukanto Tahun 2012

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : drg. Wahyu Sulistiadi, MARS
Penguji : Vetty Yulianty P., S.Si, MPH
Penguji : Dr. Yayok Witarto, MS, Sp.GK



Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 26 April 2012

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Na'ila Rahmita Sari
Alamat : Tlatar RT 02/RW II Kebonbimo Boyolali
Tempat Tanggal Lahir : Boyolali, 6 September 1989
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Perempuan

Pendidikan

1. MIN Boyolali Tahun 1994-2002
2. SMPN 1 Boyolali Tahun 2002-2005
3. SMAN 1 Surakarta Tahun 2005-2008
4. FKM UI Peminatan Manajemen Rumah Sakit Tahun 2008-2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Allah SWT atas limpahan berkat dan rahmat-Nya sehingga peneliti tetap bersemangat menjalani segala aktifitas. Salawat serta salam tak lupa peneliti sampaikan kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW. Segala syukur peneliti panjatkan kepada Allah SWT yang telah memberikan peneliti kekuatan pikiran dan tenaga, sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini.

Penyusunan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Jurusan Manajemen Rumah Sakit pada Fakultas Kesehatan Masyarakat.

Selama proses pembuatan skripsi ini, peneliti telah menerima berbagai bantuan dari banyak pihak. Oleh karena itu peneliti ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Bapak drg. Wahyu Sulistiadi, MARS selaku Pembimbing Akademik yang telah membimbing dan mengarahkan peneliti. Terima kasih atas waktu yang telah Bapak sediakan untuk peneliti serta kebaikan-kebaikan yang telah Bapak berikan.
2. AKBP Dr. Yayok Witarto, MS, Sp.GK selaku Pembimbing Lapangan dan juga Penguji atas segala waktu, perhatian, dan bimbingannya.
3. Ibu Vetty Yulianty P., S.Si, MPH atas kesediaannya menjadi Penguji skripsi.
4. Segenap karyawan di Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan (Yanmedwat), Bagian Pembinaan Fungsional (Binfung), Kepala Instalasi Rawat Inap, serta perawat-perawat pelaksanaan di Instalasi Rawat Inap A, B, dan C, terima kasih atas bantuan-bantuan yang diberikan selama proses penyusunan skripsi ini.
5. Bapak, Ibu serta Adikku tercinta. Terima kasih atas segala dukungan yang telah diberikan. Engkaulah motivasi peneliti. Semoga hasil akhir dari jenjang pendidikan Sarjana yang peneliti tempuh, dapat dijadikan sebagai penyejuk hati Bapak, Ibu, serta Adik.

6. Teman-teman satu angkatan, terutama untuk Madam, Dinar, Dila, Ica, Vina, Agi, Ami, Wirda, Nauri dan Kak Rindia atas semua bantuan, perhatian, *support*, dan *sharing* selama ini.
7. Ruki dan Yossi yang di sela-sela libur semester bersedia membantu menyebarkan kuesioner.
8. Teman-teman di S-Sen, terima kasih banyak atas dukungan, komunikasi, dan kekompakan kita selama bertahun-tahun ini. Sayang dan bangga sekali dengan kalian.
9. Pegawai Departemen AKK (Mba Nefy, Mba Dinda, dll) yang pastinya banyak direpotkan, terutama untuk setahun terakhir ini. Serta pihak-pihak lain yang tak dapat peneliti sebutkan satu persatu. Hanya Allah SWT yang dapat membalas segala kebaikan yang selama ini diberikan kepada peneliti.

Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat.

Depok, 26 April 2012

Na'ila Rahmita Sari

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Na'ila Rahmita Sari
NPM : 0806316511
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi

demikian demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**“Studi Kualitas Jasa Instalasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit
Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto Tahun 2012”**

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 26 April 2012

Yang menyatakan



(Na'ila Rahmita Sari)

ABSTRAK

Nama : Na'ila Rahmita Sari
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : “Studi Kualitas Jasa Instalasi Rawat Inap B dan C
Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto
Tahun 2012”

Penelitian ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran persepsi pasien pada kualitas interaksi, kualitas lingkungan fisik, kualitas hasil, dan kualitas jasa keseluruhan Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara Tk. I Raden Said Sukanto dengan dasar adanya penurunan jumlah pasien rawat inap pada tahun 2010-2011 (17,3%) dan belum terwujudnya kebijakan *Zero Complaint* di lingkungan pelayanan rumah sakit. Penelitian diselenggarakan dengan desain *cross sectional* dan dengan analisis univariat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi pasien baik pada kualitas interaksi, kualitas lingkungan fisik, kualitas hasil, maupun persepsi kualitas jasa keseluruhan tergolong dalam kategori baik. Meskipun demikian kualitas lingkungan fisik merupakan variabel dengan persentase kategori buruk terbesar diantara variabel-variabel lainnya (36,5%), sehingga dapat disimpulkan bahwa aspek lingkungan fisik rumah sakit masih memerlukan banyak perbaikan agar dapat memberikan pelayanan secara maksimal. Peneliti menyarankan diadakan peningkatan upaya pemeliharaan fasilitas fisik secara berkelanjutan.

Kata kunci:

Kualitas jasa, kualitas interaksi, kualitas lingkungan fisik, kualitas hasil.

xvii + 166 hlm, 12 gambar; 34 tabel; 6 lamp

Daftar acuan: 72 (1984 – 2012)

ABSTRACT

Name : Na'ila Rahmita Sari
Study Program : Bachelor of Public Health
Title : “Study about Service Quality in B and C Inpatient Wards at Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto Hospital in The Year 2012”

This research was conducted to get the description of patient perception on the interaction quality, physical environment quality, outcome quality, and overall service quality of B and C Inpatient Wards at Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Hospital, based on the decreasing amount of inpatients during 2010-2011 (17,3%) and the *Zero Complaint* in the hospital service area which can not be established yet. This research employed cross sectional research design with unvaried analysis. The result showed that whether interaction quality, physical environment quality, outcome quality, or service quality were categorized to the good category. Nevertheless, physical environment quality is variable with the highest bad category percentage among the others (36,5%), so it can be concluded that the hospital physical environment aspect still needs more improvement in order to provide the maximum service. The researcher suggests establishing a continuous physical facility maintenance.

Keywords:

Service quality, interaction quality, physical environment quality, outcome quality.

xvii + 166 pages, 12 pictures; 34 tables; 6 appendices

References: 72 (1984 – 2012)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	v
KATA PENGANTAR	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	viii
ABSTRAK	ix
<i>ABSTRACT</i>	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Pertanyaan Penelitian	8
1.4 Tujuan Penelitian	8
1.4.1 Tujuan Umum	8
1.4.2 Tujuan Khusus	8
1.5 Manfaat Penelitian	9
1.5.1 Bagi Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto	9
1.5.2 Bagi Peneliti	9
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	9
2. TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1 Persepsi	11
2.2 Pelayanan Kesehatan	13
2.3 Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit	14
2.4 Jasa	17
2.4.1 Pengertian Jasa	17
2.4.2 Karakteristik Jasa	17
2.5 Kualitas Jasa	22
2.5.1 Konsep Kualitas Jasa	22
2.5.2 Dimensi Kualitas Jasa	23
2.5.2.1 Dimensi Kualitas Jasa Parasuraman, et.al	23
2.5.2.2 Dimensi Kualitas Gronroos	24
2.5.2.3 Dimensi Kualitas Jasa Brady dan Cronin	25
2.5.3 Penilaian Kualitas Jasa	31
2.5.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penilaian Jasa	36

3.	KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DAN DEFINISI OPERASIONAL	38
3.1	Kerangka Teori	38
3.2	Kerangka Konsep	40
3.3	Definisi Operasional	42
4.	METODOLOGI PENELITIAN	49
4.1	Jenis dan Desain Penelitian	49
4.2	Waktu dan Lokasi Penelitian	49
4.3	Populasi dan Sampel Penelitian	49
	4.3.1 Populasi	49
	4.3.2 Sampel	49
4.4	Metode Pengumpulan Data	51
	4.4.1 Sumber Data	51
	4.4.2 Instrumentasi	52
4.5	Manajemen Data	56
4.6	Pengelompokan Data	57
	4.6.1 Data Sikap Dokter	57
	4.6.2 Data Sikap Perawat	57
	4.6.3 Data Perilaku Dokter	58
	4.6.4 Data Perilaku Perawat	58
	4.6.5 Data Keahlian Dokter	58
	4.6.6 Data Keahlian Perawat	59
	4.6.7 Data Kondisi Ruangan	59
	4.6.8 Data Desain Ruangan	60
	4.6.9 Data Kesan	60
	4.6.10 Data Persepsi Kualitas Jasa Keseluruhan	60
4.7	Analisis Data	60
4.8	Penyajian Data	61
5.	GAMBARAN UMUM RS BAHAYANGKARA TINGKAT I RADEN SAID SUKANTO	62
5.1	Sejarah Rumah Sakit Bayangkara Tk.I Raden Said Sukanto	62
5.2	Profil Rumah Sakit Bayangkara Tk.I Raden Said Sukanto	63
5.3	Falsafah, Visi, Misi, Nilai-nilai, dan Motto RS Bayangkara Tk.I Raden Said Sukanto	64
5.4	Struktur Organisasi RS Bayangkara Tk.I Raden Said Sukanto	65
5.5	Tugas dan Fungsi Unsur Jabatan di RS Bayangkara Tk.I Raden Said Sukanto	67
5.6	Komposisi dan Jumlah Sumber Daya Manusia RS Bayangkara Tk.I R.S. Sukanto	70
5.7	Indikator Mutu Pelayanan RS Bayangkara Tk.I Raden Said Sukanto	71
5.8	Instalasi Rawat Inap RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto	72
	5.8.1 Alur Pasien Rawat Inap	74
	5.8.2 Perawat di Instalasi Rawat Inap	80
	5.8.3 Kegiatan di Instalasi Rawat Inap A, B, dan C	81

6.	HASIL PENELITIAN	83
6.1	Pelaksanaan Penelitian	83
6.2	Penyajian Hasil Penelitian	83
6.3	Karakteristik Responden	83
6.4	Kualitas Interaksi	86
	6.4.1 Sikap Dokter	87
	6.4.2 Sikap Perawat	89
	6.4.3 Perilaku Dokter	91
	6.4.4 Perilaku Perawat	93
	6.4.5 Keahlian Dokter	95
	6.4.6 Keahlian Perawat	97
6.5	Kualitas Lingkungan Fisik	99
	6.5.1 Kondisi Ruang	100
	6.5.2 Desain Ruang	102
6.6	Kualitas Hasil	104
	6.6.1 Kesan	105
6.7	Persepsi Kualitas Jasa Keseluruhan	106
7.	PEMBAHASAN	109
7.1	Keterbatasan Penelitian	109
7.2	Gambaran Kualitas Interaksi	111
	7.2.1 Sikap Dokter	112
	7.2.2 Sikap Perawat	114
	7.2.3 Perilaku Dokter	121
	7.2.4 Perilaku Perawat	126
	7.2.5 Keahlian Dokter	131
	7.2.6 Keahlian Perawat	133
7.3	Gambaran Kualitas Lingkungan Fisik	138
	7.3.1 Kondisi Ruang	139
	7.3.2 Desain Ruang	145
7.4	Gambaran Kualitas Hasil	149
	7.4.1 Kesan	149
7.5	Gambaran Persepsi Kualitas Jasa Keseluruhan	152
8.	KESIMPULAN DAN SARAN	156
8.1	Kesimpulan	156
8.2	Saran	157
	8.2.1 Bagi Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto	157
	8.2.2 Bagi Dokter	158
	8.2.3 Bagi Perawat	158
	DAFTAR PUSTAKA	159
	LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Perkembangan Jumlah Rumah Sakit (Umum dan Khusus) di Indonesia Tahun 2006 - 2010	2
Tabel 2.1	Penyebab Terjadinya Gap dalam Kualitas Jasa	34
Tabel 3.1	Definisi Operasional	42
Tabel 4.1	Uji Validitas Kuesioner Kualitas Interaksi, Kualitas Lingkungan Fisik, dan Kualitas Hasil	54
Tabel 5.1	Tugas dan Fungsi Unsur Jabatan di RS Bayangkara Tk.I Raden Said Sukanto	68
Tabel 5.2	Ketenagaan RS Bayangkara Tk.I R.S. Sukanto Berdasarkan Kualifikasi Pendidikan dan Status Kepegawaian Bulan Juli 2011	70
Tabel 5.3	Indikator Mutu Pelayanan RS Bayangkara Tk.I Raden Said Sukanto tahun 2008 – 2010	72
Tabel 5.4	Jumlah Tempat Tidur RS Bayangkara Tk.I R.S. Sukanto ...	73
Tabel 5.5	Pembagian Kelas Ruang Rawat Inap Pasien Dinas RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Berdasarkan Golongan Pasien	76
Tabel 5.6	Jumlah Perawat Pelaksana di Instalasi Rawat Inap A, B, dan C RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto 2011	80
Tabel 6.1	Distribusi Karakteristik Responden di Instalasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I Raden Said Sukanto Tahun 2012	83
Tabel 6.2	Mean, Median, Min-Max, Skewness, dan Standar Error Variabel Kualitas Interaksi di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012	86
Tabel 6.3	Distribusi Frekuensi Jawaban Responden terhadap Aspek Penilaian Variabel Sikap Dokter di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012	87
Tabel 6.4	Mean, Median, Min-Max, Skewness, dan Standar Error Variabel Sikap Dokter di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012	88
Tabel 6.5	Distribusi Frekuensi Jawaban Responden terhadap Aspek Penilaian Variabel Sikap Perawat di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012	89
Tabel 6.6	Mean, Median, Min-Max, Skewness, dan Standar Error Variabel Sikap Perawat di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012	90
Tabel 6.7	Distribusi Frekuensi Jawaban Responden terhadap Aspek Penilaian Variabel Perilaku Dokter di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012	91
Tabel 6.8	Mean, Median, Min-Max, Skewness, dan Standar Error Variabel Perilaku Dokter di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012	92
Tabel 6.9	Distribusi Frekuensi Jawaban Responden terhadap Aspek	

	Penilaian Variabel Perilaku Perawat di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012	93
Tabel 6.10	Mean, Median, Min-Max, Skewness, dan Standar Error Variabel Perilaku Perawat di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012	94
Tabel 6.11	Distribusi Frekuensi Jawaban Responden terhadap Aspek Penilaian Variabel Keahlian Dokter di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012	95
Tabel 6.12	Mean, Median, Min-Max, Skewness, dan Standar Error Variabel Keahlian Dokter di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012	96
Tabel 6.13	Distribusi Frekuensi Jawaban Responden terhadap Aspek Penilaian Variabel Keahlian Perawat di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012	97
Tabel 6.14	Mean, Median, Min-Max, Skewness, dan Standar Error Variabel Keahlian Perawat di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012	98
Tabel 6.15	Mean, Median, Min-Max, Skewness, dan Standar Error Variabel Kualitas Lingkungan Fisik di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012	99
Tabel 6.16	Distribusi Frekuensi Jawaban Responden terhadap Aspek Penilaian Variabel Kondisi Ruangan di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012	100
Tabel 6.17	Mean, Median, Min-Max, Skewness, dan Standar Error Variabel Kondisi Ruangan di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012	101
Tabel 6.18	Distribusi Frekuensi Jawaban Responden terhadap Aspek Penilaian Variabel Desain Ruangan di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012	102
Tabel 6.19	Mean, Median, Min-Max, Skewness, dan Standar Error Variabel Desain Ruangan di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012	103
Tabel 6.20	Mean, Median, Min-Max, Skewness, dan Standar Error Variabel Kualitas Hasil di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012	104
Tabel 6.21	Distribusi Frekuensi Jawaban Responden terhadap Aspek Penilaian Variabel Kesan di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012	105
Tabel 6.22	Mean, Median, Min-Max, Skewness, dan Standar Error Variabel Kesan di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012	106
Tabel 6.23	Mean, Median, Min-Max, Skewness, dan Standar Error Variabel Persepsi Kualitas Jasa Keseluruhan di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012	107
Tabel 6.24	Rekapitulasi Pengelompokan Hasil Penelitian terhadap Variabel Kualitas Jasa di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012	108

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Grafik Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Inap RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2008 – 2011	4
Gambar 1.2	Persentase Rekapitulasi Data Komplain RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2008 – 2011	6
Gambar 2.1	Model Brady dan Cronin (2001)	30
Gambar 2.2	The Nordic Model (Gronroos, 1984)	32
Gambar 2.3	The ServQual Model (Parasuraman, Zeithaml, dan Berry, 1988)	34
Gambar 2.4	Model Konseptual ServQual	36
Gambar 3.1	Model Brady dan Cronin (2001)	39
Gambar 3.2	Kerangka Konsep Penelitian	40
Gambar 5.1	Struktur Organisasi RS Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto	66
Gambar 5.2	Alur Rawat Inap RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto	74
Gambar 5.3	Alur Rawat Inap Pasien Dinas RS Bhayangkara Tk. I Raden Said Sukanto	78
Gambar 5.4	Alur Rawat Inap Pasien Non Dinas RS Bhayangkara Tk. I Raden Said Sukanto	79

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1** Kuesioner Penelitian
- Lampiran 2** Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas
- Lampiran 3** Hasil Distribusi Data Karakteristik Responden
- Lampiran 4** Hasil Analisis Univariat
- Lampiran 5** Protap Penanganan Komplain
- Lampiran 6** Analisis Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Inap



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

UU nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyebutkan bahwa rumah sakit adalah suatu institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat. Sebagai sebuah institusi pelayanan kesehatan, rumah sakit menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Seiring dengan perkembangan zaman, dimana era globalisasi telah mempengaruhi segala aspek kehidupan, kebutuhan akan layanan rumah sakit yang bermutu semakin meningkat. Keadaan tersebut menuntut rumah sakit yang berperan sebagai salah satu penyedia pelayanan kesehatan untuk terus melakukan perbaikan, peningkatan, serta pengembangan pelayanan. Oleh karena itu, dari masa ke masa, perkembangan rumah sakit semakin terasa, baik dari segi kuantitas maupun kualitas.

Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia 2010, jumlah rumah sakit di Indonesia pada tahun 2010 telah mencapai 1.632 unit yang terdiri dari 1.299 unit rumah sakit umum (RSU) dan 333 unit rumah sakit khusus (RSK). Rumah sakit tersebut dikelola oleh Kementerian Kesehatan, pemerintah provinsi, pemerintah kabupaten/kota, TNI/POLRI, kementerian lain/BUMN serta sektor swasta.

Semenjak tahun 2006, jumlah rumah sakit meningkat sebesar 26,32%, yaitu dari 1.292 unit pada tahun 2006 menjadi 1.632 unit pada tahun 2010. Hal tersebut menunjukkan bahwa telah terjadi peningkatan jumlah rumah sakit dari tahun-tahun sebelumnya. Tabel berikut merupakan gambaran perkembangan jumlah rumah sakit di Indonesia tahun 2006-2010.

Tabel 1.1 Perkembangan Jumlah Rumah Sakit (Umum dan Khusus) di Indonesia Tahun 2006-2010

No	Pengelola/Kepemilikan	2006	2007	2008	2009	2010
1.	Kementrian Kesehatan dan Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota	464	477	509	552	585
2.	TNI/POLRI	112	112	112	125	131
3.	BUMN/Kementrian Lain	78	78	78	78	78
4.	Swasta	638	652	673	768	838
Jumlah		1.292	1.319	1.372	1.523	1.632

(Sumber: Profil Kesehatan Indonesia, 2010)

Pesatnya pertumbuhan industri di bidang perumahsakitian telah memicu timbulnya persaingan di antara rumah sakit. Rochmanadji Widajat dalam artikel yang dimuat dalam Harian Suara Merdeka (2003) menyatakan bahwa memasuki era globalisasi perdagangan antarnegara yang telah dimulai sejak tahun 2003, pimpinan rumah sakit di Indonesia perlu memfokuskan strategi perencanaan, pengorganisasian, pengoperasian, serta pengendalian, sehingga rumah sakit siap untuk menghadapi persaingan di tingkat global. Widajat juga menyebutkan bahwa dalam era tersebut para konsumen bebas memilih rumah sakit mana yang mampu memberikan pelayanan secara profesional dan dengan harga yang bersaing (Widajat, 2003).

Hal yang sama juga dikemukakan oleh Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, dimana kompetisi antar rumah sakit yang semakin meningkat menuntut pelayanan kesehatan yang dapat memberikan kemudahan dalam akses, kemasakan yang baik, keramahmataman, harga yang bersaing, serta keterbukaan informasi (<http://buk.depkes.go.id>).

Tuntutan-tuntutan tersebut pada dasarnya merupakan gambaran dari kebutuhan konsumen atas pelayanan yang ingin mereka dapatkan. Dengan terpenuhinya kebutuhan konsumen dan terselenggaranya pelayanan secara maksimal, maka hasil akhir yang ingin dicapai tentunya berujung pada terciptanya kepuasan konsumen.

Menurut Setiawan (2011), dalam era persaingan antar rumah sakit, memuaskan konsumen (pasien) bukan merupakan hal yang mudah. Konsumen

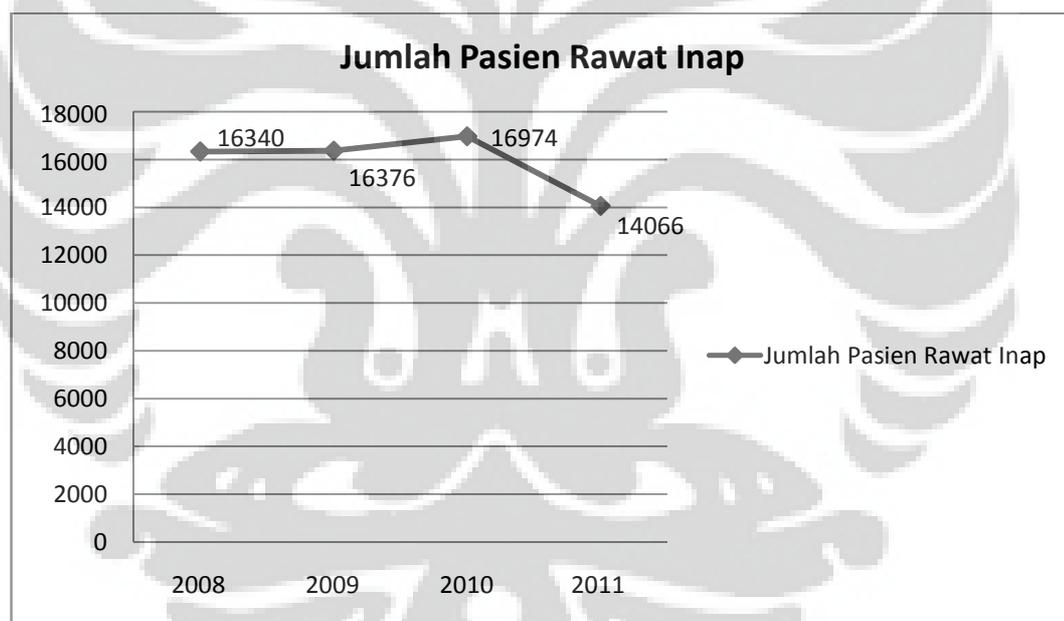
masa kini lebih cerdas, lebih sadar harga, lebih menuntut, kurang memaafkan, dan didekati oleh lebih banyak pesaing dengan tawaran yang sama atau bahkan lebih baik. Dengan demikian, selain dituntut untuk dapat menyelenggarakan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan konsumen (pelayanan yang profesional dengan harga bersaing, keramahan, keterbukaan informasi), rumah sakit juga harus dapat memberikan kualitas pelayanan yang baik (*good service quality*), baik dari segi kualitas interaksi, kualitas lingkungan fisik, maupun kualitas hasil dari jasa itu sendiri (Brady dan Cronin, 2001). Lebih lanjut, upaya-upaya peningkatan kualitas pelayanan tersebut pada hakikatnya merupakan salah satu kunci untuk mempertahankan *survivability* rumah sakit itu sendiri.

Kualitas pelayanan pada dasarnya merupakan salah satu faktor utama yang mempengaruhi konsumen dalam menentukan dan memilih provider pelayanan mana yang akan digunakan. Oleh karenanya setiap industri jasa termasuk rumah sakit diharapkan memberikan perhatian lebih pada kualitas jasa pelayanan yang diberikan demi kebaikannya sendiri. Tjiptono (2009) menyatakan bahwa kualitas suatu produk, baik yang berupa barang maupun jasa berkontribusi besar pada terciptanya kepuasan pelanggan, retensi pelanggan, *word of mouth communication*, loyalitas pelanggan, pangsa pasar, serta profitabilitas. Sementara Anderson dan Zeithmal (1984) dalam Babakus dan Mangold (1992) menyatakan bahwa “*Evidence in both the manufacturing and services industries indicates that quality is a key determinant of market share and return on investment as well as cost reduction*”. Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa kualitas merupakan determinan utama penguasaan pasar serta pengembalian investasi sebagaimana penurunan biaya yang harus dikeluarkan. Pernyataan tersebut semakin menguatkan betapa pentingnya peranan kualitas jasa untuk menunjang keberlangsungan hidup suatu perusahaan.

Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto merupakan rumah sakit rujukan tertinggi bagi anggota Polri dan keluarganya, serta merupakan rumah sakit untuk masyarakat pada umumnya. Pada tahun 2011 Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto telah terakreditasi 16 pelayanan dengan rata-rata nilai BOR pertahun mencapai 70-75% (Subbag Diklit, 2011). Seiring dengan masa pengabdian Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said

Sukanto yang sudah menginjak usia 65 tahun, rumah sakit ini telah mengalami serangkaian proses perbaikan dan pengembangan mutu pelayanan agar rumah sakit tetap dapat memberikan kepuasan pada konsumen sesuai dengan mottonya, yaitu “*suksesku adalah kepuasan pelanggan*”.

Hingga tahun 2010, rumah sakit yang berkapasitas 417 tempat tidur ini mengalami peningkatan jumlah pasien yang dirawat di Instalasi Rawat Inap, yaitu sebanyak 16.340 pasien pada tahun 2008, 16.376 pasien pada tahun 2009, dan 16.974 pasien pada tahun 2010 (Subdep SIM & Rekam Medis, 2008, 2009, 2010). Secara matematis, dari tahun 2008 ke 2009 telah terjadi peningkatan jumlah pasien sebanyak 0,22%, sementara dari tahun 2009 ke 2010 terjadi peningkatan sebesar 3,65%. Meskipun demikian, pada tahun 2011, jumlah tersebut menurun dengan cukup signifikan menjadi 14.066 pasien. Dengan kata lain terjadi penurunan sebesar 17,3% dari tahun sebelumnya.



Gambar 1.1 Grafik Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Inap RS Bhayangkara Tk. I Raden Said Sukanto Tahun 2008-2011

(Sumber: Subdep SIM & Rekam Medis, 2008-2011)

Sebagai salah satu sumber pendapatan rumah sakit, penurunan jumlah kunjungan pasien di Instalasi Rawat Inap memberikan dampak penurunan jumlah pendapatan rumah sakit. Lebih lanjut, penurunan jumlah kunjungan konsumen tersebut menunjukkan telah terjadi suatu hal tertentu. Hal tersebut mungkin dapat

berupa pelayanan yang kurang maksimal, ketidakpuasan pasien, atau hal-hal lain yang dapat menyebabkan menurunnya jumlah kunjungan pasien.

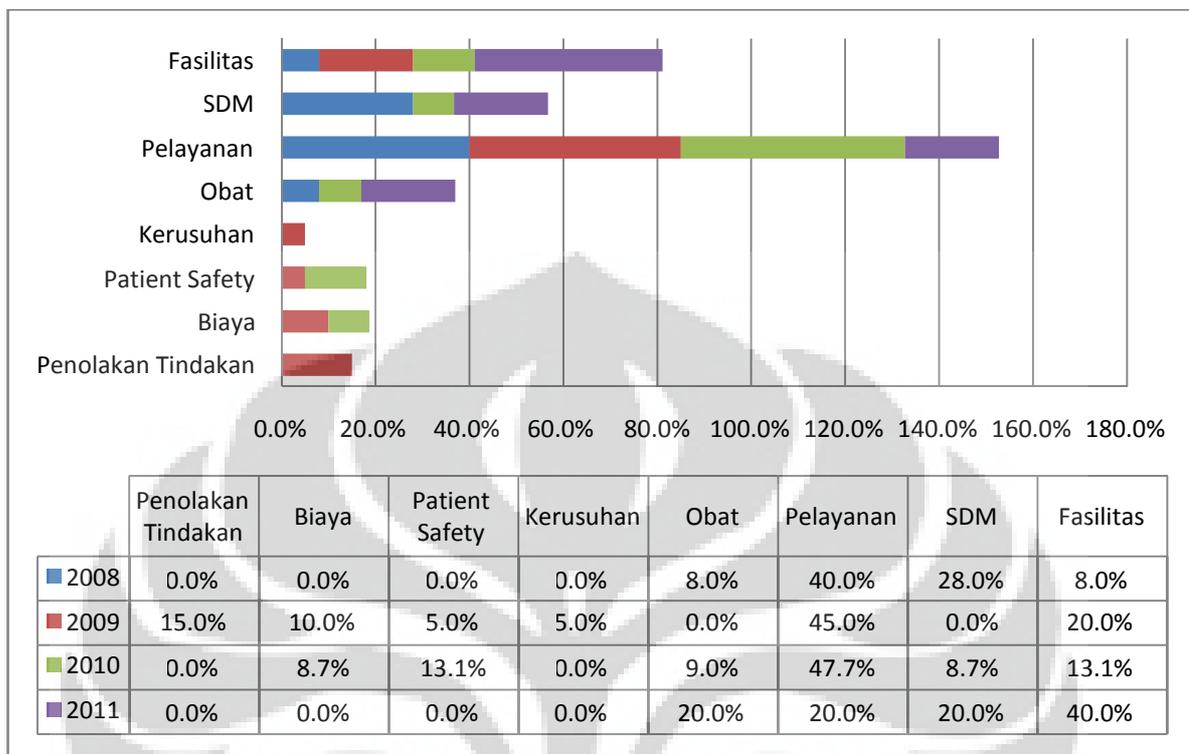
Menurut Wignjosastro (1993) dalam Iriantyo (2003), penyebab pasien tidak kembali berkunjung dapat disebabkan karena ketersediaan dan kemampuan tenaga kesehatan, baik medis, paramedis, maupun non medis, waktu tunggu yang lama, dsb. Sementara Notoatmodjo (1990) dalam Defiardi (2003) mengemukakan bahwa perilaku memanfaatkan ulang pelayanan didasari oleh adanya pengalaman, keyakinan, dan tersedianya fasilitas pelayanan sesuai kebutuhan. Hal tersebut menyangkut respon terhadap fasilitas layanan, cara pelayanan petugas, dan harga obat.

Oleh karena itu, penurunan jumlah kunjungan pasien ini memiliki hubungan dengan bagaimana persepsi pasien pada kualitas pelayanan yang diberikan. Rathmell dalam Palmer (1994) dalam Tjiptono (2009) menyatakan bahwa interaksi organisasi dan klien serta partisipasi pelanggan merupakan faktor penting yang mempengaruhi persepsi pelanggan terhadap produk jasa. Persepsi tersebut dapat menjadi penentu apakah pada saat membutuhkan pelayanan kesehatan pasien akan kembali menggunakan rumah sakit yang sama.

Di sisi lain, kebijakan Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto tentang *Zero Complaint* merupakan kebijakan yang menjadi salah satu acuan utama pelaksanaan pelayanan medis dan keperawatan di lingkungan Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto. Kebijakan *Zero Complaint* merupakan kebijakan Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto dimana diupayakan agar komplain pasien dapat diminimalkan dan agar petugas kesehatan juga mampu meminimalkan angka kejadian komplain.

Berdasarkan telaah dokumen yang telah dilakukan, peneliti mencoba melakukan rekapitulasi data komplain pasien semenjak tahun 2008 hingga 2011. Dalam rekapitulasi tersebut, peneliti berusaha mengakatagorikan kejadian komplain ke dalam beberapa jenis kategori. Meskipun demikian peneliti tidak mempublikasikan data jumlah dan rincian kejadian data komplain pasien, karena data kuantitatif dan detail kejadian komplain merupakan dokumen terkendali rumah sakit (dokumen yang tidak dipublikasikan secara umum). Oleh karena itu, peneliti menyampaikan rekapitulasi data komplain dalam bentuk persentase (%).

Berikut ini adalah rekapitulasi kejadian komplain berdasarkan kategori komplain tahun 2008-2011.



Gambar 1.2 Persentase Rekapitulasi Data Komplain RS Bhayangkara Tk. I Raden Said Sukanto Tahun 2008-2011

(Sumber: Data Komplain dan Kronologis Kejadian, Bid Yanmedwat, 2008-2011)

Diagram di atas menunjukkan bahwa data komplain bersifat fluktuatif (naik dan turun) setiap tahunnya. Hal tersebut terjadi karena angka kejadian komplain (keinginan komplain) tidak hanya dipengaruhi oleh ketidakpuasan atas pelayanan yang diterima, melainkan juga dapat dipengaruhi oleh tingkat keinginan atau kesadaran pasien untuk mengajukan komplain.

Data di atas merupakan data komplain yang tercatat oleh pihak rumah sakit. Padahal seperti yang kita tahu, tidak semua pasien yang merasa tidak puas atas pelayanan yang diberikan memiliki keinginan untuk menyampaikan komplain pada rumah sakit. Sehingga pihak rumah sakit pun tidak dapat memastikan bahwa di luar sana pasien tidak akan mengkomplainkan hal yang sama. Bahkan mungkin dapat mengkomplainkan suatu hal yang tidak pernah disampaikan kepada pihak rumah sakit, melainkan disampaikan kepada kerabat atau rekannya. Hal tersebut

baik secara langsung maupun tidak langsung dapat mempengaruhi citra pelayanan rumah sakit.

Pada dasarnya angka kejadian komplain tidak cukup kuat untuk dijadikan landasan bahwa suatu pelayanan memang patut untuk dikomplainkan. Namun satu hal yang pasti adalah Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto belum dapat mewujudkan pelayanan dengan *Zero Complaint*.

Walaupun pada dasarnya komplain memang sulit untuk dihindari, komplain yang disampaikan pasien merupakan bentuk ketidakpuasan atas pelayanan yang mereka terima. Oleh karenanya penurunan jumlah pasien yang dirawat dan komplain pasien seakan memiliki keterkaitan yang mengarah pada bagaimana persepsi pasien atas kualitas penyelenggaraan pelayanan di Instalasi Rawat Inap.

Dari pernyataan tersebut maka kasus penurunan jumlah pasien Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto diduga berkaitan dengan kualitas jasa pelayanan Instalasi Rawat Inap itu sendiri. Hal tersebut perlu ditelaah lebih lanjut karena jika hal tersebut tidak segera diantisipasi, maka dikhawatirkan dapat menyebabkan kerugian yang lebih besar bagi rumah sakit di masa mendatang.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan Laporan Kegiatan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto, pada tahun 2011 telah terjadi penurunan jumlah pasien Rawat Inap, yaitu dari 16.974 pasien pada tahun 2010 menjadi 14.066 pasien pada tahun 2011. Secara matematis, telah terjadi penurunan sebesar 17,13%. Sementara itu rekapitulasi data komplain pasien dari tahun 2008 hingga 2011 menunjukkan bahwa Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto belum dapat mewujudkan pelayanan dengan *Zero Complaint*. Walaupun pada dasarnya komplain memang sulit untuk dihindari, komplain yang disampaikan pasien merupakan bentuk ketidakpuasan atas pelayanan yang mereka terima. Terkait dengan kedua hal tersebut, perlu diketahui lebih lanjut tentang bagaimana persepsi pasien atas kualitas jasa yang terselenggara di Instalasi Rawat Inap sebagai dasar penyusunan upaya perbaikan

pelayanan di masa mendatang dan mengurangi kemungkinan terjadinya kerugian yang lebih besar jika tidak segera ditangani.

1.3 Pertanyaan Penelitian

- a. Bagaimana gambaran persepsi pasien mengenai kualitas interaksi di Instalasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto tahun 2012?
- b. Bagaimana gambaran persepsi pasien mengenai kualitas lingkungan fisik di Instalasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto tahun 2012?
- c. Bagaimana gambaran persepsi pasien mengenai kualitas hasil di Instalasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto tahun 2012?
- d. Bagaimana gambaran persepsi pasien pada kualitas jasa keseluruhan Instalasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto tahun 2012?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran persepsi pasien pada kualitas interaksi, kualitas lingkungan fisik, kualitas hasil, dan kualitas jasa keseluruhan Instalasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto tahun 2012.

1.4.2 Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui gambaran persepsi pasien mengenai kualitas interaksi di Instalasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto tahun 2012 yang dilihat dari sikap dokter, sikap perawat, perilaku dokter, perilaku perawat, keahlian dokter, dan keahlian perawat.
- b. Untuk mengetahui gambaran persepsi pasien mengenai kualitas lingkungan fisik di Instalasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto tahun 2012 yang dilihat dari kondisi ruangan dan desain ruangan.

- c. Untuk mengetahui gambaran persepsi pasien mengenai kualitas hasil di Instalasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto tahun 2012 yang dilihat dari kesan pasien.
- d. Untuk mengetahui gambaran persepsi pasien mengenai kualitas jasa keseluruhan Instalasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto tahun 2012 yang dilihat persepsi pasien mengenai kualitas interaksi, kualitas lingkungan fisik, dan kualitas hasil.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto

- a. Menjadi informasi dasar bagi rumah sakit mengenai gambaran kualitas interaksi, kualitas lingkungan fisik, dan kualitas hasil yang dipersepsikan atau dirasakan oleh pasien (pelanggan) selama menjalani perawatan di ruang Rawat Inap.
- b. Menjadi bahan evaluasi rumah sakit mengenai kualitas jasa Instalasi Rawat Inap yang dipersepsikan atau dirasakan oleh pasien (pelanggan).
- c. Menjadi bahan masukan bagi rumah sakit dalam upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada pasien (pelanggan).

1.5.2 Bagi Peneliti

- a. Meningkatkan pengetahuan peneliti mengenai konsep kualitas jasa.
- b. Sebagai bahan referensi dan rujukan bagi peneliti lain.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian mengenai studi kualitas jasa Instalasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto dilaksanakan pada bulan Januari 2012 dengan mengambil sampel pasien yang dirawat inap di Instalasi Rawat Inap B dan C. Penelitian ini dilakukan atas dasar terjadinya penurunan jumlah pasien Rawat Inap pada tahun 2011 dan banyaknya komplain yang disampaikan oleh pasien rawat inap.

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain *cross sectional*, yang dalam pelaksanaannya terdapat beberapa pembatasan ruang lingkup

penelitian. Pembatasan pengukuran variabel kualitas jasa dilakukan mengingat berkembangnya metode-metode yang digunakan dalam pengukuran kualitas jasa. Sementara dari hasil penelitian para ahli, metode-metode pengukuran jasa masih menjadi suatu perdebatan, karena masing-masing metode memiliki ciri khas masing-masing yang belum bisa digeneralisasikan menjadi suatu metode baku dalam pengukuran kualitas jasa pada segala aspek kehidupan, termasuk kesehatan. Oleh karena itu penulis memberikan batasan pengukuran kualitas jasa dalam lingkup *perceived service quality*, dimana kualitas jasa diukur berdasarkan persepsi pelanggan atas jasa yang mereka rasakan atau terima.

Variabel yang diteliti terdiri dari kualitas interaksi, kualitas lingkungan fisik, kualitas hasil, serta persepsi pasien pada kualitas jasa keseluruhan Instalasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto. Pengukuran kualitas interaksi dilihat melalui subsimensi sikap, perilaku, dan keahlian. Dalam pelaksanaannya, peneliti membatasi pengukuran kualitas interaksi yang diselenggarakan di Instalasi Rawat Inap pada lingkup pelayanan dokter dan perawat. Pengukuran kualitas lingkungan fisik dilihat dari subdimensi kondisi dan desain ruangan. Sementara pengukuran kualitas hasil dilihat dari subdimensi kesan pasien pada pelayanan Rawat Inap yang selama ini mereka terima. Dalam penelitian ini pengukuran kualitas jasa pada aspek pelayanan obat tidak disertakan mengingat lingkup yang terlalu luas dan menyangkut instalasi lain (Farmasi). Selain itu pengukuran kualitas jasa pada aspek pelayanan makanan juga tidak dilakukan karena berdasarkan rekapitulasi data keluhan, keluhan mengenai makanan hampir jarang terjadi, sehingga tidak menjadi prioritas penelitian.

Penelitian dilakukan dengan menggunakan metode survey, observasi secara langsung, serta analisis data-data sekunder.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Persepsi

Persepsi diartikan sebagai pengalaman mengenai suatu objek, peristiwa, atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkan pesan. Persepsi merupakan suatu kemampuan untuk mengorganisir pengamatan, salah satunya berupa kemampuan untuk membedakan, mengelompokkan, atau memfokuskan (Sarwono, 1986 dalam Ariyanti, 2005).

Sementara menurut Winardi (1991) dalam Syafriati (2005), persepsi dapat dinyatakan sebagai proses penafsiran dari berbagai sensasi dan memberikan arti pada rangsangan atau stimuli yang diterimanya, sehingga persepsi tersebut merupakan penafsiran realita dimana masing-masing individu dapat memandang realita dari sudut pandang yang berdeda-beda.

Persepsi tidak terjadi dengan sendirinya, melainkan terjadi karena adanya sebuah proses yang diawali dengan adanya sensasi, yaitu di saat seseorang menyadari adanya stimuli atau rangsangan yang dihadapinya. Selanjutnya ia akan memberikan interpretasi terhadap stimuli tersebut. Sementara pembentukan interpretasi antar satu orang dengan yang lain dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya faktor belajar, motivasi, sosial, bahkan kepribadian dari masing-masing individu itu sendiri (Hollander, 1972 dalam Muharmawati, 2004). Hal tersebutlah yang menyebabkan persepsi antara satu dengan yang lain terhadap sebuah objek yang sama kadangkala berbeda.

Adanya kemungkinan terjadinya perbedaan pada masing-masing individu dalam mempersepsikan hal yang sama ternyata dipengaruhi oleh beberapa faktor. Dalam ilmu Psikologi Umum yang dikutip oleh Syafriyati (2005), faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang adalah:

a. Perhatian yang selektif

Selama masa hidupnya, manusia pastinya menerima banyak rangsangan dari lingkungannya. Meskipun demikian, manusia tidak harus memberikan tanggapan

atau respon terhadap semua rangsangan yang diterimanya, Manusia cenderung akan melakukan seleksi dan memusatkan perhatian pada rangsangan tertentu saja.

b. Ciri-ciri rangsang

Rangsangan yang diterima manusia dapat berupa rangsangan sifatnya yang bergerak dan rangsangan yang sifatnya diam. Rangsangan yang bergerak memiliki kecenderungan lebih menarik perhatian seseorang. Demikian juga rangsangan yang besar dibanding yang kecil, yang kontras dengan latar belakangnya, serta yang intensitasnya paling kuat.

c. Nilai-nilai dan kebutuhan individu

Persepsi seseorang dipengaruhi oleh nilai-nilai dan kebutuhan individu. Misalnya adalah persepsi antara seseorang yang berlatar belakang seniman dengan seseorang yang bukan seniman terhadap suatu hal cenderung berbeda, karena pola dan cita rasa dalam pengamatan diantara keduanya juga berbeda.

d. Pengalaman terdahulu

Pengalaman terdahulu memiliki pengaruh yang kuat bagi seseorang dalam mempersepsikan dunianya. Dari pengalaman tersebut, seorang individu sudah memiliki pengalaman merasakan hal tersebut dan memiliki kecenderungan dapat menilai dan membandingkan antara yang sebelum dan yang sesudahnya.

Sementara menurut Siagian (1989), faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang dibedakan menjadi tiga, yaitu diri orang yang bersangkutan itu sendiri, sasaran persepsi, serta faktor situasi. Pada faktor yang pertama, Siagian menjelaskan bahwa persepsi seseorang dipengaruhi oleh karakteristik individu itu sendiri, seperti sikap, motif, kepentingan, minat, pengalaman, dan harapannya. Pada faktor yang kedua, persepsi dipengaruhi oleh sasaran dari persepsi itu sendiri, misalnya berupa orang, benda atau peristiwa. Sifat-sifat dari sasaran tersebut memiliki kecenderungan mempengaruhi persepsi seseorang yang melihatnya. Sementara pada faktor ketiga, persepsi biasanya harus dilihat secara kontekstual, yang berarti seseorang perlu memperhatikan dalam situasi yang seperti apa suatu persepsi itu timbul.

2.2 Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau bersama-sama dalam sebuah organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok, maupun masyarakat (Levey dan Loomba, 1973 dalam Azwar, 1996).

Mengutip dari Hodgetts dan Cascio (1983), Azwar (1996) menyebutkan bahwa secara umum pelayanan kesehatan dibedakan menjadi dua, yaitu pelayanan kedokteran dan pelayanan kesehatan masyarakat.

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri maupun bersama-sama dalam satu organisasi, dengan tujuan utama untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, dan dengan sasaran terutama untuk perseorangan dan keluarga. Sementara pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kesehatan masyarakat ditandai dengan cara pengorganisasian yang pada umumnya dilakukan secara bersama-sama dalam satu organisasi, dengan tujuan utama untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, dan dengan sasaran terutama untuk kelompok dan masyarakat.

Agar dapat disebut sebagai suatu pelayanan kesehatan yang baik, baik pelayanan kedokteran maupun pelayanan kesehatan masyarakat harus memiliki berbagai persyaratan pokok (Azwar, 1996), yaitu:

a. Tersedia dan berkesinambungan

Artinya, semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan dan selalu tersedia kapan pun dibutuhkan.

b. Dapat diterima dan wajar

Artinya, pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan, serta kepercayaan masyarakat.

c. Mudah dicapai

Mudah dicapai (*accessible*) yang dimaksud dalam konteks ini berkaitan dengan lokasi pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik maka pengaturan distribusi sarana kesehatan

bersifat penting. Jangan sampai pelayanan kesehatan hanya terpusat di daerah perkotaan saja, sementara di daerah pedesaan jarang ditemukan.

d. Mudah dijangkau

Mudah dijangkau (*affordable*) yang dimaksud dalam konteks ini berkaitan dengan biaya, dimana biaya pelayanan kesehatan diupayakan sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Jik biaya pelayanan kesehatan terlalu mahal, maka hanya sebagian kecil masyarakat saja yang dapat menikmatinya.

e. Bermutu

Pengertian mutu yang dimaksud dalam konteks ini adalah menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, dimana di satu sisi dapat memberikan kepuasan kepada para pemakai jasa pelayanan, sementara di sisi lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar yang berlaku.

2.3 Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit

Pelayanan rawat inap rumah sakit merupakan pelayanan yang dilakukan kepada pasien yang menempati tempat tidur di ruang rawat inap rumah sakit untuk keperluan observasi, diagnosa, terapi, rehabilitasi medik, ataupun pelayanan yang lain (Departemen Kesehatan RI, 1997 dalam Muharmawati, 2004). Lebih lanjut, pelayanan rawat inap terdiri dari penerimaan pasien, pelayanan medik, pelayanan keperawatan, pelayanan sarana medik, penunjang medik, serta non medik, penyediaan lingkungan ruangan rawat inap, pelayanan gizi, dan pelayanan administrasi serta keuangan.

Loho dalam Muharmawati (2004) menyatakan bahwa pelayanan rawat inap dimulai dari kedatangan pasien di sebuah rumah sakit, kemudian diterima oleh bagian penerimaan pasien untuk mendata pasien dan mengatur ruang perawatan mana yang sesuai dengan keinginan pasien. Selanjutnya pasien akan diantar menuju ruang perawatan untuk mendapatkan pelayanan lebih lanjut. Beberapa pelayanan yang akan diterima pasien di dalam ruang rawat inap adalah:

a. Pelayanan Tenaga Medis

Pelayanan tenaga medis merupakan pelayanan yang dilakukan oleh ahli kedokteran dengan fungsi utama memberikan pelayanan medis kepada pasien

melalui tata cara dan teknik yang mengacu pada ilmu kedokteran dan etik yang berlaku serta dapat dipertanggungjawabkan (Aniroen, 1992 dalam Muharmawati, 2004). Sementara menurut Wijono (2000), pelayanan medis bertujuan untuk mengupayakan kesembuhan pasien secara optimal melalui prosedur serta tindakan yang dapat dipertanggungjawabkan.

b. Pelayanan Tenaga Perawat

Pelayanan tenaga perawat merupakan pelayanan profesional yang menjadi bagian integral pelayanan kesehatan yang mengacu pada ilmu dan kiat keperawatan berdasarkan pengalaman biologi, psikologi, sosiologi, spiritual yang komprehensif, yang ditujukan kepada individu, keluarga, serta masyarakat, baik sakit maupun sehat (Departemen Kesehatan RI, 1988 dalam Muharmawati 2004). Sementara menurut *WHO Expert Committee on Nursing* (1996) yang dikutip dalam Aditama (2000), pelayanan keperawatan merupakan gabungan dari ilmu dan seni yang bertugas membantu individu, keluarga, dan kelompok untuk mencapai potensi optimalnya, baik di bidang fisik, mental, maupun sosial, dalam ruang lingkup kehidupan dan pekerjaannya.

Griffith (1987) dalam Aditama (2000) menyebutkan bahwa setidaknya perawat memiliki lima tugas utama, yaitu melakukan kegiatan promosi kesehatan yang juga mencakup kesehatan emosional dan sosial, melakukan upaya pencegahan penyakit dan kecacatan, berusaha untuk meminimalisasi akibat buruk penyakit, mengupayakan kegiatan rehabilitasi, serta menciptakan keadaan lingkungan, fisik, kognitif, dan emosional sedemikian rupa yang menunjang upaya penyembuhan penyakit. Lebih lanjut, Griffith menjelaskan bahwa dalam pelaksanaan tugasnya, perawat melakukan kegiatan- kegiatan keperawatan klinik yang terdiri dari:

- a). Pelayanan keperawatan personal, yang salah satunya berupa pelayanan keperawatan umum dan atau spesifik untuk sistem tubuh tertentu, pemberian motivasi dan dukungan emosi pada pasien, pemberian obat, dsb.
- b). Berkomunikasi dengan dokter dan petugas penunjang medik, mengingat perawat merupakan profesi yang paling dekat dengan pasien yang lebih

sering berkomunikasi dengan pasien, sehingga sudah sewajarnya perawat mengetahui kondisi pasien.

- c). Berkomunikasi dengan dokter atau petugas lain atas berbagai hal terkait dengan keadaan pasien.
- d). Menjalin hubungan dengan keluarga pasien. komunikasi yang baik dengan keluarga pasien akan membantu proses penyembuhan pasien. oleh karena itu komunikasi perlu dilakukan dan pihak keluarga perlu mendapat kejelasan sesuai dengan batas-batas tertentu agar keluarga dapat berpartisipasi aktif dalam proses penyembuhan pasien.
- e). Menjaga lingkungan bangsal tempat perawatan, baik lingkungan fisik, mikrobiologi, keamanan, dsb.
- f). Melakukan penyuluhan kesehatan dan upaya pencegahan penyakit, bagi pasien pada khususnya serta bagi pengunjung rumah sakit pada umumnya.

c. Pelayanan Administrasi dan Penerimaan Pasien

Pelayanan administrasi dan penerimaan pasien merupakan pelayanan yang menangani prosedur penerimaan uang muka perawatan, penagihan berkala, serta penyelesaian rekening pada saat pasien atau keluarga pasien akan keluar dari rumah sakit (Loho, 1988 dalam Sarmadi, 1998 dalam Muharmawati, 2004).

d. Sarana Medis, Non Medis, dan Obat-obatan

Sarana medis, non medis, dan obat-obatan merupakan sarana yang digunakan dalam proses diagnostik, pengobatan, dan perawatan yang disediakan oleh rumah sakit (Muharmawati, 2004).

e. Pelayanan Makanan dan Gizi

Pelayanan makanan dan gizi merupakan pelayanan yang diselenggarakan untuk mencapai pelayanan gizi pasien yang optimal dalam rangka memenuhi kebutuhan gizi orang sakit, baik untuk keperluan mengoreksi kelainan metabolisme tubuhnya maupun untuk keperluan peningkatan atau pemulihan kesehatan (Wijono, 1999 dalam Muharmawati, 2004).

f. Lingkungan Fisik Rawat Inap

Lingkungan fisik rawat inap merupakan ruang yang disediakan untuk pasien oleh pihak rumah sakit yang dapat memberikan ketenangan bagi pasien saat dirawat di dalamnya serta yang memiliki penerangan, kebersihan, dan

ketersediaan air kamar mandi yang memadai. Dalam penatalaksanaannya, lingkungan, ruang, serta bangunan rumah sakit harus selalu berada dalam kondisi bersih dan dapat menyediakan fasilitas sanitasi yang memenuhi persyaratan kesehatan (Departemen Kesehatan RI dalam Muharmawati, 2004).

2.4 Jasa

2.4.1 Pengertian Jasa

Jasa atau biasa disebut dengan pelayanan didefinisikan sebagai setiap tindakan atau perbuatan yang dapat ditawarkan oleh suatu pihak ke pihak lain yang pada dasarnya bersifat *intangible* (tidak berwujud fisik) dan tidak menghasilkan kepemilikan atas sesuatu (Kotler & Keller, 2009 dalam Tjiptono, 2009).

Sementara Gronroos (2000) dalam Siddiqi (2010) mendefinisikan jasa sebagai “*A service is a process consisting of series of more or less intangible activities that normally, but not necessarily always, take place in interactions between customer and services employees and/or physical resources or goods and/or systems of the service provider, which are provided as solutions to customer problems*”. Hal tersebut berarti bahwa jasa merupakan sebuah proses yang terdiri dari serangkaian aktivitas yang tidak berwujud (*intangible*), dan terjadi dalam hubungan antara pelanggan dan karyawan dan atau barang dan atau sistem yang dimiliki oleh penyedia jasa sebagai suatu bentuk solusi atas masalah yang dihadapi pelanggan.

2.4.2 Karakteristik Jasa

Menurut Zeithaml, Parasuraman, dan Berry (1990), dalam memahami konsep jasa, maka dapat dilihat dari tiga hal mendasar yang membedakan sebuah jasa dengan barang. Ketiga hal mendasar tersebut meliputi bagaimana jasa diproduksi, dikonsumsi, dan dievaluasi.

- a. Suatu jasa pada dasarnya tidak berwujud. Jasa lebih sering disampaikan sebagai suatu kinerja (*performance*) dan pengalaman (*experiences*), sehingga spesifikasi manufaktur yang tepat yang terkait dengan penyeragaman kualitas jasa jarang sekali dapat diatur. Pada saat konsumen akan membeli suatu jasa, maka jasa tersebut tidak dapat diukur, dirasakan, dan diverifikasi terlebih

dahulu sebelum konsumen membelinya. Terlebih, jika jasa yang dibeli merupakan murni sebuah performa, maka kadangkala kriteria yang digunakan konsumen untuk mengevaluasinya sulit dan kompleks untuk dinilai secara tepat.

- b. Jasa, terutama bagi penyedia jasa yang memiliki tenaga kerja yang banyak (heterogen), maka performa jasa yang diberikan seringkali bervariasi dari tenaga kerja yang satu dengan tenaga kerja yang lain, dari hari ke hari, serta dari konsumen yang satu dengan konsumen yang lain. Hal tersebut menunjukkan bahwa jasa seringkali sulit untuk dibakukan dalam konteks untuk menjamin keseragaman kualitas jasa tersebut.
- c. Produksi dan konsumsi pada kebanyakan jasa tidak dapat dipisahkan. Kualitas jasa seringkali terjadi selama jasa tersebut diberikan, biasanya dapat dirasakan pada saat terjadinya interaksi antara konsumen dan provider jasa tersebut. Proses pada saat jasa diberikan seringkali menjadi bahan pertimbangan konsumen untuk mengevaluasi jasa yang mereka gunakan. Sehingga seorang konsumen tidak hanya mengukur kualitas jasa dari outcome jasa yang telah dihasilkan.

Tjiptono (2009) menyebutkan bahwa pada dasarnya jasa memiliki lima karakteristik unik, yaitu *intangibility*, *inseparability*, *variability (heterogeneity)*, *perishability*, dan *lack of ownership*.

a. *Intangibility*

Jasa bersifat *intangible*, yaitu tidak memiliki kehadiran fisik dan tidak dapat dialami maupun dideteksi oleh panca indera, sehingga jasa tidak dapat dilihat, dirasa, dicium, diraba, ataupun didengar sebelum jasa tersebut dibeli dan dikonsumsi. Hal tersebut memberikan beberapa dampak bagi konsumen, diantaranya adalah menyulitkan konsumen untuk mengevaluasi berbagai alternatif penawaran jasa, menekankan pentingnya sumber informasi informal, serta menggunakan harga sebagai dasar penilaian kualitas.

Sementara bagi penyedia jasa, *intangibility* dari jasa menyulitkan penyedia jasa untuk memajang dan mendiferensiasikan penawarannya. Dalam menghadapi hal tersebut, para penyedia jasa melakukan upaya menstimulasi sumber pengaruh

personal dengan cara mendorong agar pelanggan yang puas bersedia untuk merekomendasikan jasa perusahaan pada kerabat atau rekanan mereka. Selain itu dapat juga dilakukan upaya merancang dan mengembangkan petunjuk fisik yang mencerminkan jasa yang berkualitas tinggi melalui penampilan staf, peralatan, gedung (kantor), iklan, serta simbol-simbol lain yang dipergunakan sebagai identitas jasa.

b. *Inseparability*

Inseparability merupakan sifat jasa, dimana jasa pada umumnya dijual terlebih dahulu, baru kemudian diproduksi dan dikonsumsi pada waktu dan tempat yang sama. Karakteristik tersebut memberikan beberapa implikasi bagi konsumen. Implikasi pertama terlihat pada jasa dengan tingkat kontak antara penyedia jasa dan konsumen yang tinggi, dimana interaksi di antara mereka merupakan faktor penting yang menentukan kepuasan konsumen terhadap jasa tersebut. Implikasi kedua terlihat dengan adanya konsumen lain yang dapat juga hadir secara bersamaan dengan konsumen-konsumen lainnya. Perilaku konsumen lain dapat mempengaruhi kepuasan jasa yang disampaikan.

Oleh karenanya penyedia jasa berusaha untuk mengatasi karakteristik *inseparability* tersebut dengan cara melatih para staf agar dapat berinteraksi dengan pelanggan (konsumen) secara efektif, termasuk bagaimana mendengarkan pelanggan, bersikap empati, serta berperilaku sopan. Selain itu penyedia jasa juga dapat mengupayakan berbagai cara agar antara satu pelanggan dengan pelanggan yang lain tidak merasa terganggu.

c. *Variability (heteroginity)*

Jasa bersifat sangat variabel, yaitu memiliki banyak variasi bentuk, kualitas, dan jenis, tergantung pada siapa, kapan, dan di mana jasa diproduksi. Bovee, Houston, dan Thill dalam Tjiptono (2009) menyebutkan bahwa variabilitas tersebut disebabkan oleh tiga faktor, yaitu kerja sama atau partisipasi pelanggan selama penyampaian jasa, moral atau motivasi karyawan dalam melayani pelanggan, serta beban kerja perusahaan.

d. *Perishability*

Perishability merupakan karakteristik yang menunjukkan sifat jasa yang tidak tahan lama dan tidak dapat disimpan. Kursi pesawat yang kosong dan kamar hotel

yang tidak dihuni akan berlalu atau hilang begitu saja karena jasa yang ditawarkan tidak dapat disimpan. Sementara itu, permintaan jasa sebagian besar memang bersifat fluktuatif, seperti misalnya terjadinya kenaikan permintaan jasa transportasi antar kota atau antar pulau pada saat musim Lebaran atau liburan sekolah. Oleh karena itu sebuah perusahaan harus memiliki manajemen permintaan dan penawaran yang efektif. Jika suatu perusahaan tidak memiliki manajemen tersebut melainkan selalu merancang kapasitas jasa sesuai dengan permintaan puncak, maka di saat permintaan jasa tidak tinggi (sepi), maka akan terjadi kapasitas menganggur dalam jumlah yang sangat besar. Demikian pula produktivitas karyawan dan *return on assets* (pengembalian modal) perusahaan yang akan sangat rendah.

e. *Lack of ownership*

Lack of ownership merupakan perbedaan dasar antara jasa dan barang. Pada pembelian barang, konsumen memiliki hak penuh atas kepemilikan, penggunaan, dan manfaat dari barang itu sendiri. Sementara pada pembelian jasa, konsumen mungkin hanya memiliki akses personal atas suatu jasa dalam waktu yang terbatas.

Lovelock dan Wright (2005) dalam Setiawan (2011) menyebutkan karakteristik jasa sebagai berikut:

a. Pelanggan tidak memperoleh kepemilikan atas jasa

Seorang pelanggan mendapatkan nilai dari jasa tanpa memperoleh kepemilikan permanen atas elemen-elemen jasa.

b. Jasa merupakan kinerja yang tidak berwujud.

Pada dasarnya kinerja jasa bersifat tidak berwujud (*intangible*), sehingga manfaat dari jasa yang dapat dirasakan berasal dari sifat atau proses penyampaiannya.

c. Keterlibatan pelanggan dalam proses produksi.

Pelanggan seringkali terlibat aktif dalam membantu menghasilkan jasa, baik dengan cara melayani dirinya sendiri seperti di ATM ataupun dengan melakukan kerjasama dengan petugas jasa seperti di rumah sakit.

d. Pelanggan lain dapat menjadi bagian dari produk.

Pada beberapa jenis jasa, pelanggan tidak hanya berhubungan dengan petugas jasa, melainkan juga bersinggungan dengan pelanggan yang lain.

e. Keragaman input dan output operasional besar

Pembuatan standar dan pengontrolan keragaman input maupun output jasa seringkali sulit dilakukan karena adanya karyawan dan pelanggan lain dalam sistem operasional jasa tersebut. Keragaman tersebut dapat terjadi dari satu pelanggan ke pelanggan lain dan bahkan dari waktu ke waktu.

f. Pelanggan sulit mengevaluasi jasa

Beberapa jasa mungkin akan lebih menekankan pada proses penyampaian jasa itu sendiri, sehingga evaluasi terhadap jasa oleh satu pelanggan dengan pelanggan lain dapat berbeda-beda, tergantung dengan pengalaman mereka masing-masing yang hanya dapat dibedakan setelah pembelian atau selama konsumsi. Terkadang proses evaluasi tersebut sulit dilakukan karena tidak semua pelanggan dapat menilai apakah jasa yang telah mereka terima sudah sesuai dengan yang seharusnya atau tidak.

g. Pada umumnya tidak ada persediaan jasa

Jasa merupakan suatu kinerja yang tidak berwujud, sehingga ia tidak dapat disimpan untuk digunakan di lain waktu. Hal tersebutlah yang menyebabkan mengapa jasa seringkali tidak memiliki persediaan.

h. Faktor waktu relatif lebih penting

Pada jenis jasa yang sifatnya diberikan pada saat itu juga kepada pelanggan, faktor waktu menjadi salah satu hal yang turut diperhatikan karena akan menjadi satu unsur penilaian pelanggan atas jasa tersebut. Faktor waktu ini berkaitan dengan kecepatan penyampaian jasa, sehingga pelanggan tidak perlu menunggu dalam waktu yang lama.

i. Saluran distribusi yang berbeda

Beberapa bisnis jasa menggunakan saluran elektronik dalam menyalurkan jasa, sementara beberapa yang lain menggabungkan tempat pembuatan, tempat penjualan, serta tempat mengkonsumsi jasa di satu lokasi.

Dari beberapa pendapat ahli tersebut maka dapat disimpulkan bahwa secara umum jasa memiliki karakteristik tidak berwujud (*intangibility*) sehingga terkadang sulit untuk dievaluasi, manfaat jasa yang diterima dapat berubah-ubah atau beraneka ragam (*variability*), proses produksi dan konsumsi jasa terlaksana secara bersamaan (*inseparability*), tidak dapat disimpan untuk digunakan pada masa yang akan datang (*perishability*), serta kepemilikan yang terbatas (*lack of ownership*).

2.5 Kualitas Jasa

2.5.1 Konsep Kualitas Jasa

Menurut *American Society for Quality Control* yang dikutip dalam Ratnasari dan Aksa (2011), kualitas diartikan sebagai keseluruhan dari ciri dan karakteristik sebuah produk atau jasa terkait dengan kemampuannya untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan yang telah ditentukan atau bersifat laten.

Sementara kualitas jasa didefinisikan sebagai tingkat keunggulan (*excellence*) yang diharapkan dan pengendalian atas keunggulan tersebut untuk memenuhi keinginan pelanggan (Wyckof dalam Lovelock, 1988 dalam Tjiptono, 2009). Pendapat tersebut juga sesuai dengan apa yang diungkapkan Parasuraman, et al. (1985) dalam Tjiptono (2009) bahwa terdapat dua faktor utama yang mempengaruhi kualitas jasa, yaitu jasa yang diharapkan (*expected service*) dan jasa yang dipersepsikan (*perceived service*). Hal tersebut menunjukkan bahwa baik buruknya kualitas jasa tergantung pada kemampuan penyedia jasa untuk dapat memenuhi harapan pelanggannya secara konsisten.

Lebih lanjut, kualitas suatu produk, baik berupa barang maupun jasa berkontribusi besar pada kepuasan pelanggan, retensi pelanggan, *word of mouth communication* dan *up-buying*, loyalitas pelanggan, pangsa pasar, dan profitabilitas (Tjiptono, 2009). Hal tersebut diperkuat dengan hasil beberapa studi yang menunjukkan bahwa pangsa pasar, *Return On Investment (ROI)*, *Return On Assets (ROA)*, biaya transaksi, serta perputaran asset sangat terkait dengan persepsi terhadap kualitas barang maupun jasa suatu perusahaan.

2.5.2 Dimensi Kualitas Jasa

Teori mengenai dimensi kualitas jasa sangat beragam. Setelah melakukan review dari berbagai penelitian kualitas jasa, Asubonteng, McCleary, dan Swan (1996) dalam Akbar dan Parvez (2009) menyimpulkan bahwa jumlah dimensi kualitas jasa bervariasi pada industri yang berbeda. Berikut adalah beberapa teori mengenai dimensi kualitas jasa dari beberapa pakar.

2.5.2.1 Dimensi Kualitas Jasa Parasuraman, et.al

Zeithaml, Parasuraman, dan Berry (1990) mengidentifikasi 10 dimensi kualitas jasa, yaitu *tangibles*, *reliability*, *responsiveness*, *competence*, *courtesy*, *credibility*, *security*, *access*, *communication*, dan *understanding the customers*. *Tangibles* adalah dimensi yang berkaitan dengan penampilan fisik dari fasilitas, peralatan, karyawan, dan bahan-bahan komunikasi penyedia jasa. *Reliability* adalah kemampuan memberikan jasa yang dijanjikan secara akurat dan andal. *Responsiveness* adalah kesediaan untuk membantu pelanggan dan menyampaikan jasa secara cepat. *Competence* adalah penguasaan keterampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan agar dapat memberikan jasa yang dibutuhkan pelanggan. *Courtesy* adalah sikap santun, respek, perhatian, dan keramahan para staf lini depan. *Credibility* adalah sifat jujur dan dapat dipercaya. *Security* adalah bebas dari bahaya, risiko atau keragu-raguan. *Access* adalah kemudahan untuk dihubungi dan ditemui. *Communication* adalah memberikan informasi kepada para pelanggan dalam bahasa yang mereka pahami, serta selalu mendengarkan saran serta keluhan mereka. *Understanding the customers* adalah berupaya memahami pelanggan dan kebutuhan mereka.

Namun dalam penelitiannya, Parasuraman, et al. mengidentifikasi lima komponen utama kualitas jasa (Tjiptono, 2009), yaitu:

- a. Keandalan (*reliability*), yaitu kemampuan perusahaan memberikan pelayanan sesuai dengan yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya guna memenuhi harapan pelanggan.
- b. Berwujud (*tangible*), yaitu kemampuan perusahaan mewujudkan eksistensinya kepada pihak luar, meliputi fasilitas fisik, perlengkapan pegawai, dan sarana komunikasi.

- c. Ketanggapan (*responsiveness*), yaitu keinginan para staf untuk membantu pelanggan dan memberikan layanan dengan tanggap.
- d. Jaminan dan kepastian (*assurance*), yaitu pengetahuan dan kemampuan pegawai atau penyedia jasa untuk menumbuhkan rasa percaya pelanggan pada perusahaan. Jaminan dan kepastian dapat ditumbuhkan melalui komunikasi, sikap yang sopan, keamanan, kompetensi, serta kredibilitas perusahaan penyedia jasa.
- e. Empati (*empathy*), meliputi kemudahan dalam menjalin relasi, komunikasi yang baik, perhatian pribadi, dan pemahaman atas kebutuhan individual para pelanggan.

2.5.2.2 Dimensi Kualitas Gronroos

Sementara menurut Gronroos (1990) dalam Tjiptono (2009), kualitas jasa terdiri dari dua dimensi utama, yaitu *technical quality* dan *functional quality*.

a. *Technical quality*

Dimensi ini disebut juga dengan *outcome dimension* karena berkaitan dengan kualitas output jasa yang dipersiapkan pelanggan. Menurut Zeithmal, et al. (1990) dalam Tjiptono (2009), komponen dari dimensi *technical quality* dibedakan menjadi tiga jenis, yaitu *search quality* (dapat dievaluasi sebelum dibeli, misalnya harga); *experience quality* (hanya bisa dievaluasi setelah dikonsumsi, misalnya ketepatan waktu, kecepatan layanan, dan kerapian hasil); serta *credence quality* (sukar dievaluasi oleh pelanggan walaupun jasa tersebut telah dikonsumsi, misalnya kualitas operasi bedah jantung).

b. *Functional quality*

Dimensi ini disebut juga dengan *process-related dimension* karena berkaitan dengan kualitas cara penyampaian jasa atau menyangkut proses transfer kualitas teknis, hasil akhir atau output dari jasa dari penyedia jasa kepada pelanggan. Dimensi *functional quality* dapat dipengaruhi kehadiran pelanggan lain yang secara simultan mengkonsumsi jasa yang serupa, misalnya dapat menyebabkan terjadinya antrian panjang yang berpotensi mengganggu pelanggan yang lain, atau sebaliknya dapat menciptakan suasana interaksi penjual dan pembeli yang

menyenangkan. Dimensi *functional quality* pada umumnya dipersepsikan secara subjektif dan sulit untuk dievaluasi seobjektif dimensi *technical quality*.

2.5.2.3 Dimensi Kualitas Jasa Brady dan Cronin

Berdasarkan telaah literatur, riset kualitatif, serta studi validasi pada beberapa industri jasa, Brady dan Cronin mengembangkan model kualitas jasa, dimana dalam model tersebut dimensi utama kualitas jasa terdiri dari kualitas interaksi (*interactional quality*), kualitas lingkungan fisik (*physical environment quality*), dan kualitas hasil (*outcome quality*). Masing-masing dimensi tersebut memiliki subdimensi yang berbeda-beda. Tjiptono menambahkan bahwa pelanggan membentuk persepsi kinerja organisasi dengan cara mengagregasi evaluasi pada subdimensi. Persepsi itulah yang melandasi persepsi kualitas jasa keseluruhan (Tjiptono, 2009).

a. Kualitas Interaksi

Menurut G. Lynn Shostack yang dikutip dalam Brady dan Cronin (2001), “*Service are often inextricably entwined with their human representatives. In many fields, a person is perceived to be the the service*”. Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa di berbagai bidang, perwakilan perusahaan memiliki peranan penting dalam sebuah proses penyampaian jasa karena perwakilan perusahaan merupakan bagian dari layanan itu sendiri.

Dalam sumber yang sama dijelaskan bahwa interaksi interpersonal yang terjadi selama proses penyampaian jasa seringkali memberikan pengaruh terbesar pada persepsi kualitas jasa (Bitner, Booms & Mohr, 1994; Bowen & Schneider, 1985; Gronroos, 1982; Hartline & Ferrell, 1996; Surprenant & Solomon, 1987 dalam Brady & Cronin, 2001), mengingat jasa itu sendiri pada dasarnya memiliki sifat tidak berwujud dan tidak dapat terpisahkan (Bateson, 1989; Lovelock, 1981; Shostack, 1977 dalam Brady & Cronin, 2001). Interaksi tersebut diidentifikasi oleh Hartline dan Ferrel serta Czepiel sebagai *the employee-customer interface* dan elemen kunci dalam *service exchange* (Brady & Cronin, 2001).

Signifikansi interaksi interpersonal terhadap kualitas jasa terbukti dalam penelitian yang dilakukan oleh Surprenant dan Solomon (1987), dimana kualitas jasa lebih merupakan hasil dari proses daripada outcome (*service quality is more*

the result of processes than outcomes) (Brady & Cronin, 2001). Hal tersebut memperkuat alasan diikutsertakannya dimensi kualitas interaksi dalam konsep pengukuran kualitas jasa yang dirasakan pelanggan.

Penelitian yang dilakukan oleh Brady dan Cronin menunjukkan bahwa terdapat tiga faktor yang membentuk persepsi pelanggan mengenai kualitas interaksi, yaitu faktor sikap (*attitude*), perilaku (*behavior*), dan keahlian (*expertise*). Brady dan Cronin juga menemui keterhubungan ketiga faktor tersebut pada beberapa literatur, misalnya Czeipel, Solomon, dan Surprenant dalam buku yang berjudul *The Service Encounter* (1985, p.9) dan Gronroos dalam buku yang berjudul *Service Management and Marketing: Managing the Moments in Truth in Service Competition* (1990).

a). Sikap

Secara sederhana Notoatmodjo (2007) mendefinisikan sikap sebagai reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Dalam sumber yang sama Notoatmodjo menyinggung teori yang dikemukakan oleh Newcomb, seorang ahli psikologi sosial, dimana sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum terwujud sebagai tindakan atau aktivitas, melainkan merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku (Newcomb dalam Notoatmodjo, 2007).

Sementara menurut Prof. dr. Mar'at, sikap merupakan produk dari proses sosialisasi dimana seseorang bereaksi sesuai dengan rangsang yang diterimanya. Dalam sumber yang sama dijelaskan bahwa sikap menunjukkan suatu keadaan dan kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek. Oleh karena itu sikap selalu memiliki arah yang jelas sebagai sebuah kekuatan terjadinya tingkah laku yang dapat bersifat menolak, netral, maupun menerima (Mar'at, 1984).

Dalam konteks kualitas jasa Brady dan Cronin, sikap merupakan salah satu tolak ukur penilaian kualitas interaksi. Sikap staff penyedia jasa memberikan pengaruh pada penilaian pelanggan atas kualitas jasa yang ia terima. Menurut Gilbert et al. (1992) dalam Selvians (2010), harapan pasien pada pelayanan rawat jalan dipengaruhi oleh biaya dan keramahan. Keramahan tersebut

menunjukkan adanya peranan dari sikap staff penyedia jasa yang salah satunya dapat diwujudkan dengan kesediaan membantu dan memenuhi kebutuhan pelanggan (pasien).

b). Perilaku

Skinner (1938) yang dikutip dalam Notoatmodjo (2007) merumuskan perilaku sebagai respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Dalam konteks kualitas jasa Brady dan Cronin, perilaku staff penyedia jasa menjadi salah satu tolak ukur penilaian kualitas jasa yang diperoleh. Andaleeb dalam Naidu (2009) yang dikutip dalam Selvians (2010) menyatakan bahwa cara staff berinteraksi dengan pelanggan akan membentuk suatu pengalaman pribadi yang penting dalam penemuan perilaku pembelian selanjutnya.

c). Keahlian

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, keahlian diartikan sebagai kemahiran dalam suatu ilmu (<http://bahasa.cs.ui.ac.id>). Dalam konteks kualitas jasa, keahlian dapat dilihat dari kompetensi (tingkat pengetahuan) dan profesionalisme (keterampilan) dari penyedia jasa itu sendiri. Fowdar (2005) dalam Selvians (2010) menyebutkan bahwa evaluasi pasien terhadap jasa atau pelayanan yang mereka terima didasarkan pada profesionalisme, kompetensi, serta komunikasi. Hal tersebut didukung oleh pernyataan dari Andeleb dalam Naidu yang dikutip dalam Selvians (2010), bahwa kompetensi memiliki pengaruh yang kuat pada penilaian kualitas jasa. Oleh karenanya keahlian menjadi salah satu tolak ukur dalam penilaian kualitas jasa.

b. Kualitas Lingkungan Fisik

Berdasarkan telaah literatur yang telah dilakukan oleh Brady dan Cronin (2001) pada penelitian Baker (1984); Baker, Grewal, dan Parasuraman (1994); Bitner (1990, 1992); Spangenberg, Crowley, dan Handerson (1996); Wakefield, Blodgett, dan Sloan (1996) serta Wener (1985) ditemukan bahwa evaluasi pelayanan pelanggan ternyata juga mempertimbangkan pengaruh lingkungan fisik. Bitner (1992) dalam Brady dan Cronin (2001) menyebutkan bahwa berdasarkan karakteristik dasar jasa yang tidak berwujud dan seringkali

membutuhkan kehadiran pelanggan dalam proses penyampaiannya, maka lingkungan sekitar dapat memiliki pengaruh yang signifikan terhadap persepsi pelanggan terhadap kualitas secara keseluruhan.

Hasil yang didapat dari penelitian Brady dan Cronin tersebut ternyata menunjukkan adanya beberapa faktor yang mempengaruhi persepsi kualitas lingkungan fisik, yaitu kondisi ruangan, desain ruangan, dan faktor sosial.

a). Kondisi ruangan

Butler (1996) dalam Sunarliyah (2011) menyebutkan bahwa kualitas fasilitas dan kinerja staff menjadi dimensi yang mempengaruhi persepsi pelanggan terhadap kualitas pelayanan. Pernyataan tersebut memperkuat adanya keterhubungan antara kondisi ruangan sebagai salah satu dasar penilaian kualitas fasilitas sebagai salah satu tolak ukur penilaian kualitas jasa. Swan et al. (2003) dalam Sunarliyah (2011) juga menyebutkan hal yang sama, dimana penampilan ruangan memberikan pengaruh pada persepsi dan kepuasan pasien.

b). Desain ruangan

Desain ruangan mengacu pada tata letak atau arsitektur fasilitas yang ada di dalamnya yang dilihat baik dari segi fungsional (praktikal) maupun visual (estetis). Desain tata letak ruangan merupakan salah satu unsur dari keberwujudan (*tangible*) yang dapat mempengaruhi persepsi pelanggan dalam menilai kualitas jasa (Bitner dalam Selvians dalam Sunarliyah, 2011).

c). Faktor sosial

Kualitas jasa sebuah pelayanan dapat diketahui dari pengalaman orang di sekitar, misalnya saja pengalaman dari keluarga atau teman. Menurut Gasper (1999) dalam Lukasyanti (2006) yang dikutip dalam Dwijayani (2009), salah satu faktor yang mempengaruhi persepsi dan ekspektasi pelanggan adalah pengalaman dari teman-teman. Teman-teman tersebut dapat menceritakan pengalaman mereka saat atau selama menggunakan produk pelayanan terkait.

c. Kualitas Hasil

Gronroos (1984) dalam Brady dan Cronin (2001) mendefinisikan kualitas hasil sebagai *“what the customer is left with when the production process is*

finished” (apa yang pelanggan terima saat proses produksi berakhir). Dalam sumber yang sama, Rust dan Oliver (1994) menyebutnya sebagai produk jasa. Sementara McAlexander, Kaldenberg, dan Koenig (1994) menganggap kualitas hasil di industri pelayanan kesehatan mengacu pada *technical care* dan menetakannya sebagai determinan primer persepsi pasien terhadap kualitas jasa.

Pada dasarnya atribut untuk mendefinisikan kualitas hasil belum teridentifikasi. Namun berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Brady dan Cronin diketahui bahwa terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi persepsi kualitas hasil, yaitu waktu tunggu (*waiting time*), bukti fisik (*tangible*), dan kesan (*valence*).

a). Waktu tunggu

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan no: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, waktu tunggu didefinisikan sebagai waktu yang diperlukan sejak pasien mendaftar hingga dilayani. Pada beberapa penelitian, waktu tunggu terbukti terkait dengan penilaian kualitas hasil. Berry (1985) dalam Brady dan Cronin (2001) menemukan bahwa pelanggan mengidentifikasi *service punctuality* (ketepatan waktu layanan) sebagai bagian integral dari evaluasi pelanggan secara keseluruhan. Gilbert et al. dalam Selvians (2010) menyatakan bahwa waktu menunggu pelanggan terhadap pelayanan mempengaruhi harapan dan kepuasan pelanggan. Kepuasan tersebut selanjutnya akan menentukan tindakan pelanggan pada pembelian di masa mendatang (Davis dan Heineke, 1998 dalam Selvians, 2010).

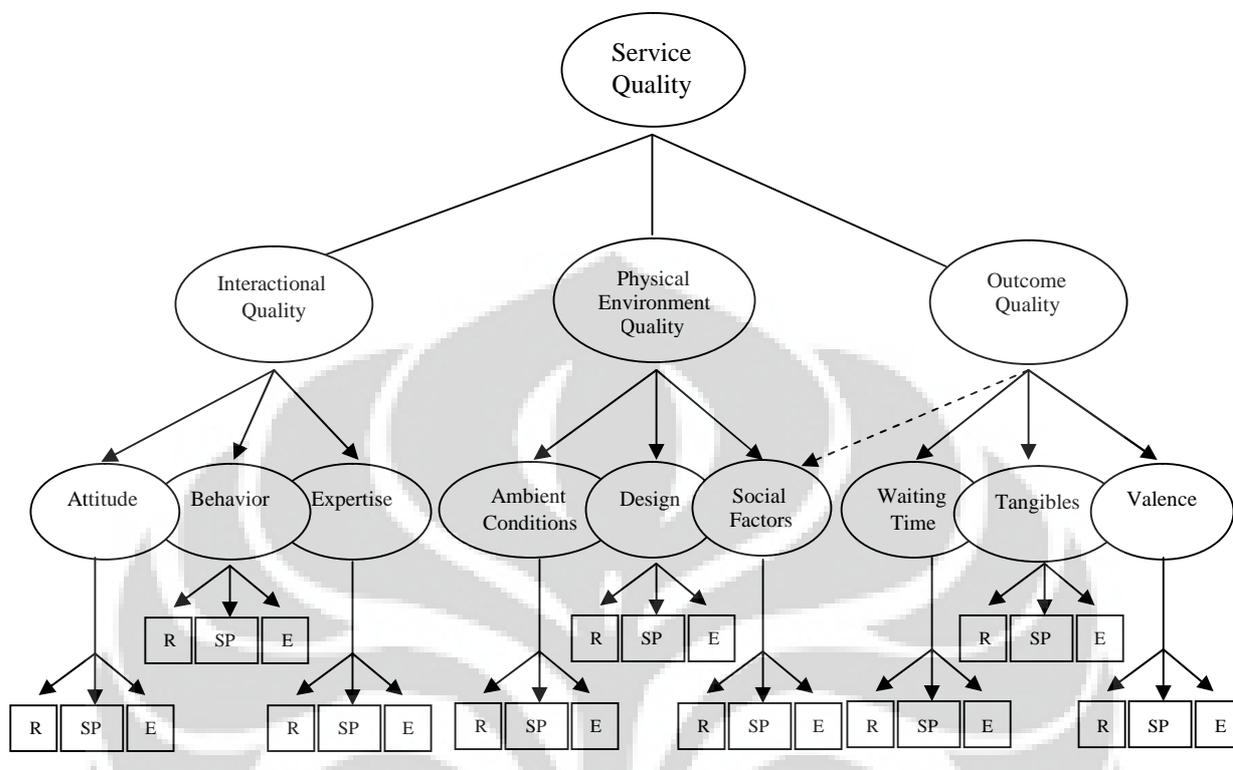
b). Bukti fisik (*tangible*)

Bukti fisik merupakan kemampuan perusahaan mewujudkan eksistensinya kepada pihak luar, meliputi fasilitas fisik, perlengkapan pegawai, dan sarana komunikasi (Tjiptono, 2009).

c). Kesan

Dalam konteks kualitas jasa, kesan mengacu pada atribut-atribut yang mempengaruhi keyakinan pelanggan bahwa hasil suatu jasa baik atau buruk, terlepas dari evaluasi pelanggan terhadap aspek lain dari pengalamannya (Brady & Cronin, 2001). Sementara menurut Sureschedar et al. (2002) dalam Selvians (2010), pengalaman perjumpaan pelanggan dengan organisasi

menjadi dasar kepuasan pelanggan secara keseluruhan terhadap pelayanan tersebut.



Note: R = a reliability item, SP = a responsiveness item, E = an empathy item. The broken line indicates that the path was added as part of model respecification.

Gambar 2.1 Model Brady & Cronin (2001)

(Sumber: Brady & Cronin, 2001)

Tjiptono menjelaskan bahwa bahwa konseptualisasi model kualitas jasa yang dikembangkan oleh Brady dan Cronin didasarkan pada model tiga komponen Rust dan Oliver (1994), yaitu *service product*, *service delivery*, dan *service environment*. *Service product* adalah fitur atau spesifikasi jasa yang dirancang untuk ditawarkan pada pelanggan. *Service delivery* adalah cara menyediakan jasa pada kesempatan yang spesifik, meliputi *role performances* yang menyangkut tahap-tahap penyampaian jasa dan ekspektasi terhadap peran karyawan dan pelanggan dalam setiap interaksi jasa. Sementara *service environment* adalah setting dan fasilitas yang diperlukan untuk menyampaikan jasa pada pelanggan dan memiliki pengaruh pada keyakinan, sikap, serta kinerja karyawan maupun pelanggan. Lebih lanjut, *service environment* ini terdiri dari lingkungan internal dan eksternal. Lingkungan internal terdiri dari orientasi pemasaran organisasi,

organisasi jasa, retensi pelanggan saat ini, internal marketing, dan akuisisi pelanggan baru. Sementara lingkungan eksternal meliputi ambience, ruang dan fungsi, serta elemen-elemen simbolik lainnya (Tjiptono, 2009).

Pada saat itu Rust dan Oliver tidak menguji konsep yang mereka susun. Meskipun demikian terdapat beberapa penelitian yang menggunakan model yang mirip membuktikan bahwa konsep tersebut benar. Salah satunya pada penelitian McAlexander, Kaldenberg, dan Koenig (1994) pada bidang pelayanan kesehatan (Brady & Cronin, 2001).

2.5.3 Penilaian Kualitas Jasa

Pada dasarnya kualitas pelayanan merupakan salah satu faktor utama yang mempengaruhi konsumen dalam menentukan dan memilih provider pelayanan mana yang akan digunakan. Anderson dan Zeithmal (1984) dalam Babakus dan Mangold (1992) menyatakan bahwa *“Evidence in both the manufacturing and services industries indicates that quality is a key determinant of market share and return on investment as well as cost reduction.”* Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa kualitas merupakan determinan utama penguasaan pasar serta pengembalian investasi sebagaimana penurunan biaya yang harus dikeluarkan.

Hal tersebut juga didukung dengan pendapat Tjiptono (2009) dalam bukunya yang berjudul *Service Marketing; Esensi dan Aplikasi*, dimana kualitas suatu produk, baik yang berupa barang maupun jasa berkontribusi besar pada terciptanya kepuasan pelanggan, retensi pelanggan, *word of mouth communication* dan *up-buying*, loyalitas pelanggan, pangsa pasar, serta profitabilitas.

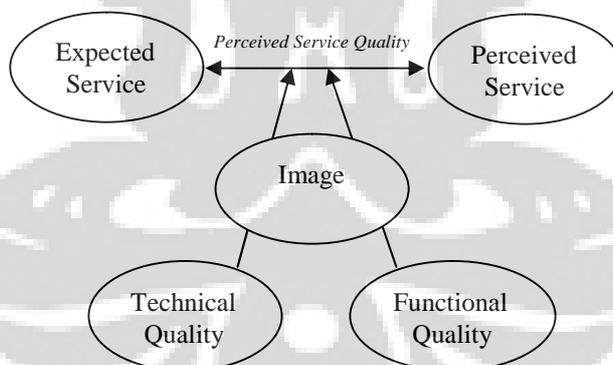
Mengingat pentingnya peranan kualitas, maka perusahaan diharapkan untuk dapat senantiasa menjaga dan meningkatkan kualitas jasa, salah satunya dengan cara melakukan pengukuran kualitas jasa yang mereka berikan. Hal yang serupa juga diungkapkan oleh Frederick F.Reichheld dan W.Earl Sasser Jr. dalam *Harvard Business Review*, *“the quality doesn’t improve, unless you measure it”* (sebuah kualitas tidak akan meningkat kecuali perusahaan mengukur kualitas tersebut).

Menurut Setiawan (2011), penilaian kualitas jasa bertujuan untuk menilai kesesuaian antara mutu layanan yang diberikan dengan kepentingan pelanggan.

Penilaian tersebut dapat dilakukan dengan menggunakan dua perspektif, yaitu perspektif kualitas sebagai kesesuaian dengan spesifikasi serta perspektif kualitas sebagai kepatutan dengan tujuan. Perspektif kualitas sebagai kesesuaian dengan spesifikasi jika diimplementasikan dalam jasa rumah sakit, maka dapat dilihat dari jadwal dokter poliklinik yang tepat waktu, tanggapan terhadap keluhan pasien dalam waktu 24 jam, dan sebagainya. Sementara perspektif kualitas sebagai kepatutan dengan tujuan dapat dilihat dari ketepatan petugas rumah sakit dalam mendiagnosa dan memberikan obat kepada pasien.

Meskipun demikian, Michael K. Brady dan J. Joseph Cronin Jr. (2001) mengungkapkan bahwa pada dasarnya pengukuran persepsi kualitas jasa merupakan sebuah topik yang hingga saat ini masih diperdebatkan. Namun secara umum para peneliti menggunakan dua konsep pengukuran kualitas jasa yang utama, yaitu "*Nordic*" perspective yang dikemukakan oleh Gronroos (Model Nordic) serta "*American*" perspective yang dikemukakan oleh Parasuraman, Zeithaml, dan Berry (Model ServQual).

Model Nordic membandingkan pengalaman nyata dengan harapan pelanggan terhadap kinerja layanan. Penilaian tersebut menekankan pada dua dimensi utama kualitas jasa, yaitu *technical quality* dan *functional quality*.



Gambar 2.2 The Nordic Model (Gronroos, 1984)

(Sumber: Brady dan Cronin, 2001)

Jika harapan pelanggan terpenuhi, berarti terdapat kesesuaian. Jika pelanggan menerima perlakuan berlebih, maka kesesuaian tersebut bernilai positif. Namun jika tidak ada perlakuan berlebih, maka kesesuaian bernilai negatif. Positif negatifnya kesesuaian yang diterima pelanggan akan mempengaruhi baik

buruknya anggapan pelanggan pada kualitas layanan yang diterima (Setiawan, 2011).

Gronroos (1990) menambahkan bahwa dari hasil sintesis terhadap berbagai riset, terdapat enam kriteria kualitas jasa yang dipersepsikan baik, yaitu (Tjiptono (2009):

a. *Professionalism and Skills*

Pelanggan merasa bahwa penyedia jasa, karyawan, sistem operasional, dan sumber daya fisik memiliki kemampuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk memecahkan masalah secara profesional (*outcome-related criteria*).

b. *Attitudes and Behavior*

Pelanggan merasa bahwa karyawan jasa memberikan perhatian besar pada pelanggan dan berusaha membantu memecahkan masalah pelanggan secara spontan dan ramah (*process-related criteria*).

c. *Accessibility and Flexibility*

Pelanggan merasa bahwa penyedia jasa, lokasi, jam operasi, sistem operasional dan karyawannya telah diatur untuk dapat menyesuaikan permintaan dan keinginan pelanggan secara luwes (*process-related criteria*).

d. *Reliability and Trustworthiness*

Pelanggan mengerti bahwa apapun yang terjadi atau yang telah disepakati, penyedia jasa dapat diandalkan dalam memenuhi janji dan melakukan segala sesuatu dengan mengutamakan kepentingan pelanggan (*process-related criteria*).

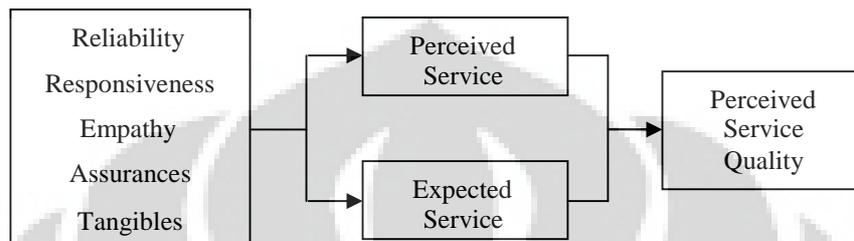
e. *Recovery*

Pelanggan menyadari jika terjadi hal-hal yang tidak diharapkan atau tidak dapat diprediksi sebelumnya, maka penyedia jasa akan segera mengambil tindakan untuk mengendalikan situasi dan mencari solusi yang tepat (*process-related criteria*).

f. *Reputation and Credibility*

Pelanggan meyakini bahwa operasi penyedia jasa dapat dipercaya dan memberikan nilai yang sepadan dengan biaya yang dikeluarkan (*image-related criteria*).

Sementara Model Gap ServQual menilai kualitas jasa dengan cara membandingkan persepsi pelanggan atas pelayanan yang secara nyata diterima (*perceived service*) dengan layanan yang sebenarnya pelanggan harapkan (*expected need*), sehingga seberapa jauh perbedaan antara kenyataan dan harapan pelanggan atas layanan merupakan nilai dari kualitas jasa pelayanan yang mereka terima (Setiawan, 2011).



Gambar 2.3 The ServQual Model (Parasuraman, Zeithaml, dan Berry, 1988)

(Sumber: Brady dan Cronin, 2001)

Tjiptono (2009) menyebutkan bahwa model ServQual menerapkan analisis terhadap lima gap yang berpengaruh terhadap kualitas jasa. Gap pertama adalah kesenjangan antara harapan konsumen dan persepsi manajemen terhadap harapan pelanggan (*knowledge gap*). Gap kedua berupa perbedaan antara persepsi manajemen terhadap harapan konsumen dan spesifikasi kualitas jasa (*standards gap*). Gap ketiga berupa perbedaan antara spesifikasi kualitas jasa dan penyampaian jasa (*delivery gap*). Gap yang keempat berupa perbedaan antara penyampaian jasa dan komunikasi eksternal (*communication gap*). Sedangkan gap kelima adalah kesenjangan antara jasa yang dipersepsikan dan jasa yang diharapkan (*service gap*).

Lebih lanjut Tjiptono (2009) serta Ratnasari dan Aksa (2011) menjelaskan mengenai penyebab terjadinya gap (kesenjangan) yang memberikan pengaruh terjadinya perbedaan persepsi mengenai kualitas jasa. Di antaranya adalah sebagai berikut:

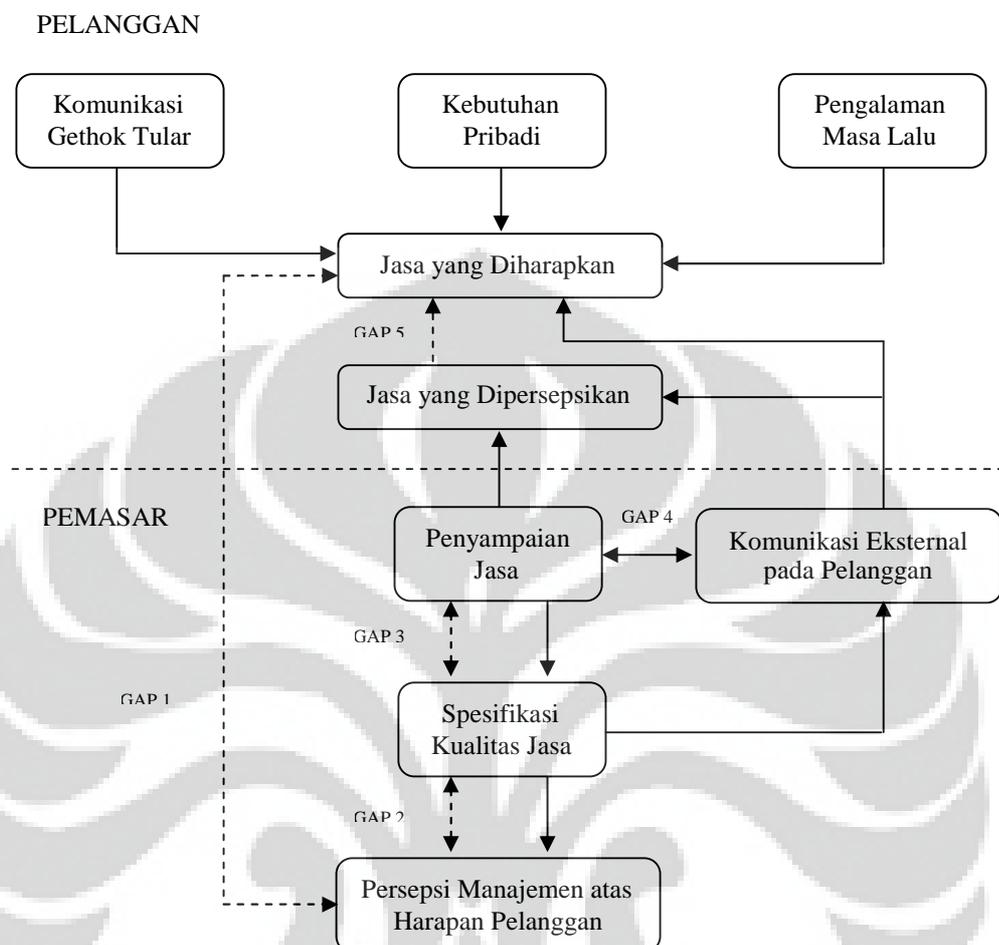
Tabel 2.1 Penyebab Terjadinya Gap dalam Kualitas Jasa

Gap	Penyebab
<i>Knowledge Gap</i> (gap persepsi manajemen)	a. Kurangnya orientasi penelitian pemasaran b. Pemanfaatan yang tidak memadai atas temuan penelitian

Gap	Penyebab
	<ul style="list-style-type: none"> c. Kurangnya interaksi antara pihak manajemen dan pelanggan d. Komunikasi dari bawah ke atas yang kurang memadai e. Terlalu banyaknya tingkatan manajemen
<i>Standards Gap</i> (gap spesifikasi kualitas)	<ul style="list-style-type: none"> a. Tidak memadainya komitmen manajemen terhadap kualitas jasa b. Persepsi mengenai ketidaklayakan (manajemen kurang atau tidak yakin dapat memenuhi harapan pelanggan) c. Tidak memadainya standardisasi tugas d. Tidak ada penyusunan tujuan
<i>Delivery Gap</i> (gap penyampaian pelayanan)	<ul style="list-style-type: none"> a. Ambiguitas peran, yaitu sejauh mana pegawai dapat melaksanakan tugas sesuai dengan harapan manajer, namun tetap memuaskan pelanggan b. Konflik peran, yaitu sejauh mana pegawai meyakini bahwa mereka tidak memuaskan semua pihak c. Kesesuaian pegawai dengan tugas yang harus dilakukannya d. Sistem pengendalian dari atasan, yaitu tidak memadainya sistem penilaian dan sistem imbalan e. <i>Team work</i> (kerjasama tim), yaitu sejauh mana pegawai dan manajemen merumuskan tujuan bersama dalam memuaskan pelanggan secara bersama-sama dan terpadu
<i>Communication Gap</i> (gap komunikasi pemasaran)	<ul style="list-style-type: none"> a. Tidak memadainya komunikasi horizontal b. Adanya kecenderungan untuk memberikan janji berlebihan
<i>Service Gap</i> (gap dalam pelayanan yang dirasakan)	<ul style="list-style-type: none"> a. Pelanggan mengukur kinerja atau prestasi perusahaan dengan cara atau ukuran yang berbeda b. Pelanggan keliru mempersepsikan kualitas jasa tersebut

(Sumber: Ratnasari dan Aksa, 2011 dan Tjiptono, 2009)

Berikut adalah gambaran secara menyeluruh mengenai gap yang berpengaruh pada kualitas jasa.



Gambar 2.4 Model Konseptual ServQual

(Sumber: Tjiptono, 2009)

2.5.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penilaian Jasa

Menurut Parasuraman dalam Tjiptono (2009), penilaian jasa dipengaruhi oleh berbagai macam faktor, diantaranya sebagai berikut:

- a. *Personal needs* (kebutuhan masing-masing orang)

Setiap individu memiliki sifat dan kebutuhan yang beragam, tergantung pada karakteristik, situasi, serta kondisi dari masing-masing individu tersebut.

- b. *Past experience* (pengalaman masa lalu)

Pengalaman masa lalu atas pemanfaatan barang atau jasa yang sama memiliki pengaruh pada proses penilaian pemanfaatan barang atau jasa masa kini. Adanya

pengalaman pemanfaatana barang atau jasa di masa lalu memiliki kecenderungan meningkatkan preferensi seseorang untuk memanfaatkannya kembali.

c. *Word of mouth communication* (komunikasi dari mulut ke mulut)

Komunikasi dari mulut ke mulut memiliki pengaruh pada preferensi seseorang dalam menentukan dan menilai suatu pelayanan. Konsumen cenderung mudah terpengaruh dengan apa yang dikatakan orang lain dan baik secara langsung maupun tidak langsung akan membentuk harapan konsumen.

d. *External communication* (komunikasi eksternal)

Komunikasi eksternal dari pihak penyedia jasa biasanya terselenggara dalam bentuk promosi atau iklan. Komunikasi eksternal tersebut memiliki peranan yang penting dalam membentuk harapan konsumen.



BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Teori

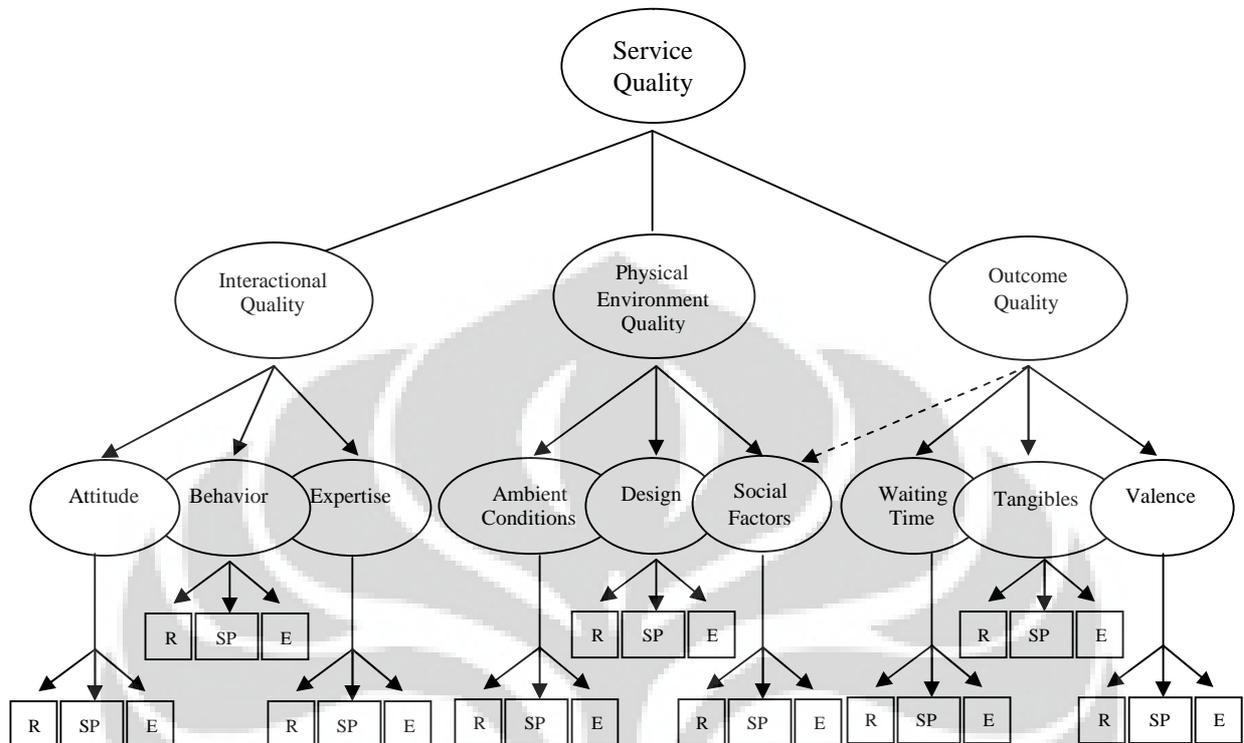
Dalam dunia marketing, pengukuran kualitas jasa memiliki metode yang beraneka ragan. Dimulai dari Gronroos dengan “*Nordic*” *perspective*-nya, dimana ia membandingkan pengalaman nyata dengan harapan pelanggan terhadap kinerja layanan. Penilaian tersebut menekankan pada dua dimensi utama kualitas jasa, yaitu *technical quality* dan *functional quality*.

Kemudian Parasuraman, Zeithaml, dan Berry dengan “*American*” *perspective*-nya yang lebih dikenal dengan sebutan Model ServQual, dimana ia menilai kualitas jasa dengan cara membandingkan persepsi pelanggan atas pelayanan yang secara nyata diterima (*perceived service*) dengan layanan yang sebenarnya pelanggan harapkan (*expected need*). Sehingga seberapa jauh perbedaan antara kenyataan dan harapan pelanggan atas layanan merupakan nilai dari kualitas jasa pelayanan yang mereka terima (Setiawan, 2011).

Pada dasarnya metode-metode pengukuran jasa masih menjadi suatu perdebatan, karena masing-masing metode memiliki ciri khas masing-masing yang belum bisa digeneralisasikan menjadi suatu metode baku dalam pengukuran kualitas jasa pada segala aspek kehidupan, termasuk kesehatan.

Dimensi kualitas jasa dalam penelitian ini diadopsi dari teori milik Brady dan Cronin (2001). Menurut Brady dan Cronin, dimensi utama kualitas jasa terdiri dari kualitas interaksi (*interactional quality*), kualitas lingkungan fisik (*physical environment quality*), dan kualitas hasil (*outcome quality*). Masing-masing dimensi tersebut memiliki subdimensi yang berbeda-beda. Dimensi kualitas interaksi memiliki subdimensi sikap, perilaku, dan keahlian. Dimensi kualitas fisik terdiri dari *ambient conditions*, desain fasilitas, dan faktor sosial. Sementara dimensi hasil terdiri dari waktu tunggu, bukti fisik, dan valensi (Tjiptono, 2009). Tjiptono menambahkan bahwa pelanggan membentuk persepsi kinerja organisasi

dengan cara mengagregasi evaluasi pada subdimensi. Persepsi itulah yang melandasi persepsi kualitas jasa keseluruhan.

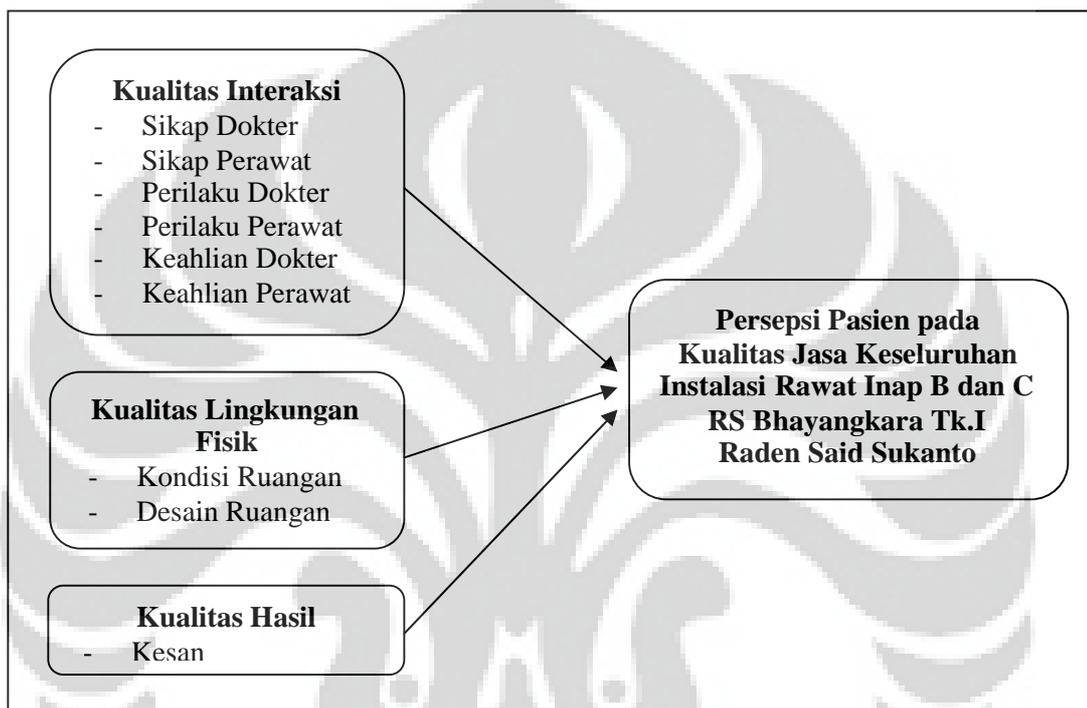


Gambar 3.1 Model Brady & Cronin (2001)

(Sumber: Brady & Cronin, 2001)

3.2 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori yang digunakan, peneliti merumuskan model penelitian dalam bentuk yang lebih sederhana sebagai model penelitian untuk mengetahui gambaran kualitas interaksi, kualitas lingkungan fisik, kualitas hasil, serta persepsi pasien pada kualitas jasa keseluruhan Instalasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto pada tahun 2012. Berikut adalah kerangka konsep penelitian yang digunakan penulis.



Gambar 3.2 Kerangka Konsep Penelitian

(Sumber: data olahan)

Variabel yang diteliti terdiri dari kualitas interaksi, kualitas lingkungan fisik, kualitas hasil, serta variabel persepsi pasien pada kualitas jasa pelayanan secara keseluruhan. Variabel kualitas interaksi, kualitas lingkungan fisik, serta kualitas hasil tersebut diambil dari model penelitian milik Brady dan Cronin (2001) tanpa mengalami penambahan atau pengurangan variabel. Sementara untuk subdimensi pada ketiga variabel independen dilakukan penyesuaian dengan kondisi Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto, sehingga terjadi beberapa pengurangan subdimensi.

Pengukuran kualitas interaksi dilihat melalui subsiminsi sikap, perilaku, dan keahlian. Dalam pelaksanaannya, peneliti membatasi pengukuran kualitas interaksi

yang diselenggarakan di Instalasi Rawat Inap pada lingkup pelayanan dokter dan perawat, mengingat kedua profesi tersebutlah yang sering berkenaan langsung dengan pasien rawat inap.

Pengukuran kualitas lingkungan fisik dilihat dari subdimensi kondisi dan desain ruangan. Subdimensi faktor sosial tidak peneliti sertakan karena subdimensi tersebut ruang lingkupnya luas, dan dikhawatirkan akan menjadi bias bagi hasil penelitian.

Pengukuran kualitas hasil dilihat dari subdimensi kesan pasien pada pelayanan yang Rawat Inap yang selama ini mereka terima. Sementara subdimensi waktu tunggu dan keberwujudan (*tangible*) tidak peneliti sertakan. Subdimensi waktu tunggu tidak disertakan karena subdimensi tersebut kurang cocok digunakan untuk mengukur kualitas hasil di Instalasi Rawat Inap, melainkan lebih cocok jika digunakan untuk mengukur kualitas hasil di Instalasi Rawat Jalan. Selain itu mengingat permasalahan yang terkait dengan waktu tunggu pasien di Instalasi Rawat Inap oleh pihak manajemen dirasakan tidak cukup signifikan, sehingga tidak diprioritaskan untuk diteliti lebih lanjut. Subdimensi keberwujudan (*tangible*) tidak disertakan karena sifat dasar dari suatu jasa adalah tidak berwujud (*intangible*), sehingga pengukuran keberwujudan sulit dilakukan. Terlebih pada jenis jasa pelayanan kesehatan, dimana tidak semua pasien dapat menilai keberwujudannya. Namun, di sisi yang lain, variabel keberwujudan sudah terwakili dengan variabel desain ruangan.

Dalam penelitian ini pengukuran kualitas jasa pada aspek pelayanan obat tidak disertakan mengingat lingkup yang terlalu luas dan menyangkut instalasi lain (Farmasi). Selain itu pengukuran kualitas jasa pada aspek pelayanan makanan juga tidak dilakukan karena berdasarkan rekapitulasi data komplain, komplain mengenai makanan hampir jarang terjadi, sehingga tidak menjadi prioritas penelitian. Pada akhirnya, penilaian persepsi pasien pada kualitas jasa keseluruhan Instalasi Rawat Inap dilakukan berdasarkan hasil penilaian variabel kualitas interaksi, kualitas lingkungan fisik, dan kualitas hasil.

3.3 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Independen					
1. Kualitas Interaksi	Tingkat keunggulan yang dihasilkan dari interaksi interpersonal antara petugas rumah sakit (dokter dan perawat) dengan pasien yang terjadi selama proses penyampaian pelayanan di Instalasi Rawat Inap.	Diukur berdasarkan hasil penilaian variabel sikap, perilaku, dan keahlian pada dokter serta perawat di Instalasi Rawat Inap.	Kuesioner	Hasil penilaian yang merupakan akumulasi dari penilaian variabel sikap, perilaku, dan keahlian pada dokter serta perawat berada dalam rentang nilai 27 – 108. Hasil penilaian kemudian dikategorikan menjadi 2, yaitu: 1: baik, bila skor \geq nilai median 2: buruk, bila skor $<$ nilai median	Ordinal
a. Sikap Dokter	Persepsi pasien terhadap dokter yang merawat pasien di Instalasi Rawat Inap dalam hal perhatian, keramahan, dan kesediaan membantu pasien.	- Pengisian kuesioner oleh pasien. - Observasi.	Kuesioner	Penilaian menggunakan skala Likert 1-4 yang merupakan gradasi penilaian dari sangat tidak setuju hingga sangat setuju. Skor masing-masing jawaban dijumlahkan dengan rentang nilai 3 – 12, kemudian dibagi menjadi 2 kategori, yaitu: 1: baik, bila skor \geq nilai median 2: buruk, bila skor $<$ nilai median	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
b. Sikap Perawat	Persepsi pasien terhadap perawat yang merawat pasien di Instalasi Rawat Inap dalam hal perhatian, keramahan, dan kesediaan membantu pasien.	- Pengisian kuesioner oleh pasien. - Observasi.	Kuesioner	Penilaian menggunakan skala Likert 1-4 yang merupakan gradasi penilaian dari sangat tidak setuju sampai sangat setuju. Skor masing-masing jawaban dijumlahkan dengan rentang nilai 6 – 24, kemudian dibagi menjadi 2 kategori, yaitu: 1: baik, bila skor \geq nilai median 2: buruk, bila skor $<$ nilai median	Ordinal
c. Perilaku Dokter	Persepsi pasien terhadap dokter yang merawat pasien di Instalasi Rawat Inap dalam hal ketanggapan dan kecepatan merespon stimulus yang diberikan oleh pasien.	- Pengisian kuesioner oleh pasien. - Observasi.	Kuesioner	Penilaian menggunakan skala Likert 1-4 yang merupakan gradasi penilaian dari sangat tidak setuju sampai sangat setuju. Skor masing-masing jawaban dijumlahkan dengan rentang nilai 4 – 16, kemudian dibagi menjadi 2 kategori, yaitu: 1: baik, bila skor \geq nilai median 2: buruk, bila skor $<$ nilai median	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
d. Perilaku Perawat	Persepsi pasien terhadap perawat yang merawat pasien di Instalasi Rawat Inap dalam hal ketanggapan dan kecepatan merespon stimulus yang diberikan oleh pasien.	- Pengisian kuesioner oleh pasien. - Observasi.	Kuesioner	Penilaian menggunakan skala Likert 1-4 yang merupakan gradasi penilaian dari sangat tidak setuju sampai sangat setuju. Skor masing-masing jawaban dijumlahkan dengan rentang nilai 5 – 20, kemudian dibagi menjadi 2 kategori, yaitu: 1: baik, bila skor \geq nilai median 2: buruk, bila skor $<$ nilai median	Ordinal
e. Keahlian Dokter	Persepsi pasien terhadap dokter yang merawat pasien di Instalasi Rawat Inap dalam hal kemahiran, kompetensi, serta profesionalitas dalam memberikan pelayanan kepada pasien.	Pengisian kuesioner oleh pasien.	Kuesioner	Penilaian menggunakan skala Likert 1-4 yang merupakan gradasi penilaian dari sangat tidak setuju sampai sangat setuju. Skor masing-masing jawaban dijumlahkan dengan rentang nilai 4 – 16, kemudian dibagi menjadi 2 kategori, yaitu: 1: baik, bila skor \geq nilai median 2: buruk, bila skor $<$ nilai median	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
f. Keahlian Perawat	Persepsi pasien terhadap perawat yang merawat pasien di Instalasi Rawat Inap dalam hal kemahiran, kompetensi, serta profesionalitas dalam memberikan pelayanan kepada pasien.	Pengisian kuesioner oleh pasien.	Kuesioner	Penilaian menggunakan skala Likert 1-4 yang merupakan gradasi penilaian dari sangat tidak setuju sampai sangat setuju. Skor masing-masing jawaban dijumlahkan dengan rentang nilai 5 – 20, kemudian dibagi menjadi 2 kategori, yaitu: 1: baik, bila skor \geq nilai median 2: buruk, bila skor $<$ nilai median	Ordinal
2. Kualitas Lingkungan Fisik	Tingkat keunggulan lingkungan fisik ruang perawatan yang terdapat di Instalasi Rawat Inap.	Diukur berdasarkan hasil penilaian variabel kondisi ruangan dan desain ruangan Instalasi Rawat Inap.	Kuesioner	Hasil penilaian yang merupakan akumulasi dari penilaian variabel sikap, perilaku, dan keahlian pada dokter serta perawat berada dalam rentang nilai 10 - 40. Hasil penilaian tersebut kemudian dibagi menjadi 2 kategori, yaitu: 1: baik, bila skor \geq nilai median 2: buruk, bila skor $<$ nilai median	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
a. Kondisi Ruang	Persepsi pasien terhadap suasana dan keadaan di Instalasi Rawat Inap.	Pengisian kuesioner oleh pasien.	Kuesioner	Penilaian menggunakan skala Likert 1-4 yang merupakan gradasi penilaian dari sangat tidak setuju sampai sangat setuju. Skor masing-masing jawaban dijumlahkan dengan rentang nilai 6 – 24, kemudian dibagi menjadi 2 kategori, yaitu: 1: baik, bila skor \geq nilai median 2: buruk, bila skor $<$ nilai median	Ordinal
b. Desain Ruang	Persepsi pasien terhadap pengaturan tata letak dan arsitektur ruang Instalasi Rawat Inap, baik dari segi fungsional maupun visual (menarik).	Pengisian kuesioner oleh pasien.	Kuesioner	Penilaian menggunakan skala Likert 1-4 yang merupakan gradasi penilaian dari sangat tidak setuju sampai sangat setuju. Skor masing-masing jawaban dijumlahkan dengan rentang nilai 4- 16, kemudian dibagi menjadi 2 kategori, yaitu: 1: baik, bila skor \geq nilai median 2: buruk, bila skor $<$ nilai median	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
3. Kualitas Hasil	Tingkat keuanggulan yang diterima dan dirasakan pasien selama atau setelah menerima pelayanan di Instalasi Rawat Inap.	Diukur berdasarkan hasil penilaian variabel kesan pasien terkait pelayanan yang mereka terima selama dirawat di Instalasi Rawat Inap.	Kuesioner	Hasil penilaian yang merupakan hasil penilaian variabel kesan berada dalam rentang nilai 5 - 20. Hasil penilaian tersebut kemudian dikategorikan menjadi 2, yaitu: 1: baik, bila skor \geq nilai median 2: buruk, bila skor $<$ nilai median	Ordinal
a. Kesan	Persepsi pasien mengenai pengalaman yang dirasakan selama menerima pelayanan di Instalasi Rawat Inap.	Pengisian kuesioner oleh pasien.	Kuesioner	Penilaian menggunakan skala Likert 1-4 yang merupakan gradasi penilaian dari sangat tidak setuju sampai sangat setuju. Skor masing-masing jawaban dijumlahkan dengan rentang nilai 5 – 20, kemudian dibagi menjadi 2 kategori, yaitu: 1: baik, bila skor \geq nilai median 2: buruk, bila skor $<$ nilai median	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Dependen					
Persepsi Kualitas Jasa Keseluruhan	Persepsi pasien mengenai tingkat keunggulan pelayanan di Instalasi Rawat Inap secara keseluruhan (dari awal pelayanan hingga waktu pengisian instrumen dilaksanakan), terkait dengan pemenuhan harapan dan kepuasan pasien pada pelayanan.	Diukur berdasarkan hasil penilaian kualitas interaksi, kualitas lingkungan fisik, dan kualitas hasil yang dipersepsikan pasien.	Kuesioner	Hasil penilaian yang merupakan akumulasi dari penilaian kualitas interaksi, kualitas lingkungan fisik, dan kualitas hasil berada dalam rentang nilai 42 – 168, kemudian dibagi menjadi 2 kategori, yaitu: 1: baik, bila skor \geq nilai median 2: buruk, bila skor $<$ nilai median	Ordinal

(Sumber: data olahan)

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif yang bersifat deskriptif analitik untuk mengetahui gambaran kualitas interaksi, kualitas lingkungan fisik, serta kualitas hasil, serta persepsi pasien pada kualitas jasa keseluruhan Instalasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto pada tahun 2012 yang dilengkapi dengan data kualitatif (wawancara secara tidak terstruktur) untuk lebih menggambarkan variabel yang diteiti. Desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional* karena pengumpulan data dilakukan secara bersamaan.

4.2 Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan pada akhir Desember 2011 hingga akhir Januari 2012 di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto.

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

4.3.1 Populasi

Populasi atau populasi umum merupakan kumpulan lengkap dari seluruh subjek, individu, atau elemen lainnya, yang secara implisit akan dipelajari dalam sebuah penelitian (Murti, 2010). Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien di Instalasi Rawat Inap B dan C RS Bhayangkara Tk. I Raden Said Sukanto.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi yang karakteristiknya diukur dan nantinya dipakai untuk menduga karakteristik dari populasi (Sabri dan Hastono, 2008). Populasi penelitian ini merupakan pasien-pasien rawat inap yang sulit diprediksi jumlah dan lama hari menginapnya. Dengan kata lain peneliti menemui kesulitan dalam menentukan N populasi (besar populasi) yang sesungguhnya. Oleh karenanya metode penentuan besar sampel yang digunakan dalam penelitian

ini menggunakan metode estimasi proporsi, dengan rumus sebagai berikut (Lemeshow et al., 1990 dalam Murti, 2010).

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p \times q}{d}$$

n = besar sampel

$Z_{1-\alpha/2}$ = statistik Z ($Z = 1.96$ untuk $\alpha = 0.05$)

p = perkiraan proporsi (prevalensi) variable independen pada populasi
($p = 50\% = 0.5$)

q = $1-p$ ($q = 50\% = 0.5$)

d = delta, presisi absolut atau *margin of error* yang diinginkan di kedua sisi proporsi ($d = 0.1$)

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.1} = 96.04 \approx 96$$

Dari hasil perhitungan tersebut, didapatkan sampel sebanyak 96 sampel pasien rawat inap di Instalasi Rawat Inap B dan C dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut.

Kriteria inklusi sampel yang digunakan adalah:

- a. Pasien yang dirawat di kelas I, II, dan III Instalasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto.
- b. Pasien rawat inap di Instalasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto yang minimal sudah menginap di ruang rawat inap selama 1 hari (sudah mendapat pelayanan kedokteran dan keperawatan).
- c. Keluarga pasien yang mengetahui pelayanan yang diberikan kepada pasien selama dirawat.
- d. Pasien atau keluarga pasien yang bersedia menjadi responden dalam penelitian.
- e. Pasien yang mampu berkomunikasi dengan baik.

Sementara kriteria eksklusi sampel adalah:

- a. Pasien yang dirawat di kelas VIP Instalasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto.

- b. Pasien yang belum menginap selama 1 hari di Inslatasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto.
- c. Pasien atau keluarga pasien yang tidak bersedia menjadi responden dalam penelitian.
- d. Pasien yang tidak mampu berkomunikasi dengan baik.
- e. Pasien yang sedang berada dalam kondisi yang tidak memungkinkan untuk dimintai keterangan.

Selanjutnya pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *quota sampling*, dimana besar sampel sudah ditetapkan terlebih dahulu dan ketika kuota yang ditetapkan telah terpenuhi, maka peneliti berhenti mencari responden. Teknik *quota sampling* digunakan dengan landasan bahwa jumlah pasien selama periode pengambilan data tidak dapat diprediksi dan adanya faktor ketidaksediaan responden untuk berpartisipasi dalam penelitian, sehingga peneliti memutuskan untuk mengambil jumlah sampel minimal penelitian. Pengambilan sampel dilakukan tanpa pengkhususan golongan pasien (pasien dinas, umum, askes, jaminan, SKTM, gakin, dsb).

Secara teknis, peneliti menyebarkan kuesioner secara langsung kepada pasien. Dengan kata lain, peneliti selalu berada di dekat responden selama pengisian kuesioner berlangsung. Hal tersebut dimaksudkan untuk memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya jika responden merasa tidak paham dengan pertanyaan (aspek penilaian) yang ada. Setelah responden selesai mengisi kuesioner, peneliti meyakinkan kembali mengenai kelengkapan pengisian jawaban. Sementara bagi responden yang tidak mampu menjawab sendiri, peneliti membacakan aspek-aspek penilaian yang ada dalam kuesioner. Selama atau setelah pengisian kuesioner dilaksanakan, peneliti juga melakukan wawancara tidak terstruktur untuk menggali informasi-informasi terkait dengan isi kuesioner.

4.4 Metode Pengumpulan Data

4.4.1 Sumber Data

Sumber data yang digunakan dalam penelitian terdiri dari data primer dan data sekunder.

a. Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh dari hasil kuesioner yang disebarkan peneliti kepada sampel penelitian, yaitu pasien atau keluarga pasien rawat inap di Instalasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto. Kuesioner yang digunakan bersifat tertutup (*close ended questionnaire*). Untuk menambah informasi, dilakukan pula wawancara tidak terstruktur pada responden dan beberapa perawat pelaksana untuk menggali informasi-informasi lebih mendalam terkait dengan isi kuesioner.

b. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data penunjang yang diperoleh dengan cara analisis sumber-sumber informasi berupa dokumen atau berkas-berkas rumah sakit yang berkaitan dengan penelitian. Data sekunder tersebut antara lain rekapitulasi jumlah kunjungan rawat inap, data komplain, dsb.

4.4.2 Instrumentasi

Penelitian dilakukan dengan menggunakan instrumen yang berupa kuesioner dengan total aspek penilaian sebanyak 44 yang terdiri dari 28 aspek penilaian tentang kualitas interaksi, 11 aspek penilaian tentang kualitas lingkungan fisik, dan 5 aspek penilaian tentang kualitas hasil di lingkungan Instalasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto.

Pemberian skor untuk kuesioner dilakukan dengan skala *Likert*, yaitu dengan menggunakan empat alternatif jawaban yaitu Sangat Tidak Setuju (STS) dengan skor 1, Tidak Setuju (TS) dengan skor 2, Setuju (S) dengan skor 3, dan Sangat Setuju (SS) dengan skor 4. Alternatif empat jawaban tersebut dipilih dengan tujuan untuk mempermudah responden dalam menentukan jawaban dan menghindari kecenderungan responden untuk memilih jawaban tengah, yaitu Netral (N) atau Ragu-Ragu (RR).

Aspek penilaian pada kuesioner yang digunakan dalam penelitian sebagian besar dibuat oleh peneliti. Sementara beberapa aspek penilaian lainnya diadopsi dari kuesioner Birgit Leisen Pollack (2009) dalam penelitian yang berjudul *Linking The Hierarchical Service Quality Model to Customer Satisfaction and Loyalty* yang dikutip dalam penelitian Dayvi Selvians (2010) yang berjudul

Analisis Tingkat Loyalitas Pelanggan Ditinjau dari Kepuasan terhadap Kualitas Pelayanan di Klinik Penyakit Dalam Afiat RS PMI Bogor Tahun 2010 serta instrumen milik David H. Thom, Mark A., dan L. Gregory Pawlson (2004) dalam artikel yang berjudul *Measuring Patients' Trust in Physician when Assessing Quality of Care*. Selain itu beberapa aspek penilaian merupakan pengembangan dari kuesioner penelitian Yohanes Bosco Andre Marvianta (2004) mengenai *Analisis Pengaruh Kualitas Interaksi, Kualitas Lingkungan Fisik dan Kualitas Hasil terhadap Kualitas Jasa Studi Kasus Fakultas Ekonomi Ukrida di Jakarta*.

Sebelum dilakukan penelitian yang sesungguhnya, peneliti melakukan uji coba kuesioner untuk mengetahui validitas dan reliabilitas kuesioner. Jika dalam uji tersebut terdapat aspek penilaian yang tidak valid, maka aspek penilaian tersebut tidak akan digunakan dalam kuesioner penelitian. Selain itu pasien yang telah dijadikan sebagai responden dalam uji validitas dan reliabilitas kuesioner tidak akan diikutsertakan kembali dalam penelitian yang sesungguhnya.

Validitas suatu instrumen dapat diketahui dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Suatu variabel (pertanyaan) dikatakan valid jika skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya. Teknik korelasi yang digunakan adalah korelasi *Pearson Product Moment*, dimana jika r hitung lebih besar dari r tabel maka variabel valid dan jika r hitung lebih kecil dari r tabel maka variabel tidak valid. Sementara untuk mengetahui reliabilitas dilakukan dengan cara melakukan uji *Crombach Alpha*, dimana bila nilai *Crombach Alpha* $\geq 0,6$ maka variabel reliabel dan bila nilai *Crombach Alpha* $< 0,6$ maka variabel tidak reliabel (Hastono, 2007).

Pada penelitian ini uji validitas pada kuesioner kualitas interaksi, kualitas lingkungan fisik, dan kualitas hasil dilakukan terhadap 24 pasien Instalasi Rawat Inap A. Data yang didapat diolah dengan menggunakan program SPSS 16. Nilai r tabel diperoleh dengan menggunakan rumus $df = n - 2$, sehingga didapatkan r tabel 22 ($df = 24 - 2 = 22$). Pada tingkat kemaknaan 5%, didapat angka r tabel = 0,404. Sementara nilai r hitung dapat dilihat pada kolom *Corrected item-Total Correlation*. Berikut adalah tabel hasil uji validitas pada kuesioner kualitas interaksi, kualitas lingkungan fisik, dan kualitas hasil.

Tabel 4.1 Uji Validitas Kuesioner Kualitas Interaksi, Kualitas Lingkungan Fisik, dan Kualitas Hasil

Variabel	Aspek Penilaian	r hitung	r tabel	Crombach Alpha	Keterangan
Sikap Dokter	Sikdok1	.588		.787	Valid dan Reliabel
	Sikdok2	.773	.404		Valid dan Reliabel
	Sikdok3	.589			Valid dan Reliabel
Sikap Perawat	Sikper1	.912		.950	Valid dan Reliabel
	Sikper2	.921			Valid dan Reliabel
	Sikper3	.738	.404		Valid dan Reliabel
	Sikper4	.921			Valid dan Reliabel
	Sikper5	.912			Valid dan Reliabel
	Sikper6	.764			Valid dan Reliabel
Perilaku Dokter	Perdok1	.727		.898	Valid dan Reliabel
	Perdok2	.840	.404		Valid dan Reliabel
	Perdok3	.687			Valid dan Reliabel
	Perdok4	.859			Valid dan Reliabel
Perilaku Perawat	Perper1	.521		.880	Valid dan Reliabel
	Perper2	.831			Valid dan Reliabel
	Perper3	.833	.404		Valid dan Reliabel
	Perper4	.788			Valid dan Reliabel
	Perper5	.605			Valid dan Reliabel
Keahlian Dokter	Ahdok1	.555		.727	Valid dan Reliabel
	Ahdok2	.307			Tidak valid dan Reliabel
	Ahdok3	.371	.404		Tidak valid dan Reliabel
	Ahdok4	.696			Valid dan Reliabel
	Ahdok5	.558			Valid dan Reliabel
Keahlian Perawat	Ahper1	.898		.913	Valid dan Reliabel
	Ahper2	.730			Valid dan Reliabel
	Ahper3	.848	.404		Valid dan Reliabel
	Ahper4	.898			Valid dan Reliabel
	Ahper5	.640			Valid dan Reliabel
Kondisi Ruangan	Kondru1	.044		.807	Tidak valid dan Reliabel
	Kondru2	.476			Valid dan Reliabel
	Kondru3	.738			Valid dan Reliabel
	Kondru4	.683	.404		Valid dan Reliabel
	Kondru5	.817			Valid dan Reliabel
	Kondru6	.699			Valid dan Reliabel
	Kondru7	.914			Valid dan Reliabel

Variabel	Aspek Penilaian	r hitung	r tabel	Crombach Alpha	Keterangan
Desain Ruangan	Desru1	.764	.404	.869	Valid dan Reliabel
	Desru2	.594			Valid dan Reliabel
	Desru3	.734			Valid dan Reliabel
	Desru4	.850			Valid dan Reliabel
Kesan	Kesan1	.393	.404	.860	Tidak valid dan Reliabel
	Kesan2	.810			Valid dan Reliabel
	Kesan3	.758			Valid dan Reliabel
	Kesan4	.728			Valid dan Reliabel
	Kesan5	.790			Valid dan Reliabel

Hasil uji di atas menunjukkan bahwa dari 44 aspek penilaian yang diajukan, terdapat 4 aspek penilaian yang tidak valid, yaitu Ahdok2 yang berupa pernyataan “*saya sulit mengerti dengan apa yang dijelaskan dokter kepada saya*”, Ahdok3 yang berupa pernyataan “*apa yang dijanjikan oleh dokter kepada saya terkadang tidak sesuai dengan kenyataan*”, Kondru1 yang berupa pernyataan “*saya merasa tidak betah berada di ruang rawat inap karena suhu udaranya yang panas*”, dan Kesan1 yang berupa pernyataan “*saya memiliki pengalaman yang baik selama mendapatkan pelayanan di ruang rawat inap RS Polri*”. Keempat aspek penilaian tersebut dinyatakan tidak valid karena nilai r hitung pada keempat aspek tersebut lebih kecil daripada nilai r tabel. Sementara jika dilihat dari reliabilitas, semua aspek penilaian dinilai reliabel karena nilai *Crombach Alpha* masing-masing variabel lebih besar dari 0,6.

Secara teori, aspek penilaian yang tidak valid sebaiknya dibuang. Namun jika aspek penilaian tersebut dianggap sebagai aspek penilaian kunci (aspek penilaian yang dapat menggambarkan variabel), maka aspek penilaian dapat dimodifikasi dan kemudian diuji kembali validitas dan reliabilitasnya. Berdasarkan hal tersebut, maka penulis memutuskan untuk membuang aspek penilaian Ahdok3 (“*apa yang dijanjikan oleh dokter kepada saya terkadang tidak sesuai dengan kenyataan*”) dan Kondru1 (“*saya merasa tidak betah berada di ruang rawat inap karena suhu udaranya yang panas*”). Sementara aspek penilaian Ahdok2 dimodifikasi menjadi “*saat memberikan penjelasan kepada saya, dokter menggunakan bahasa yang mudah saya mengerti*” dan aspek penilaian Kesan1 juga dimodifikasi menjadi “*saya memiliki pengalaman yang baik selama dirawat di ruang rawat inap RS*”

Polri”, sehingga jumlah aspek penilaian yang digunakan berjumlah 42 aspek. Prakteknya, karena keterbatasan waktu yang dimiliki menyebabkan peneliti tidak melakukan uji validitas dan reliabilitas ulang untuk menguji aspek penilaian Ahdok2 dan Kesan1 yang dimodifikasi, oleh karenanya hal tersebut menjadi salah satu keterbatasan penelitian ini.

4.5 Manajemen Data

Data yang diperoleh dari hasil pengisian kuesioner dalam penelitian kemudian diolah dengan cara komputerisasi, yaitu dengan menggunakan SPSS 16. Langkah-langkah yang dilakukan dalam manajemen data adalah sebagai berikut:

a. Mengkode data (*data coding*)

Data coding merupakan kegiatan mengklasifikasikan data dan memberi kode untuk masing-masing kelas yang disesuaikan dengan tujuan dikumpulkannya data. Biasanya kode untuk masing-masing jawaban ditetapkan dalam bentuk angka dengan tujuan untuk mempermudah dan mempercepat proses entry dan *cleaning*. Data yang dikumpulkan melalui pertanyaan tertutup pengkodeannya ditetapkan pada saat pembuatan instrumen. Sementara data yang dikumpulkan melalui pertanyaan terbuka dilakukan setelah data terkumpul. Pada penelitian ini, kuesioner yang digunakan bersifat tertutup (*close ended questionnaire*), sehingga kode sudah ditetapkan pada saat pembuatan instrumen.

b. Menyunting data (*data editing*)

Data editing dilakukan sebelum proses pemasukan data dan dilakukan di lapangan agar data yang salah atau meragukan masih dapat ditelusuri kembali kepada responden yang bersangkutan. Pasa saat penyuntingan dan pengkodean ini dapat diidentifikasi jawaban responden yang ternyata belum diberi kode.

c. Membuat struktur data (*data structure*) dan *file* data

Struktur data dikembangkan sesuai dengan analisis yang akan dilakukan serta jenis perangkat lunak yang digunakan. Dalam penelitian ini pembuatan struktur data dan *file* data dilakukan dengan menggunakan program SPSS 16. Pada saat mengembangkan struktur data, masing-masing variabel perlu ditetapkan namanya, skalanya (*numeric*/angka, *string*/huruf/campuran), serta jumlah digitnya.

d. Memasukkan data (*data entry*)

Data entry merupakan kegiatan memasukkan semua data mentah ke dalam program komputerisasi statistik (SPSS 16) dan kemudian dianalisis lebih lanjut.

e. Membersihkan data (*data cleaning*)

Data cleaning tetap perlu dilakukan karena kesalahan pada saat *data entry* masih mungkin terjadi. Pembersihan data dilakukan dengan melihat distribusi frekuensi dari variabel-variabel dan menilai kelogisannya.

4.6 Pengelompokan Data

4.6.1 Data Sikap Dokter

Variabel sikap dokter diukur melalui 3 aspek penilaian, meliputi aspek kepedulian dokter pada pasiennya, pemahaman dokter akan kebutuhan pasiennya, serta sikap kesal dokter dalam menjawab pertanyaan pasien atau keluarga pasien. Masing-masing aspek penilaian diberi skor 1-4, dengan kategori:

1 = Sangat Tidak Setuju (STS)

2 = Tidak Setuju (TS)

3 = Setuju (S)

4 = Sangat Setuju (SS)

Dengan demikian nilai maksimum pada masing-masing responden adalah 12.

4.6.2 Data Sikap Perawat

Variabel sikap perawat diukur melalui 6 aspek penilaian, meliputi aspek perhatian perawat pada kondisi kesehatan pasien, keramahan, kesopanan, kesegeraan dalam memberikan bantuan, kesabaran dalam menjawab pertanyaan, dan pemahaman akan kebutuhan pasien. Masing-masing aspek penilaian diberi skor 1-4, dengan kategori:

1 = Sangat Tidak Setuju (STS)

2 = Tidak Setuju (TS)

3 = Setuju (S)

4 = Sangat Setuju (SS)

Dengan demikian nilai maksimum pada masing-masing responden adalah 24.

4.6.3 Data Perilaku Dokter

Variabel perilaku dokter diukur melalui 4 aspek penilaian, meliputi aspek kesediaan dokter untuk melakukan apapun agar pasien bisa mendapatkan perawatan yang dibutuhkan, kesegeraan dokter dalam membuat keputusan yang tepat di saat dibutuhkan, ketepatan waktu *visite*, serta kesediaan untuk mendengarkan keluhan. Masing-masing aspek penilaian diberi skor 1-4, dengan kategori:

1 = Sangat Tidak Setuju (STS)

2 = Tidak Setuju (TS)

3 = Setuju (S)

4 = Sangat Setuju (SS)

Dengan demikian nilai maksimum pada masing-masing responden adalah 16.

4.6.4 Data Perilaku Perawat

Variabel perilaku perawat diukur melalui 5 aspek penilaian, meliputi aspek ketanggapan perawat dalam mengambil tindakan yang sesuai dengan kondisi pasien, kecepatan perawat dalam merespon kebutuhan pasien, kesediaan untuk mendengarkan keluhan atau kegelisahan pasien, kesediaan untuk berusaha menghibur pasien jika pasien merasa sedih atau kesepian, serta kesediaan untuk mencari informasi yang pasien butuhkan. Masing-masing aspek penilaian diberi skor 1-4, dengan kategori:

1 = Sangat Tidak Setuju (STS)

2 = Tidak Setuju (TS)

3 = Setuju (S)

4 = Sangat Setuju (SS)

Dengan demikian nilai maksimum pada masing-masing responden adalah 20.

4.6.5 Data Keahlian Dokter

Variabel keahlian dokter diukur melalui 4 aspek penilaian, mencakup aspek keahlian dokter dalam bidangnya, kemampuan dokter dalam menggunakan bahasa yang mudah dipahami pasien, kemampuan dokter dalam meresepkan obat, serta

kesalahan diagnosa. Masing-masing aspek penilaian diberi skor 1-4, dengan kategori:

1 = Sangat Tidak Setuju (STS)

2 = Tidak Setuju (TS)

3 = Setuju (S)

4 = Sangat Setuju (SS)

Dengan demikian nilai maksimum pada masing-masing responden adalah 16.

4.6.6 Data Keahlian Perawat

Variabel keahlian perawat diukur melalui 5 aspek penilaian yang mencakup aspek pemahaman perawat atas pekerjaan mereka, kemampuan perawat merawat pasien dengan baik, kemampuan perawat memberikan informasi kesehatan dengan bahasa yang mudah dimengerti, kemampuan perawat dalam menjawab pertanyaan tanpa berbelit-belit, serta aspek kesalahan tindakan keperawatan. Masing-masing aspek penilaian diberi skor 1-4, dengan kategori:

1 = Sangat Tidak Setuju (STS)

2 = Tidak Setuju (TS)

3 = Setuju (S)

4 = Sangat Setuju (SS)

Dengan demikian nilai maksimum pada masing-masing responden adalah 20.

4.6.7 Data Kondisi Ruangan

Variabel kondisi ruangan diukur melalui 6 aspek penilaian, meliputi aspek kebersihan toilet, perawatan kondisi fisik ruangan, kebersihan ruangan, kondisi sarana prasarana, ketidaktenangan suasana ruangan, serta kenyamanan ruangan. Masing-masing aspek penilaian diberi skor 1-4, dengan kategori:

1 = Sangat Tidak Setuju (STS)

2 = Tidak Setuju (TS)

3 = Setuju (S)

4 = Sangat Setuju (SS)

Dengan demikian nilai maksimum pada masing-masing responden adalah 24.

4.6.8 Data Desain Ruang

Variabel desain ruangan diukur melalui 4 aspek penilaian, meliputi aspek tata letak Ruang Rawat Inap, letak Pos Perawat, pemilihan warna dan mebel, serta kesesuaian penempatan peralatan kesehatan yang ada di Ruang Rawat Inap tersebut. Masing-masing aspek penilaian diberi skor 1-4, dengan kategori:

1 = Sangat Tidak Setuju (STS)

2 = Tidak Setuju (TS)

3 = Setuju (S)

4 = Sangat Setuju (SS)

Dengan demikian nilai maksimum pada masing-masing responden adalah 16.

4.6.9 Data Kesan

Variabel kesan diukur melalui 5 aspek penilaian yang mencakup aspek kesan atas pengalaman rawat yang baik, petugas yang berusaha memberikan pelayanan yang terbaik, kesesuaian pelayanan yang didapat dan yang dibutuhkan, kondisi kesehatan yang membaik, serta kesan atas rasa aman selama mendapatkan perawatan. Masing-masing aspek penilaian diberi skor 1-4, dengan kategori:

1 = Sangat Tidak Setuju (STS)

2 = Tidak Setuju (TS)

3 = Setuju (S)

4 = Sangat Setuju (SS)

Dengan demikian nilai maksimum pada masing-masing responden adalah 20.

4.6.10 Data Persepsi Kualitas Jasa Keseluruhan

Variabel persepsi kualitas jasa diukur berdasarkan hasil penilaian dari kualitas interaksi (sikap dokter, sikap perawat, perilaku dokter, perilaku perawat, keahlian dokter, dan keahlian perawat), kualitas lingkungan fisik (kondisi ruangan dan desain ruangan), dan kualitas hasil (kesan).

4.7 Analisis Data

Analisis data merupakan proses penyederhanaan data ke dalam bentuk yang lebih mudah dibaca dan diinterpretasikan. Analisis data dilakukan dengan

menggunakan statistik, dimana salah satu fungsi pokok statistik adalah menyederhanakan data penelitian yang jumlahnya sangat besar menjadi informasi yang lebih sederhana dan mudah dipahami. Penelitian ini menggunakan analisis data statistik yang terdiri dari analisis univariat.

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Sementara fungsi analisis ini pada dasarnya adalah menyederhanakan atau meringkas kumpulan data hasil pengukuran sedemikian rupa sehingga berubah menjadi informasi yang berguna berupa ukuran-ukuran statistik (nilai mean, median, nilai min-max) dan tabel.

Analisis univariat dilakukan untuk melihat distribusi frekuensi (%) yaitu melihat jumlah responden berdasarkan karakteristik individunya, antara lain usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, golongan pasien, lama dirawat, dsb. Selain itu, distribusi frekuensi juga melihat komponen kualitas interaksi (sikap dokter, sikap perawat, perilaku dokter, perilaku perawat, keahlian dokter, dan keahlian perawat), kualitas lingkungan fisik (kondisi ruangan dan desain ruangan), dan kualitas hasil (kesan) serta persepsi pasien pada kualitas jasa keseluruhan.

Setelah didapatkan distribusi frekuensi untuk masing-masing variabel, analisis selanjutnya adalah dengan memberi skor untuk setiap item aspek penilaian, yaitu untuk jawaban sangat tidak setuju (STS) mendapat nilai = 1, tidak setuju (TS) mendapat nilai = 2, setuju (S) mendapat nilai = 3, dan sangat setuju (SS) mendapat nilai = 4. Kemudian skor dari masing-masing aspek penilaian dijumlahkan secara keseluruhan dengan perhitungan statistik sehingga didapatkan data analisis univariat, yaitu mean, median, skor min-max, skewness, dan standar error untuk masing-masing variabel.

4.8 Penyajian Data

Hasil dari analisis kuantitatif tersebut kemudian dibahas dan dianalisis dengan mengacu pada kerangka konsep yang telah ditetapkan sebelumnya, kemudian dibandingkan dengan teori dalam tinjauan pustaka dan hasil-hasil penelitian sebelumnya. Dengan demikian akan didapatkan suatu kesimpulan dan saran yang disesuaikan dengan kondisi lapangan.

BAB 5
GAMBARAN UMUM RS BHAYANGKARA TINGKAT I
RADEN SAID SUKANTO

5.1 Sejarah Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I Raden Said Sukanto

Dalam buku yang berjudul Perjalanan Kesehatan Polri serta 30 tahun Pengabdian Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto, awal mula pendirian Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I R.S. Sukanto diawali dari sebuah pemikiran pimpinan Angkatan Kepolisian Republik Indonesia (AKRI), bahwa sudah saatnya AKRI memiliki Direktorat Kesehatan dengan sebuah Rumah Sakit sendiri. Pada saat itu diusulkan dua calon tempat didirikannya Rumah Sakit AKRI, yaitu di daerah Ciputat dan Kramat Jati.

Pada bulan Januari 1965 pimpinan AKRI memilih daerah bekas bangunan dan halaman sekolah Polisi Negara di daerah Kramat Jati Jakarta Timur dengan luas wilayah $\pm 13.200 \text{ m}^2$. Pembangunan rumah sakit dilakukan dari bekas barak yang dibenahi untuk dijadikan sebagai ruang rawat yang pada saat itu disebut dengan Tempat Perawatan Sementara (TPS). Baru kemudian dibangunlah tiga buah perumahan dokter.

Awalnya, rumah sakit tersebut disebut dengan Rumah Sakit AKRI. Pada akhir tahun 1965 diangkatlah Ajun Komisaris Polisi Dr. AMH Nangoy sebagai Kepala RS AKRI (RSAK) yang pertama. Pada saat itu sarana dan prasarana yang tersedia masih sangat terbatas. Barulah pada bulan Maret 1966, RSAK dapat menerima pasien rawat inap.

Pada tanggal 23 Mei 1966 diselenggarakan upacara peresmian RSAK, yang kemudian dijadikan sebagai hari jadi RSAK. Tahun 1974, nama RSAK berubah menjadi Rumah Sakit Pusat Polri yang disingkat RSP Polri Jakarta dan pada tahun 1977 singkatan tersebut berubah menjadi Rumkitpuspol. Pada tahun 1984, berdasarkan Keputusan Kapolri No. Pol: KEP/09/X/1984, tepatnya pada tanggal 30 Oktober 1984, Rumkitpuspol kembali berganti nama menjadi Rumah Sakit Kepolisian Pusat (Rumkitpolpus). Pada tahun 1995 resmiah nama Kapolri pertama menjadi nama rumah sakit ini, yaitu Rumah Sakit Kepolisian Pusat

Raden Said Sukanto. Terakhir kalinya rumah sakit ini kembali berubah nama menjadi Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Pusdokkes Polri (Rumkit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto) berdasarkan Perpres No.52 tahun 2010.

Seiring dengan berjalannya waktu, Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto semakin menunjukkan perkembangan yang pesat. Selain ditunjukkan dengan semakin berkembangnya fasilitas rumah sakit baik dari segi kuantitas dan kualitas, perkembangan rumah sakit juga dibuktikan dengan adanya upaya peningkatan mutu layanan dengan adanya *Hospital by Law* yang berisi Standar Operasional Prosedur (SOP) dalam bidang administrasi, medik, keperawatan, manajemen, dll. Pada tahun 2008 Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto telah mengembangkan *Hospital Billing System* yang dapat membantu rumah sakit dalam hal penagihan biaya pelayanan terhadap pasien secara lebih efektif dan efisien. Selain itu, pada tahun 2010 Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto telah terakreditasi 16 bidang pelayanan (akreditasi tingkat lengkap).

5.2 Profil Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I Raden Said Sukanto

Nama rumah sakit	: RS Bhayangkara Tk. I Raden Said Sukanto
Kelas rumah sakit	: RS rujukan tingkat I semua RS Bhayangkara di seluruh Indonesia/ Tipe A/ RS Pendidikan
Status kepemilikan	: Kepolisian RI di bawah Pusdokkes Polri
Status akreditasi	: Terakreditasi 5 bidang pelayanan (1999) Terakreditasi 12 bidang pelayanan (2008) Terakreditasi sebagai RS DIK-A (2010) Ditetapkan sebagai RS PK-BLU (2010) Terakreditasi 16 bidang pelayanan (2010)
Kepala Rumah Sakit	: Brigjen Pol. Dr. S. Budi Siswanto, MM
Alamat	: Jalan Raya Bogor Kramat Jati, Jakarta Timur
Jumlah tempat tidur	: 417
Nomor Telepon/ Fax	: 021.8093288/ Fax.021.8094005

5.3 Falsafah, Visi, Misi, Nilai-nilai, dan Motto RS Bhayangkara Tk. I Raden Said Sukanto

Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R.S. Sukanto merupakan rumah sakit yang memiliki falsafah “*dengan iman dan taqwa berdasarkan Pancasila kita tingkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia*”. Dalam melaksanakan peranannya sebagai penyedia pelayanan kesehatan, Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R.S. Sukanto memiliki visi “*mewujudkan Rumkit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto sebagai rumkit rujukan tertinggi Polri yang berbasis pelayanan prima dan mampu mendukung tugas pokok Polri*”.

Dan dalam rangka mewujudkan visi tersebut, Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R.S. Sukanto menyusun misi sebagai berikut:

- a. Menjadi pusat rujukan tertinggi Rumkit Bhayangkara seluruh Indonesia.
- b. Memberikan pelayanan prima berbasis pada profesionalisme.
- c. Memberikan dukungan untuk Kedokteran Kepolisian sesuai kebutuhan operasional Polri.
- d. Melaksanakan pengelolaan keuangan secara transparan dan akuntabel.
- e. Menjadi pusat pelayanan penanganan kasus trauma.
- f. Sebagai pusat pelatihan dan pendidikan SDM, penelitian dan pengembangan melalui kerjasama kemitraan dan pemanfaatan Iptek.
- g. Menjadi Rumkit Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto yang terakreditasi secara nasional.

Pelaksanaan visi dan misi tersebut harus didukung dengan adanya nilai-nilai yang ditanamkan dalam pelaksanaan manajemen rumah sakit. Nilai-nilai tersebut adalah kebersamaan, empati, tanggap serta santun.

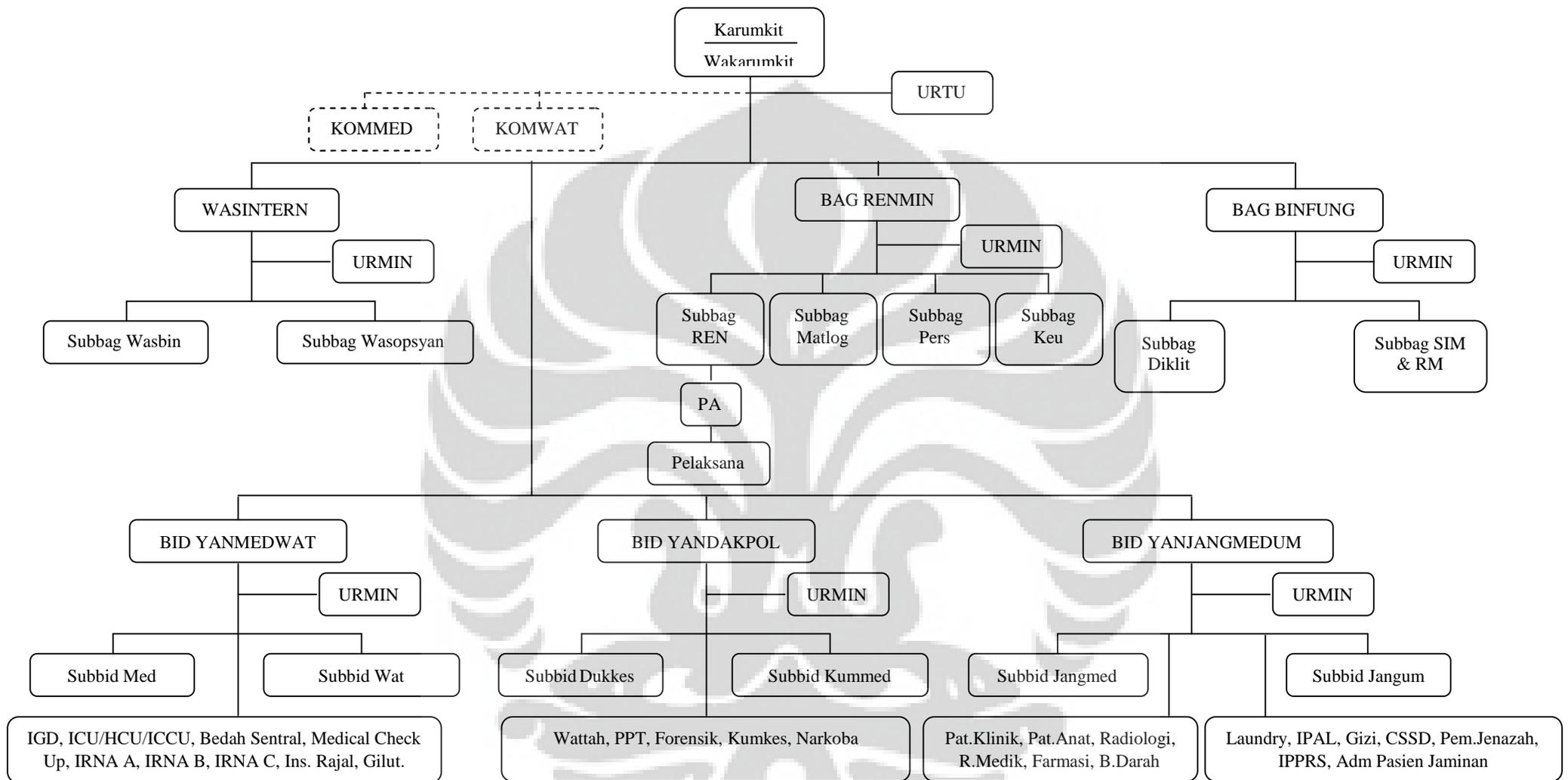
Keberhasilan dalam mewujudkan visi dan misi rumah sakit tentunya sangat berhubungan dengan adanya kebijakan-kebijakan rumah sakit yang selaras dengan tujuan utama rumah sakit itu sendiri. Dalam rangka mendukung hal tersebut, Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R.S. Sukanto berusaha semaksimal mungkin mewujudkan 3 Zero, yaitu *zero accident* (tidak terjadi kecelakaan), *zero complaint* (tidak terjadi komplain), dan *zero cost* (tidak dipungut biaya, khusus untuk masyarakat Polri). Oleh karena itulah Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R.S. Sukanto memiliki motto “*suksesku adalah kepuasan pelanggan*”.

5.4 Struktur Organisasi RS Bhayangkara Tk. I Raden Said Sukanto

Menurut Keputusan Kepala Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto No: KEP/15/III/2010 tanggal 23 Maret 2010 Bab I poin Susunan dan Organisasi, RS Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto terdiri dari tiga unsur utama, yaitu unsur pimpinan, unsur pembantu pimpinan dan pelaksana staf, serta unsur pelaksana.

Unsur pimpinan terdiri dari Dewan Pengawas Rumah Sakit (Dewas), Kepala Rumah Sakit (Karumkit), dan Wakil Kepala Rumah Sakit (Wakarumkit). Unsur pembantu pimpinan dan pelaksana staf terdiri dari Bagian perencanaan umum dan keuangan (Bag Renmin), Bagian Pembinaan dan Fungsional (Bag Binfung), Bagian Pengawas Internal (Wasintern), Komite Medik (Kommed), Komite Keperawatan (Komwat), dan Tata Urusan Dalam (Taud) atau yang dahulunya disebut dengan Urmin (Urusan Administrasi). Sedangkan unsur pelaksana utama terdiri dari Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan (Bid Yanmedwat), Bidang Pelayanan Kedokteran Kepolisian (Bid Yandokpol), dan Bidang Pelayanan Penunjang Medik dan Umum (Bid Yanjangmedum).

Ketiga unsur utama tersebut (unsur pimpinan, unsur pembantu pimpinan dan pelaksana staf, serta unsur pelaksana) bekerja sama dalam sebuah garis komando yang dipimpin oleh Kepala Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto. Garis komando tersebut tergambar dalam struktur organisasi dengan tipe lini dan staf. Struktur organisasi lini dan staf merupakan sebuah tipe struktur organisasi formal yang menggambarkan bagaimana sumber daya dan alur-alur komunikasi serta pembuat keputusan dialokasikan serta ditangani. Struktur organisasi Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto disebut struktur organisasi tipe lini dan staf karena Kepala Rumah Sakit (Karumkit) yang berkedudukan sebagai unsur pimpinan tertinggi membawahi unsur-unsur pembantu pimpinan dan pelaksana staf (Bag Renmin, Bag Binfung, dll) serta unsur-unsur pelaksana utama (Bid Yanmedwat, Bid Yandokpol, dll). Sedangkan setiap unsur pembantu pimpinan dan pelaksana staf serta unsur pelaksana utama membawahi staf-staf pelaksana di masing-masing bidangnya.



Gambar 5.1 Struktur Organisasi RS Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto

(Sumber: Dokumentasi Bag Binfung tentang Struktur Organisasi Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto tahun 2011)

Hal tersebut sesuai dengan teori organisasi lini dan staf yang dikemukakan oleh Siagian (1989), dimana struktur organisasi Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto memiliki ciri-ciri organisasi tipe lini dan staf, yaitu organisasi besar, terlibat dalam pelaksanaan berbagai kegiatan yang kompleks, jumlah pekerja yang relatif banyak dengan pengetahuan dan keterampilan yang beragam, hubungan kerja yang bersifat langsung antara atasan dengan bawahan tidak lagi selalu mungkin dilakukan karena jumlah anggota organisasi yang besar, serta diperlukan tingkat spesialisasi manajerial dan teknis operasional yang tinggi dalam penyelenggaraan berbagai kegiatan yang beraneka ragam.

Siagian juga menyebutkan bahwa organisasi dengan tipe lini dan staf memiliki kelebihan dan kekurangan, seperti halnya tipe organisasi yang lainnya. Organisasi tipe ini dan staf memiliki kelebihan-kelebihan tertentu, diantaranya:

- a. Terdapat pembagian tugas yang jelas antara mereka yang melakukan tugas pokok organisasi dengan mereka yang menyelenggarakan tugas penunjang.
- b. Pembagian tugas yang jelas antara tugas pokok dan tugas penunjang mempermudah pelaksanaan koordinasi dan sinkronisasi dalam pengelolaan organisasi sebagai suatu kesatuan yang bulat.
- c. Bakat yang berbeda-beda yang dimiliki oleh para anggota organisasi dapat dimanfaatkan semaksimal mungkin sehingga dapat menumbuhkan produktivitas, kegairahan, dan kepuasan kerja antar anggota organisasi.
- d. Pengetahuan dan keterampilan spesialisik yang dimanfaatkan sedemikian rupa sehingga dapat tercipta efisiensi dan efektivitas kerja.

Meskipun demikian, organisasi tipe lini dan staf ini dapat memiliki kekurangan-kekurangan, misalnya dapat terjadi kerumitan dalam menyusun struktur yang ideal karena tidak selalu mudah mengelompokkan berbagai tugas pokok dan menempatkannya di bawah naungan satu satuan kerja tertentu.

5.5 Tugas dan Fungsi Unsur Jabatan di RS Bhayangkara Tk. I Raden Said Sukanto

Dokumen Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto Bagian Pertama tentang Unsur Pimpinan pasal 22-38, menyatakan bahwa

tugas dan fungsi unsur jabatan di Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto adalah sebagai berikut:

Tabel 5.1 Tugas dan Fungsi Unsur Jabatan di RS Bhayangkara
Tingkat I Raden Said Sukanto

No	Unsur Jabatan	Tugas dan Fungsi
1.	Dewan Pengawas Rumah Sakit	Memberikan pendapat dan saran kepada Kapolri mengenai rencana bisnis dan anggaran yang diusulkan Kepala RS Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto; mengikuti perkembangan kegiatan RS, memberikan pendapat dan saran kepada Kapolri mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengurusan rumah sakit; melaporkan kepada Kapolri apabila terjadi gejala menurunnya kinerja RS; dan memberikan nasihat kepada Karumkit dalam melaksanakan pengurusan RS.
2.	Karumkit	Memimpin, menyusun, kebijakan pelaksanaan, mengkoordinasikan dan mengawasi pelaksanaan tugas RS; menyusun rencana strategis, program kerja dan anggaran; penyelenggaraan pengelolaan keuangan RS; pembinaan dan pengembangan sumber daya RS sesuai dengan peraturan yang berlaku.
3.	Wakarumkit	Menyusun program kerja dan anggaran; menyelenggarakan sistem informasi personel dan membina materi kesehatan dan perawatan, sarana prasarana, serta pengembangan sistem dan prosedur di lingkungan RS; memimpin dan membina satuan organisasi Wakarumkit; membantu Karumkit dalam mengawasi atau mengendalikan satuan-satuan organisasi di lingkungan RS.
4.	Taud	Menyelenggarakan pembinaan kegiatan ketatausahaan, korespondensi, dokumentasi, perpustakaan, ketatalaksanaan perkantoran dan kearsipan; penyelenggaraan upacara, rapat atau pertemuan, mengatur penggunaan angkutan, melaksanakan koordinasi dengan unsur terkait dalam rangka kegiatan Urmin; pembinaan dan sistem metoda serta analisa dan evaluasi kegiatan Urtu.
5.	Kommed	Menentukan standar pelayanan dan meningkatkan mutu pelayanan RS serta menyelenggarakan fungsi peningkatan mutu pelayanan; perumusan, pelaksanaan pemantau dan evaluasi pelaksanaan kebijakan standar dan prosedur pelayanan; analisa dan penetapan permasalahan yang timbul serta pemecahan masalahnya; pelaksana revisi atas sistem dan prosedur; pengatur kewenangan anggota SMF; pembina etika profesi; pelaksanaan tugas khusus yang dibebankan oleh Karumkit.
6.	Komwat	Menentukan standar dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan RS; menyelenggarakan fungsi perumusan hingga evaluasi pelaksanaan kebijakan standar dan prosedur pelayanan asuhan keperawatan; analisa dan penetapan permasalahan keperawatan serta pemecahannya; pelaksanaan revisi atas sistem dan prosedur asuhan keperawatan; pembina etika profesi keperawatan melalui kepaniteraan dan pelaksana tugas khusus yang dibebankan oleh Karumkit.

No	Unsur Jabatan	Tugas dan Fungsi
7.	Wasintern	Melaksanakan pengawasan kegiatan operasional pelayanan dan aspek administratif manajerial terhadap pengelolaan sumber daya RS Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto serta menyelenggarakan fungsi pengawasan kegiatan operasional pelayanan kesehatan; pengawasan pengelolaan sumber daya RS Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto; penyelenggaraan, penilaian, pengujian dan pengusutan laporan yang masuk dan melakukan audit dan review atas pengelolaan keuangan di lingkungan RS Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto.
8.	Bag Renmin	Membina dan menyelenggarakan perencanaan dan administrasi pelayanan kesehatan di lingkungan RS, yang meliputi fungsi perencanaan program kerja dan anggaran, material kesehatan, logistik serta keuangan.
9.	Bag Binfung	Membina dan menyelenggarakan manajemen pembinaan SDM, pelaksanaan Sistem Informasi Manajemen (SIM) dan Rekam Medis (RM); pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan di lingkungan RS Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto yang meliputi fungsi perencanaan kebutuhan dan penerimaan, pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian kegiatan SIM dan RM; serta pelaksanaan pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan.
10.	Bid Yanmedwat	Menyelenggarakan kegiatan pelayanan medik dan keperawatan di lingkungan RS Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto yang meliputi fungsi manajemen perencanaan, pengendalian, pengawasan dan pembinaan pelaksanaan prosedur yang terkait dengan pelayanan medik dan keperawatan RS Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto.
11.	Bid Yandokpol	Mengajukan pertimbangan dan saran tentang pelaksanaan tugas pelayanan kedokteran kepolisian; melaksanakan koordinasi serta pengendali semua kegiatan Dokpol, diantaranya meliputi forensik, perawatan tahanan, narkoba, Pusat Pelayanan Terpadu (PPT), dan Kumkes; mengawasi dan memelihara pelaksanaan prosedur RS Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto di bidang kompartemen Dokpol; serta melaksanakan tugas khusus yang dibebankan Karumkit.
12.	Bid Yanjangmedum	Menyelenggarakan pelayanan penunjang medik dan penunjang umum di lingkungan RS yang meliputi fungsi pengawasan pelaksanaan tugas instalasi demi menunjang kebutuhan pelayanan di RS Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto.

(Sumber: Dokumentasi Bag Binfung RS Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto tahun 2011)

Dalam Dokumen Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto tersebut juga menyebutkan bahwa dalam melaksanakan tugasnya, Kapusdokkes Polri dan setiap pimpinan satuan organisasi wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi baik dalam lingkungan sendiri maupun dalam hubungan dengan instalasi pemerintah dan lembaga lain.

5.6 Komposisi dan Jumlah Sumber Daya Manusia RS Bhayangkara Tk. I R.S. Sukanto

Menurut status kepegawaiannya, ketenagaan di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R.S. Sukanto dibedakan menjadi Polri, PNS/CPNS, PHL/PTT, dan mitra part timer. Status kepegawaian Polri adalah mereka yang menjadi anggota kepolisian RI dengan berbagai macam tingkat jabatan. Status kepegawaian PNS/CPNS adalah mereka yang berstatus pegawai negeri, namun bukan anggota Polri. PTT (Pegawai Tidak Tetap) dulunya disebut PHL (Pegawai Harian Lepas) adalah karyawan yang belum menjadi tenaga kerja tetap rumah sakit. Sedangkan mitra part timer adalah mereka yang bekerja dalam jangka waktu tertentu, misalnya petugas yang memperbaiki sarana prasarana rumah sakit yang rusak.

Secara lebih rinci, distribusi ketenagaan di Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto berdasarkan kualifikasi pendidikan dan status kepegawaian digambarkan dalam tabel berikut ini.

Tabel 5.2 Ketenagaan RS Bayangkara Tk.I R.S. Sukanto Berdasarkan Kualifikasi Pendidikan dan Status Kepegawaian Bulan Juli 2011

Kualifikasi DIK	POLRI	PNS	CAPEG	Part Time	PHL/PTT	Jumlah
Tenaga medis	45	58	0	10	21	134
Tenaga keperawatan & kebidanan	17	256	4	0	140	417
Tenaga penunjang medis	20	77	0	0	4	101
Tenaga kefarmasian	2	20	1	0	0	23
Tenaga non kesehatan	15	221	24	0	135	395
TOTAL	99	632	29	10	300	1070

(Sumber: Dokumentasi Bag Binfung Rumkit Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto tahun 2011)

Tabel di atas menunjukkan bahwa sumber daya manusia (SDM) yang bekerja di RS Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto berjumlah 1070 orang. Menurut kualifikasi pendidikannya, SDM di RS Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto terdiri dari 134 tenaga medis (12,5%), 417 tenaga keperawatan dan kebidanan (39%), 101 tenaga penunjang medis (9,4%), 23 tenaga kefarmasian (2,2%), dan 395 tenaga non kesehatan (36,9%). Sedangkan menurut status kepegawaiannya, SDM di RS Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto terdiri dari 99 tenaga berstatus anggota Polri

(9,3%), 632 tenaga berstatus PNS (59,1%), 29 tenaga berstatus Capeg (2,7%), 10 tenaga berstatus *part time* (0.9%), dan 300 tenaga berstatus PHL/PTT (28%).

5.7 Indikator Mutu Pelayanan RS Bhayangkara Tk. I Raden Said Sukanto

Indikator pelayanan rumah sakit dapat digunakan sebagai informasi yang dapat menunjukkan mutu, tingkat pelayanan, serta efisiensi layanan sebuah rumah sakit. Indikator tersebut bersumber dari sensus harian rawat inap, diantaranya berupa indikator BOR, LOS, BTO, TOI, NDR, GDR, dll. Berikut ini adalah definisi indikator tersebut menurut Depkes RI (2005) yang dikutip dalam <http://heryant.web.ugm.ac.id/artikel2.php?id=30>.

1). BOR (*Bed Occupancy Rate*)

BOR adalah persentasi pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Indikator ini digunakan untuk mengetahui tingkat pemanfaatan tempat tidur yang ada di rumah sakit oleh pasien rawat inap dalam satu periode. Depkes memberikan standar BOR Rumah Sakit Umum berkisar antara 60-80%.

2). LOS (*Length of Stay*)

LOS adalah indikator yang menunjukkan rata-rata lamanya pasien dirawat. Depkes memberikan standar LOS untuk Rumah Sakit Umum yaitu berkisar antara 6-9 hari.

3). BTO (*Bed Turn Over*)

BTO adalah frekuensi pemakaian tempat tidur yang menunjukkan jumlah pasien yang keluar hidup atau mati dibagi jumlah tempat tidur. Dalam 1 tahun, nilai ideal 1 buah tempat tidur rata-rata dipakai sebanyak 40-50 kali.

4). TOI (*Turn of Interest*)

TOI adalah indikator yang menunjukkan rata-rata tempat tidur yang tidak ditempati dari saat terisi sampai saat berikutnya. Standar nasional TOI untuk Rumah Sakit Umum berkisar antara 1-3 hari.

5). NDR (*Net Death Rate*)

NDR merupakan angka kematian lebih dari 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Nilai NDR yang dianggap masih dapat diterima adalah 25 untuk 1000 penderita.

ruang yang termasuk ke dalam Irna A berjajar berada pada sisi kanan area Instalasi Rawat Inap. Sementara Irna B berada di tengah dan Irna C berada pada sisi kiri area Instalasi Rawat Inap. Ketiga Irna tersebut secara keseluruhan membawahi 20 ruang rawat inap, dimana Irna A mencakup 6 ruang rawat, sementara Irna B dan C masing-masing mencakup 7 ruang rawat. Berikut adalah distribusi jumlah tempat tidur Instalasi Rawat Inap berdasarkan kelas perawatan.

Tabel 5.4 Jumlah Tempat Tidur RS Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto

No	Ruang Perawatan	TT	Klasifikasi Kelas					Khusus	Isolasi
			Super VIP	VIP	I	II	III		
Irna A									
1	VIP Soewarno	7	7						
2	Bougenvile	9					9		
3	Anggrek I	18				2	16		
4	Anggrek II	16			2	13		1	
5	Cempaka I	3					3		
6	Cempaka II	23			2	4	15	1	
7	Bayi Sehat	12					12	1	
Irna B									
1	Cendrawasih I	13			13				
2	Cendrawasih II	15				15			
3	Cendrawasih III	13			13				
4	Cendrawasih IV	9		9					
5	Nuri	18					16	2	
6	Parkit I	19					16	3	
7	Parkit II	20			3	17			
Irna C									
1	Cendana I	24				24			
2	Cendana II	26				26			
3	Cemara I	20					20		
4	Cemara II	22					21	1	
5	Mahoni I	23					22	1	
6	Mahoni II	23					22	1	
7	Eboni	20				4	13	3	
	Tembesu	35			2	4	24	5	
	ICU	7						7	
	PPT	7					7		
	RPMKT (IOM)	10					10		
	HCU	5						5	
	Jumlah	417	7	9	35	109	205	34	18

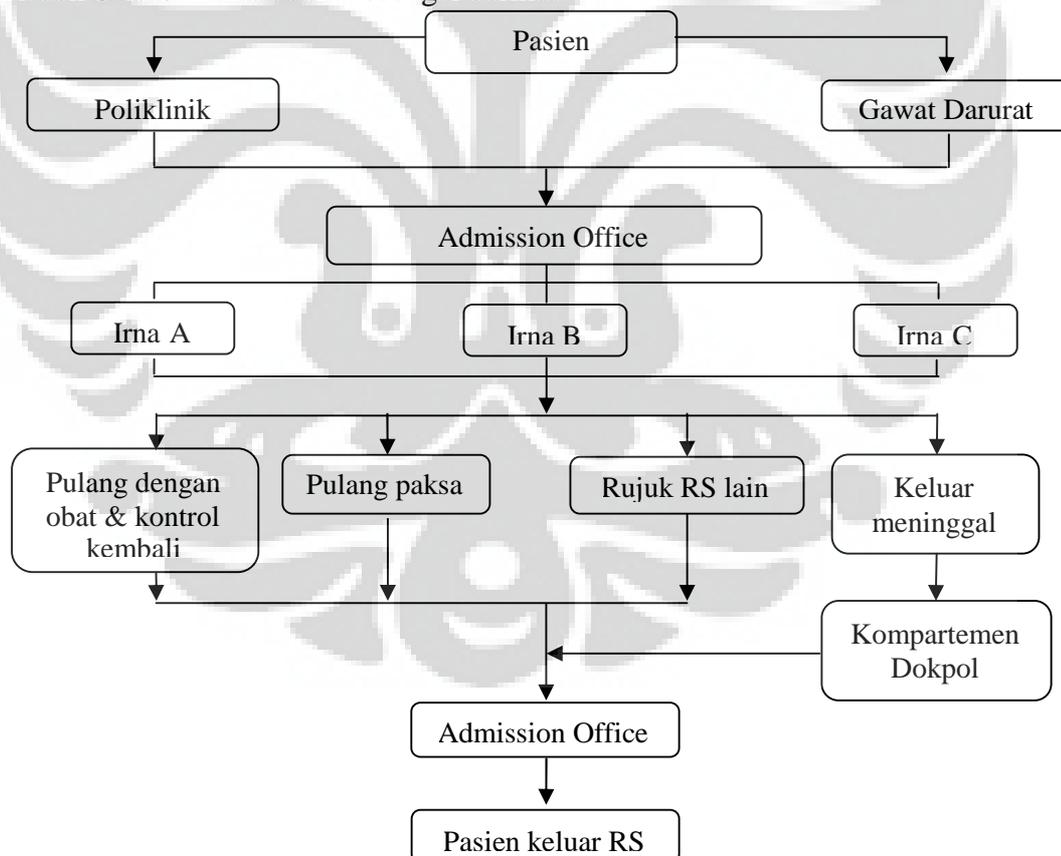
(Sumber: Keputusan Kepala Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto No: KEP/ 09/ II/ 2010)

Secara keseluruhan, Instalasi Rawat Inap memiliki 417 tempat tidur (TT) yang terdiri dari 76 TT di Irna A, 107 TT di Irna B, 158 TT di Irna C, serta 76 TT di ruang perawatan khusus lainnya. Kelas perawatan di Instalasi Rawat Inap terbagi dalam kelas Super VIP, VIP, Kelas I, Kelas II, dan Kelas III. Dulunya masing-

masing ruang rawat inap memiliki kekhususan ruang perawatan untuk penyakit tertentu, seperti misalnya ruang perawatan khusus pasien bedah terdapat di Ruang Mahoni, sedangkan ruang perawatan khusus pasien penyakit dalam terdapat di Ruang Cempaka. Namun kebijakan rumah sakit yang berlaku pada masa ini tidak lagi mengkhususkan pada penyakit-penyakit tertentu, sehingga diubah menjadi sistem instalasi. Meskipun demikian, beberapa ruangan masih mencirikan ruang perawatan pasien kekhususan tertentu, seperti ruang perawatan khusus untuk pasien bayi adalah Ruang Bougenville dan ruang perawatan khusus untuk tahanan adalah Ruang Tembesu. Tabel berikut adalah perincian kelas perawatan dan jumlah tempat tidur pada masing-masing ruang rawat inap.

5.8.1 Alur Pasien Rawat Inap

Secara umum, alur pasien rawat inap Rumah Sakit Bhayangkara tingkat I Raden Said Sukanto adalah sebagai berikut.



Gambar 5.2 Alur Rawat Inap RS Bhayangkara Tk. I Raden Said Sukanto

(Sumber: Data Admission Office RS Bhayangkara Tk. I Raden Said Sukanto)

Alur di atas memberikan informasi bahwa baik pasien yang sebelumnya menggunakan atau tidak menggunakan fasilitas Poliklinik atau Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto dapat mendaftar sebagai pasien rawat inap dengan cara mengurus proses administrasi di *Admission Office*. *Admission Office* membantu mencari informasi ruang rawat inap yang tersedia, baik di Irna A, B, maupun Irna C, sesuai dengan permintaan pasien atau keluarga pasien. Setelah menjalani perawatan di ruang rawat inap selama jangka waktu tertentu, pasien akan keluar dengan empat macam status, yaitu pulang dengan obat dan kontrol kembali, pulang paksa, rujuk ke rumah sakit lain, atau meninggal. Semua pasien yang keluar dari Instalasi Rawat Inap akan mengurus penyelesaian administrasi melalui *Admission Office*. Sementara untuk pasien yang keluar dengan status meninggal, terlebih dahulu diarahkan ke Kompartemen Dokpol (Kompartemen Kedokteran Kepolisian) sebelum menyelesaikan berkas-berkas administrasi yang dibutuhkan di *Admission Office*.

Pada praktiknya, alur rawat inap tersebut dibedakan berdasarkan penggolongan pasien, yaitu pasien dinas dan pasien non dinas.

1). Pasien Dinas

Pasien dinas adalah pasien yang biaya pengobatannya ditanggung oleh dinas atau pihak Polri berdasarkan peraturan yang telah ditetapkan. Yang termasuk ke dalam pasien dinas tersebut adalah:

- a. Anggota Polri atau PNS Polri aktif.
- b. Keluarga anggota Polri atau PNS aktif (istri dan anak) yang terdaftar dalam kartu kesehatan.
- c. Anak ditanggung sampai anak ke-3.
- d. Anak sampai usia 21 tahun bila belum bekerja.
- e. Anak sampai usia 25 tahun bila masih kuliah dan ada keterangan dari universitas.

Berdasarkan Prosedur Tetap No. Dokumen:/AM-03/VI/07 No. Revisi: C/3 yang disahkan pada tanggal 27 Juni 2007, penentuan kelas ruangan bagi pasien dinas telah ditetapkan sesuai dengan pangkat. Berikut adalah pembagian kelas ruangan yang dimaksud.

Tabel 5.5 Pembagian Kelas Ruang Rawat Inap Pasien Dinas RS Bhayangkara
Tk. I Raden Said Sukanto Berdasarkan Golongan Pasien

No.	Golongan Pasien	Ruangan
1.	a. Purnawirawan Irjen s/d Jenderal Polri/ Pensiunan PNS Gol. IVe & keluarga terdaftar.	Ruang VIP Soewarno
	b. Kapusdokkes/ Karumkitpuspol/ Ses Pusedokkes & keluarga terdaftar.	
	c. Pejabat Rumkitpolpus/ Pusedokkes setingkat Komisaris Besar & keluarga terdaftar.	
	d. Dokter spesialis setingkat Pamen/ PNS Polri Gol. IV & keluarga terdaftar.	
	e. Mantan Kapusdokkes/ Karumkitpolpus/ Ses.	
	f. PNS Gol. IV d/e & keluarga terdaftar	
2.	a. Purnawirawan Brigjen Polri/ Komisaris Besar/ Pensiunan PNS Gol. IVc, IVd & keluarga terdaftar.	Ruang Cendrawasih IV
	b. Kasubdep/ Ka Instalasi Rumkitpuspol.	
	c. Pamen Rumkitpuspol & keluarga terdaftar.	
	d. Dokter Polri/ PNS Rumkitpuspol/ Pusedokkes.	
3.	a. Purnawirawan AKBP/ Komisaris Polisi/ Pensiunan PNS Gol. IVa, IVb, & keluarga terdaftar.	Ruang Cendrawasih III
	b. Karyawan tetap (Polri/ PNS) Rumkitpuspol Gol. III/ PAMA & keluarga terdaftar.	
	c. Dokter PHL Rumkitpuspol & keluarga.	
4.	a. Karyawan tetap (Polri/ PNS Polri) Rumkitpuspol Gol. II/ Bintara.	Kelas II
	b. Purnawirawan Bhadara s/d AKP (sesuai Askes)	
5.	PHL Rumkitpuspol	Kelas III

(Sumber: Prosedur Tetap No. Dokumen:/AM-03/VI/07 No. Revisi: C/3 tanggal 27 Juni
2007(Yuliana, 2010))

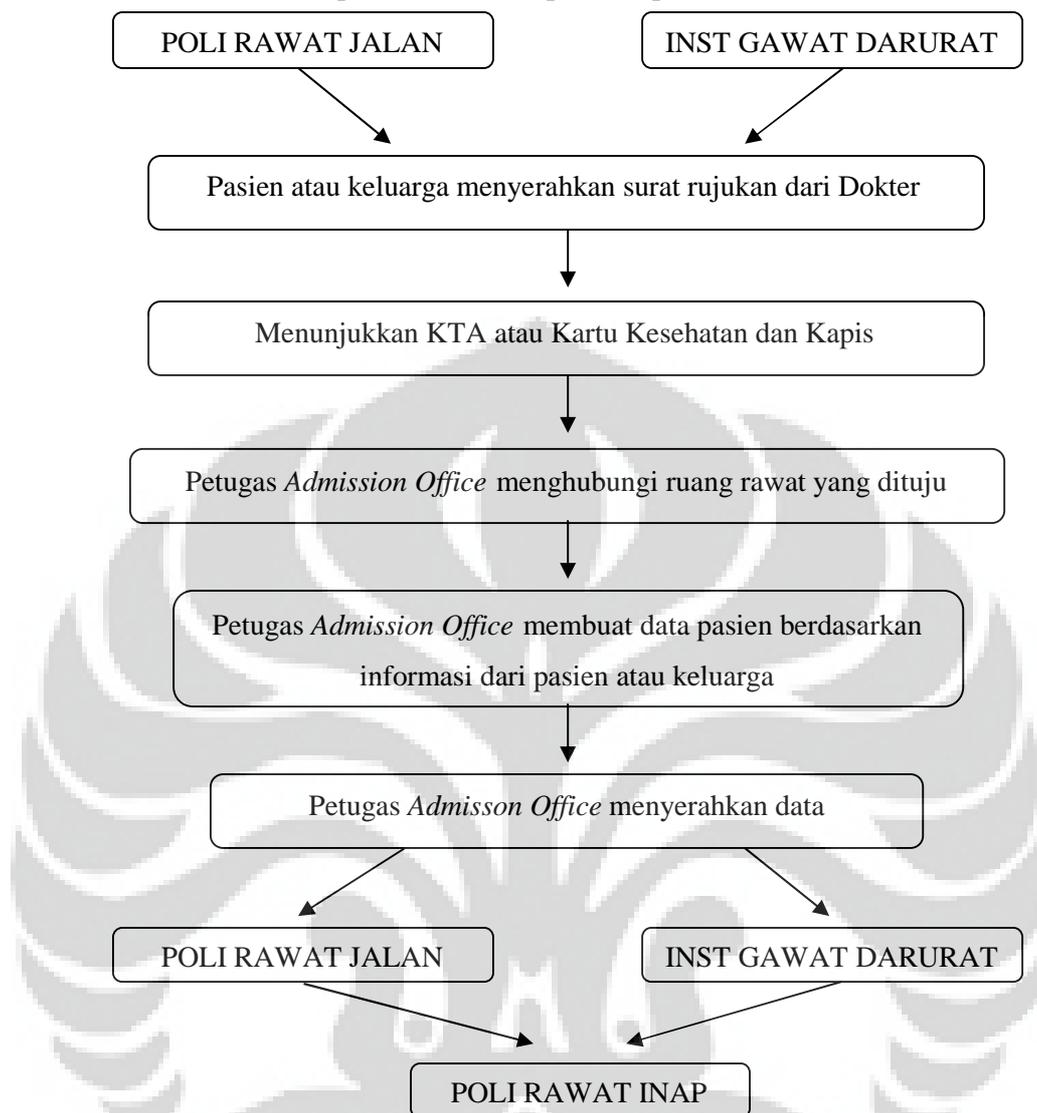
Pada pelaksanaannya, terdapat kebijakan khusus yang diberikan kepada Purnawirawan, personil Polri, keluarga, serta karyawan yang dirawat di Instalasi Rawat Inap. Kebijakan tersebut berupa pemberian ruang rawat inap yang setingkat lebih tinggi dari hak yang seharusnya pasien dinas terima berdasarkan peraturan yang berlaku. Berikut adalah prosedur dari kebijakan tersebut.

- a. Pasien Purnawirawan personil Polri dan keluarga serta karyawan Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto atau dokter Polri yang datang ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) atau Instalasi Rawat Jalan jika perlu dirawat inap harus mendapatkan surat pengantar rawat inap dari dokter, barulah

kemudian dapat mengurus proses administrasi rawat inap di Bagian *Admission Office*.

- b. Sementara untuk pasien yang datang dengan membawa surat pengantar rawat inap dari dokter luar Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto harus melalui IGD, baru kemudian mengurus proses administrasi rawat inap di Bagian *Admission Office*.
- c. *Admission Office* akan menentukan ruang rawat inap bagi pasien tersebut satu tingkat lebih tinggi dari hak mereka sesuai dengan ketentuan umum.
- d. Jika ruang perawatan yang sesuai dengan ketentuan khusus tersebut penuh, maka pasien ditempatkan di ruang rawat inap setingkat lebih rendah. Bila ruang perawatan yang sesuai sudah tersedia, pasien akan segera dipindahkan ke ruangan tersebut.
- e. Pasien akan diantar ke ruang rawat inap sesuai dengan prosedur tetap pasien rawat inap yang berlaku di Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto.
- f. Sebelum pasien meninggalkan ruang rawat inap baik karena dinyatakan sembuh, meninggal, maupun pulang paksa, petugas ruang rawat inap terlebih dahulu melakukan pengecekan kelengkapan administrasi yang harus diselesaikan oleh pasien atau keluarga pasien di Bagian *Admission Office*.
- g. Pasien yang sembuh, meninggal, maupun pulang paksa bisa meninggalkan Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto dengan menunjukkan bukti penyelesaian administrasi dari *Admission Office* ke petugas tempat pasien dirawat.
- h. Bagi pasien yang meninggal, selain harus memenuhi proses administrasi juga harus mengikuti prosedur tetap yang berlaku untuk pasien yang meninggal.
- i. Hal-hal di luar prosedur tetap yang berlaku hanya dapat dilaksanakan berdasarkan kebijakan Kepala Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto.

Berikut adalah alur pasien rawat inap untuk pasien dinas.



Gambar 5.3 Alur Rawat Inap Pasien Dinas RS Bhayangkara Tk. I

Raden Said Sukanto

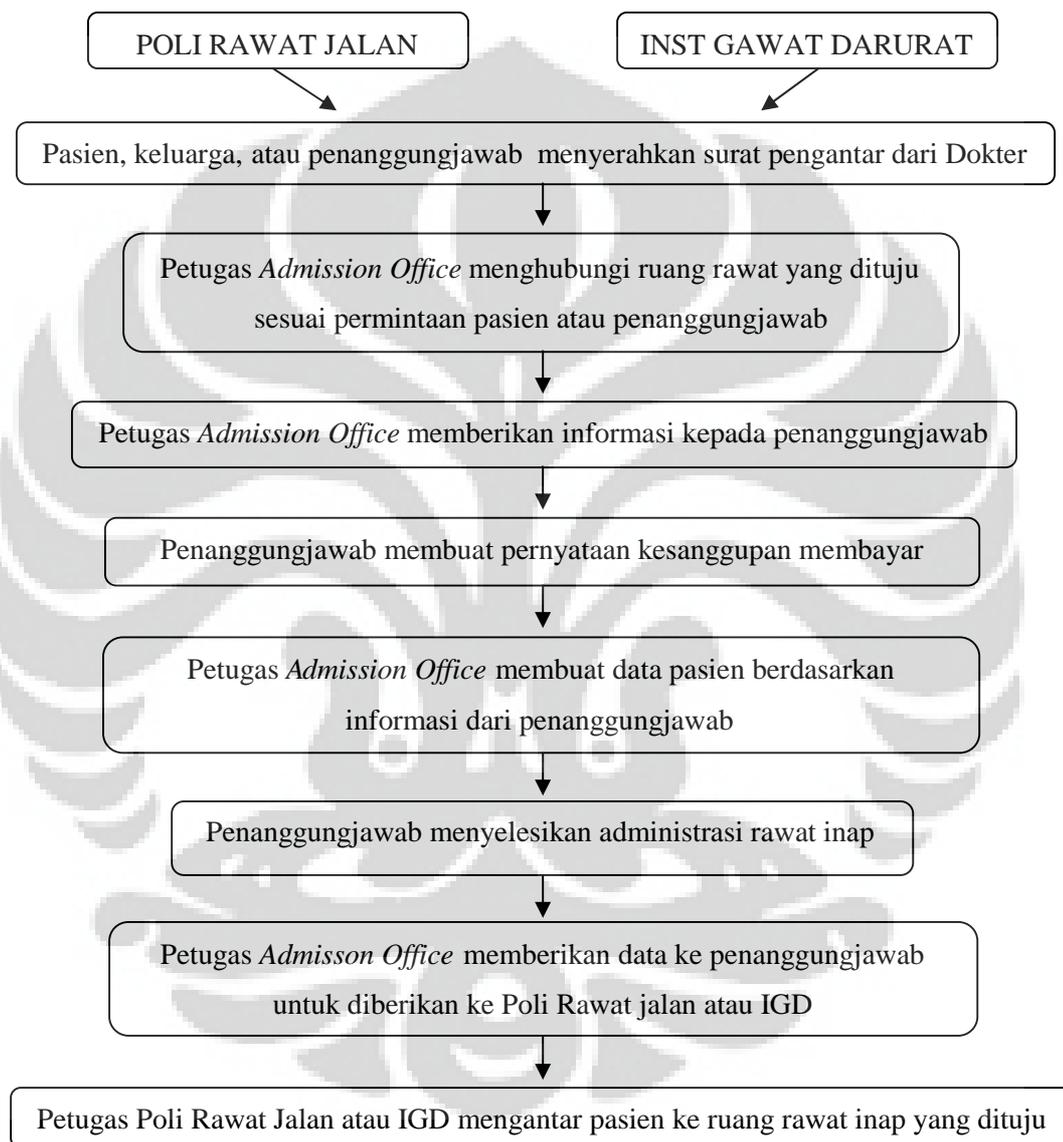
(Sumber: Data Admission Office RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto (Yuliana, 2010))

2). Pasien Non Dinas

Pasien non dinas adalah semua pasien kecuali pasien-pasien yang tergolong ke dalam pasien dinas, diantaranya adalah pasien umum dan pasien swasta. Alur rawat inap untuk pasien non dinas diawali dengan penyerahan surat pengantar dari dokter kepada petugas *Admission Office*. Petugas tersebut akan menghubungi ruang rawat inap yang dituju dan memberitahukan kepada penanggungjawab

pasien. Apabila disetujui, penanggungjawab pasien membayar administrasi ke kasir *Admission Office*. Petugas akan membuat data pasien yang kemudian diberikan kepada penanggungjawab pasien untuk proses administrasi di Poli Rawat Jalan atau IGD. Pada tahap terakhir pasien akan diantar menuju ruang rawat inap yang dimaksud.

Berikut adalah alur pasien rawat inap untuk pasien non dinas.



Gambar 5.4 Alur Rawat Inap Pasien Non Dinas RS Bhayangkara Tk. I

Raden Said Sukanto

(Sumber: Data Admission Office RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto (Yuliana, 2010))

5.8.2 Perawat di Instalasi Rawat Inap

Secara keseluruhan, jumlah perawat pelaksana yang bertugas di Irna A, B, dan C berjumlah 257 perawat. Berikut adalah komposisi perawat di Irna A, B, dan C berdasarkan status kepegawaian serta ruang rawat inap tempat perawat bertugas.

Tabel 5.6 Jumlah Perawat Pelaksana di Instalasi Rawat Inap A, B, dan C
RS Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto 2011

No	Nama Ruangan	Perawat PNS	Perawat PHL	Jumlah
Instalasi Rawat Inap A				
1.	R. VIP Soewarno	7	6	13
2.	R. Bougenvile	11	2	13
3.	R. Anggrek I	5	9	14
4.	R. Anggrek II	4	8	12
5.	R. Cempaka I	12	1	13
6.	R. Cempaka II	7	6	13
Jumlah		46	32	78
Instalasi Rawat Inap B				
1.	R. Cendrawasih I	7	4	11
2.	R. Cendrawasih II	6	8	14
3.	R. Cendrawasih III	9	3	12
4.	R. Cendrawasih IV	10	3	13
5.	Nuri	6	6	12
6.	Parkit I	5	7	12
7.	Parkit II	6	6	12
Jumlah		49	37	86
Instalasi Rawat Inap C				
1.	R. Cendana I	9	4	13
2.	R. Cendana II	9	5	14
3.	R. Cemara I	7	7	14
4.	R. Cemara II	9	6	15
5.	R. Mahoni I	8	5	13
6.	R. Mahoni II	8	4	12
7.	R. Eboni	5	7	12
Jumlah		55	38	93
Total		150	107	257

(Sumber: Profil Keperawatan Trimester IV 2011, Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan, Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto November 2011)

Tabel di atas menunjukkan bahwa jumlah perawat pelaksana yang bertugas di area Instalasi Rawat Inap A, B, dan C adalah 257 perawat, yang terdiri dari 150 perawat dengan status perawat PNS dan 107 perawat dengan status perawat PHL. Instalasi Rawat Inap A memiliki 78 orang perawat pelaksana. Instalasi Rawat Inap B memiliki 86 perawat pelaksana. Sementara Instalasi Rawat Inap C memiliki 93 perawat pelaksana.

5.8.3 Kegiatan di Instalasi Rawat Inap A, B, dan C

Kegiatan yang terlaksana di Instalasi Rawat Inap A, B, dan C melibatkan berbagai tenaga kerja dengan latar belakang pendidikan yang berbeda-beda serta terkait dengan instalasi lain, seperti farmasi, laboratorium, rekam medik, dsb. Secara umum, kegiatan yang terlaksana di Instalasi Rawat Inap adalah:

1). Pengadaan Alat Kesehatan (Alkes) dan Non Alat Kesehatan (Non Alkes)

Kegiatan pengadaan alkes dan non alkes di ruang rawat inap dilaksanakan berdasarkan laporan harian petugas dinas malam kepada Kepala Instalasi Rawat Inap (Ka Irna). Dari laporan tersebut diketahui kebutuhan alkes dan non alkes ruang rawat inap yang mengalami kerusakan, membutuhkan yang baru, maupun meminta pasokan barang yang hampir habis (misalnya kapas dan masker).

Penatalaksanaan pengadaan alat kesehatan ini diawali dari pembuatan amprahan atau nota dinas yang berisi daftar alkes dan non alkes yang dibutuhkan oleh ruang rawat inap yang bersangkutan dengan ditandatangani oleh Kepala Ruangan (Karu atau Kalak) dan Kepala Instalasi rawat Inap (Ka Irna). Amprahan tersebut nantinya diajukan kepada Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan (Kabid Yanmedwat) dengan persetujuan Kepala Rumah Sakit (Karumkit). Apabila disetujui, maka pengadaan alkes dan non alkes terkabul.

2). *Visite* Dokter

Visite dokter merupakan kegiatan kunjungan dokter, baik dokter umum (dokter jaga ruangan) maupun dokter spesialis yang menangani pasien. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit menyebutkan bahwa *visite* dokter spesialis dilakukan setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 - 14.00.

Berdasarkan wawancara tidak terstruktur pada beberapa perawat pelaksana, waktu *visite* dokter yang dilaksanakan di Instalasi Rawat Inap RS Bhayangkara Tk. I Raden Said Sukanto tidak dibakukan. Pihak rumah sakit hanya menetapkan rentang waktu besuk dokter, sementara pelaksanaannya bersifat fleksibel. Kebijakan ini dibuat mengingat beberapa dokter tidak hanya melakukan praktik di RS Bhayangkara Tk. I Raden Said Sukanto. Di satu sisi kebijakan tersebut memberikan fleksibilitas pada dokter. Namun di sisi lain pasien tidak dapat mengetahui kapan *visite* dokter dilaksanakan. Oleh karenanya, pengendalian yang selama ini dilakukan oleh RS Bhayangkara Tk. I Raden Said Sukanto adalah dengan cara komunikasi efektif antara dokter dan perawat ruangan, sehingga perawat dan pasien dapat mengetahui kapan dokter akan melakukan *visite*.

Pada pelaksanaannya, pasien non dinas (bukan anggota Polri) bebas memilih dokter *visite* yang mereka percayai (sukai). Sementara untuk pasien dinas (anggota Polri, PNS Polri, atau keluarga terdaftar) *visite* dokter ditentukan oleh pihak rumah sakit, disesuaikan dengan jabatan di Polri dan tingkat ruang rawat inap yang ditempati.

3). Asuhan Keperawatan

Setiap ruang rawat inap di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto dipimpin oleh seorang Kepala Ruangan, atau biasa disebut Karu atau Kalak (Kepala Pelaksana), dengan seorang Wakil Kepala Ruangan yang seterusnya akan membawahi Ketua Tim. Setiap ruang rawat memiliki 2 orang Ketua Tim (Katim) yang membawahi perawat pelaksana. Oleh karenanya, metode asuhan keperawatan yang dipakai adalah model tim. Pada pelaksanaannya, terdapat 3 *shift* yang secara bergantian akan memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Asuhan keperawatan yang dilakukan diantaranya mencakup mengontrol kondisi pasien, mengganti perban, menyiapkan obat, dsb.

4). Kunjungan Keluarga Pasien

Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto memberlakukan aturan jam besuk yang dibagi menjadi 2 *shift*, yaitu pukul 11.00 – 12.00 dan pukul 17.00 – 18.00. Kebijakan tersebut diberlakukan agar pasien memiliki waktu yang cukup untuk beristirahat tanpa harus terus menerus terganggu dengan kunjungan keluarga atau kerabat.

BAB 6

HASIL PENELITIAN

6.1 Pelaksanaan Penelitian

Penelitian mengenai kualitas jasa Instalasi Rawat Inap B dan C (Irna B dan C) dilakukan pada tanggal 18 – 21 Januari 2012 di 12 ruang rawat inap Irna B dan C RS Bhayangkara Tk. I Raden Said Sukanto. Pengumpulan data dilakukan dengan penyebaran kuesioner secara langsung kepada responden, yaitu dengan adanya pendampingan selama responden mengisi kuesioner. Hal tersebut dimaksudkan untuk memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya jika responden merasa tidak paham dengan pertanyaan yang ada. Selain itu hal tersebut dilakukan sebagai upaya untuk menghindari pengisian kuesioner yang tidak lengkap.

6.2 Penyajian Hasil Penelitian

Hasil penelitian ini diuraikan dengan menampilkan karakteristik responden dan analisis univariat.

6.3 Karakteristik Responden

Karakteristik responden yang dicantumkan dalam kuesioner terdiri dari 10 karakteristik, meliputi ruang rawat, kelas perawatan, usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penggolongan pasien, status pasien, lama hari rawat, dan status komplain. Informasi karakteristik responden tersebut diperlukan sebagai informasi tambahan dalam penelitian. Berikut adalah hasil distribusi responden berdasar 10 karakteristik tersebut.

Tabel 6.1 Distribusi Karakteristik Responden di Instalasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I Raden Said Sukanto Tahun 2012

Karakteristik Responden	Jumlah	Persentase (%)
Ruang Rawat		
Cemara I	13	13.5
Cemara II	7	7.3
Cendana I	2	2.1

Karakteristik Responden	Jumlah	Persentase (%)
Ruang Rawat		
Cendana II	12	12.5
Cendrawasih I	2	2.1
Cendrawasih II	5	5.2
Cendrawasih III	7	7.3
Mahoni I	12	12.5
Mahoni II	15	15.6
Nuri	7	7.3
Parkit I	11	11.5
Parkit II	3	3.1
Kelas Perawatan		
Kelas I	9	9.4
Kelas II	21	21.9
Kelas III	66	68.8
Usia		
Remaja (15-24 th)	13	13.5
Dewasa (25-64 th)	77	80.2
Lansia (≥ 65 th)	6	6.2
Jenis Kelamin		
Laki-laki	50	52.1
Perempuan	46	47.9
Pendidikan		
SD	13	13.5
SMP	14	14.6
SMA	52	54.2
Diploma	3	3.1
Sarjana	12	12.5
Pasca Sarjana	1	1.0
Tidak Sekolah	1	1.0
Pekerjaan		
Tidak bekerja/ ibu rumah tangga	33	34.4
Pelajar/ mahasiswa	6	6.2
Buruh/ pembantu	11	11.5
Swasta	9	9.4
Wirausaha	4	4.2
POLRI/ PNS/ BUMN/ ABRI	27	28.1
Purnawirawan/ pensiunan	6	6.2

Karakteristik Responden	Jumlah	Persentase (%)
Penggolongan Pasien		
Pasien dinas	47	49.0
Pasien askes	13	13.5
Pasien umum	7	7.3
Pasien jaminan, tagihan, TKI, SKTM, gakin	29	30.2
Status Pasien		
Pasien Lama	45	46.9
Pasien Baru	51	53.1
Lama Hari Rawat		
<3 hari	9	9.4
3-6 hari	43	44.8
7-10 hari	26	27.1
11-14 hari	5	5.2
>14 hari	13	13.5
Status Komplain		
Pernah	6	6.2
Tidak pernah	90	93.8

Data di atas menunjukkan bahwa responden penelitian ini berasal dari hampir seluruh ruang rawat inap di Instalasi B dan C, kecuali Ruang Cendrawasih IV dan Ruang Eboni. Peneliti tidak menyertakan pasien yang dirawat di Ruang Cendrawasih IV karena ruangan tersebut merupakan kelas VIP yang masuk dalam kriteria eksklusi sampel. Sementara pasien yang dirawat di Ruang Eboni juga tidak disertakan mengingat pasien tersebut merupakan pasien psikiatri sehingga diasumsikan sebagai pasien yang sedang berada dalam kondisi yang tidak memungkinkan untuk dimintai keterangan.

Jumlah responden berdasarkan kelas perawatan terlihat tidak merata karena pada dasarnya metode pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini berifat *quota sampling* tanpa menentukan jumlah proporsi sampel pada masing-masing ruang. Selain itu, karena adanya faktor ketidaksediaan responden dalam mengisi kuesioner, maka distribusi responden terlihat tidak proporsional.

Merujuk pada pedoman yang diambil dari *Statistics Canada* (<http://www.statcan.gc.ca>), distribusi responden menurut usia dikategorikan menjadi 3, yaitu remaja (15-24 tahun), dewasa (25-64 tahun), dan lansia (≥ 65 tahun). Hasil yang didapat menunjukkan bahwa sebanyak 80,2% responden

tergolong dalam usia dewasa. Sisanya adalah usia remaja (13,5%) dan usia lansia (6,2%). Sementara berdasarkan jenis kelamin terlihat bahwa perbandingan responden laki-laki dan perempuan hampir seimbang, yaitu 52,1% laki-laki dan 47,9% perempuan.

Dari segi pendidikan, sebagian besar responden berpendidikan SMA (54,2%). Dari segi pekerjaan, sebanyak 34,4% berstatus tidak bekerja, 28,1% berstatus anggota Polri, PNS, BUMN, atau ABRI. Sementara sisanya masuk ke dalam kategori lainnya.

Mengacu pada pengkategorian golongan pasien pada alur pasien rawat jalan, penggolongan pasien dibedakan menjadi 4 kategori, yaitu pasien dinas, pasien askes, pasien umum, serta pasien jaminan-tagihan-TKI-SKTM-gakin. Hasil yang didapat menunjukkan bahwa sebanyak 49% responden merupakan pasien dinas, 30,2% merupakan pasien jaminan-tagihan-TKI-SKTM-gakin, 13,5% merupakan pasien askes, dan 7,3% merupakan pasien umum. Dan dari status pasien terlihat bahwa 53,1% merupakan pasien baru. Sementara sisanya merupakan pasien lama. Tabel tersebut juga menunjukkan bahwa sebagian besar responden merupakan pasien dengan lama hari rawat 3-6 hari (44,8 %). Sebagai tambahan, dari 96 responden yang mengisi kuesioner, terdapat 6 responden (6.2%) yang menyatakan pernah memberikan komplain pada pihak rumah sakit.

6.4 Kualitas Interaksi

Variabel kualitas interaksi diukur berdasarkan hasil penilaian dari 6 variabel, yaitu sikap dokter, sikap perawat, perilaku dokter, perilaku perawat, keahlian dokter, dan keahlian perawat. Secara statistik, diperoleh data hasil uji univariat untuk variabel kualitas interaksi sebagai berikut.

Tabel 6.2 Mean, Median, Min-Max, Skewness, dan Standar Error Variabel Kualitas Interaksi di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012

Variabel	Kualitas Interaksi
Mean	84.61
Median	81.0
Min – Max	67 – 108
Skewness	1.463
Std. Error of Skewness	.246

Mengacu pada hasil akumulasi penilaian 6 variabel, didapatkan nilai rata-rata variabel kualitas interaksi sebesar 84,61 dengan nilai median 81. Rentang nilai yang sudah ditetapkan untuk variabel ini adalah 27 untuk skor paling rendah dan 108 untuk skor paling tinggi. Sementara hasil pengolahan data menunjukkan bahwa skor responden terendah adalah 67 dan skor tertinggi 108.

Dilihat dari segi normalitas data, variabel kualitas interaksi terdistribusi secara tidak normal karena hasil pembagian nilai skewness (1,463) dengan standar error (0,246) bernilai lebih besar dari 2. Hal tersebut menyebabkan penggunaan nilai median sebagai nilai *cut off point* dalam proses pengkategorian variabel kualitas interaksi ke dalam bentuk yang lebih sederhana, yaitu kategori baik dan buruk. Hasilnya adalah sebanyak 83,3% responden mempersepsikan kualitas interaksi yang terselenggara di Instalasi Rawat Inap ke dalam kategori baik. Sementara 16,7% lainnya mempersepsikan kualitas interaksi ke dalam kategori buruk.

6.4.1 Sikap Dokter

Variabel sikap dokter diukur melalui 3 aspek penilaian, yaitu kepedulian dokter pada pasiennya, pemahaman dokter akan kebutuhan pasiennya, serta sikap kesal dokter dalam menjawab pertanyaan pasien atau keluarga pasien. Berikut adalah gambaran distribusi frekuensi jawaban responden terhadap aspek-aspek penilaian variabel sikap dokter.

Tabel 6.3 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden terhadap Apek Penilaian Variabel Sikap Dokter di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012

No	Aspek Penilaian	STS		TS		S		SS		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.	Kepedulian dokter pada pasien	0	0	0	0	78	81.2	18	18.8	96	100
2.	Pemahaman dokter akan kebutuhan pasien	1	1.0	1	1.0	78	81.2	16	16.7	96	100
3.	Sikap kesal dokter dalam menjawab pertanyaan pasien	18	18.8	75	78.1	3	3.1	0	0	96	100

Keterangan:

STS : Sangat Tidak Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

SS : Sangat Setuju

Universitas Indonesia

Tabel di atas menunjukkan bahwa mayoritas responden memilih jawaban Setuju (S) pada aspek kepedulian dokter pada pasien dan pemahaman dokter akan kebutuhan pasien. Hal tersebut menunjukkan bahwa dokter yang menangani pasien di Instalasi Rawat Inap peduli dengan kondisi pasien dan mengerti kebutuhan pasien. Sementara pada aspek sikap kesal dokter dalam menjawab pertanyaan pasien, mayoritas responden menjawab Tidak Setuju (TS), yaitu sebesar 78,1% dan Sangat Tidak Setuju (STS) sebanyak 18,8% karena aspek penilaian ketiga tersebut bersifat negatif. Hal tersebut berarti bahwa mayoritas responden menilai bahwa dokter yang merawat pasien mampu menjawab pertanyaan-pertanyaan yang diajukan oleh pasien atau keluarga pasien dengan ramah. Meskipun demikian, ternyata dari 96 responden terdapat 3 responden (3,1%) yang menjawab Setuju. Hal tersebut menunjukkan masih terdapatnya dokter yang tidak ramah, bahkan menunjukkan kekesalannya di depan pasien.

Setelah distribusi frekuensi untuk masing-masing aspek penilaian diketahui, langkah selanjutnya adalah memberikan skor untuk masing-masing aspek, yaitu untuk jawaban Sangat Tidak Setuju (STS) nilainya 1, Tidak Setuju (TS) nilainya 2, Setuju (S) nilainya 3, dan Sangat Setuju (SS) nilainya 4. Sementara untuk aspek penilaian yang bersifat negatif pemberian skor dibalik nilainya. Kemudian skor seluruh aspek penilaian dijumlahkan. Dari perhitungan statistik, diperoleh data hasil analisis univariat untuk variabel sikap dokter sebagai berikut:

Tabel 6.4 Mean, Median, Min-Max, Skewness, dan Standar Error Variabel Sikap Dokter di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012

Variabel	Sikap Dokter
Mean	9.48
Median	9.00
Min – Max	7 – 12
Skewness	1.164
Std. Error of Skewness	.246

Tabel di atas menunjukkan bahwa dari 3 aspek penilaian yang diajukan, didapatkan rata-rata skor penilaian pasien pada variabel sikap dokter adalah 9,48, dengan nilai tengah 9,00. Rentang nilai yang sudah ditetapkan untuk variabel ini adalah 3 untuk skor paling rendah dan 12 untuk skor paling tinggi. Sementara

hasil pengolahan data menunjukkan bahwa skor responden terendah adalah 7 dan skor tertinggi 12.

Variabel sikap dokter terdistribusi secara tidak normal, terlihat dari nilai skewnessnya (1,164) dibagi dengan standar error (0,246) yang bernilai lebih besar dari 2. Selanjutnya dilakukan pengelompokan hasil penilaian pasien pada variabel sikap dokter menjadi 2 kategori, yaitu baik dan buruk. Oleh karena variabel sikap dokter terdistribusi secara tidak normal, maka pengelompokan tersebut mengacu pada nilai median. Hasilnya adalah sikap dokter yang dinilai baik sebesar 95,8% dan yang dinilai buruk sebesar 4,2%.

6.4.2 Sikap Perawat

Variabel sikap dokter diukur melalui 6 aspek penilaian, yaitu aspek perhatian perawat pada kondisi kesehatan pasien, keramahan, kesopanan, kesegeraan dalam memberikan bantuan, kesabaran dalam menjawab pertanyaan, dan pemahaman akan kebutuhan pasien. Berikut adalah gambaran distribusi frekuensi jawaban responden terhadap aspek-aspek penilaian variabel sikap perawat.

Tabel 6.5 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden terhadap Aspek Penilaian Variabel Sikap Perawat di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012

No	Aspek Penilaian	STS		TS		S		SS		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.	Aspek perhatian perawat pada kondisi kesehatan pasien	0	0	3	3.1	77	80.2	16	16.7	96	100
2.	Keramahan	0	0	2	2.1	78	81.2	16	16.7	96	100
3.	Kesopanan	0	0	1	1.0	79	82.3	16	16.7	96	100
4.	Kesegeraan dalam memberikan bantuan	0	0	2	2.1	79	82.3	15	15.6	96	100
5.	Kesabaran dalam menjawab pertanyaan	0	0	5	5.2	76	79.2	15	15.6	96	100
6.	Pemahaman akan kebutuhan pasien	0	0	4	4.2	79	82.3	13	13.5	96	100

Keterangan:

STS : Sangat Tidak Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

SS : Sangat Setuju

Berdasarkan data yang diperoleh, terlihat bahwa mayoritas responden memilih jawaban Setuju (S) terhadap semua aspek-aspek penilaian variabel sikap perawat. Meskipun demikian terdapat responden yang menjawab Tidak Setuju (ST) sebanyak 3,1% pada aspek perhatian perawat pada kondisi kesehatan pasien; 2,1% pada aspek keramahan; 1% pada aspek kesopanan; 2,1% pada aspek kesegeraan dalam memberikan bantuan; 5,2% pada aspek kesabaran dalam menjawab pertanyaan, dan 4,2% pada aspek pemahaman akan kebutuhan pasien. Sehingga dari keenam aspek penilaian yang diajukan, aspek kesabaran dalam menjawab pertanyaan adalah yang memiliki persentase penilaian buruk yang terbesar (5,2%).

Setelah itu dilakukan pemberian skor untuk masing-masing aspek penilaian variabel sikap perawat, yaitu skor 1 untuk jawaban Sangat Tidak Setuju (STS), 2 untuk jawaban Tidak Setuju (TS), 3 untuk jawaban Setuju (S), dan 4 untuk jawaban Sangat Setuju (SS). Kemudian skor seluruh aspek penilaian tersebut dijumlahkan. Dari perhitungan statistik, diperoleh data hasil analisis univariat untuk variabel sikap perawat sebagai berikut:

Tabel 6.6 Mean, Median, Min-Max, Skewness, dan Standar Error Variabel Sikap Perawat di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012

Variabel	Sikap Perawat
Mean	18.77
Median	18.00
Min - Max	12 – 24
Skewness	1.195
Std. Error of Skewness	.246

Tabel di atas menunjukkan bahwa dari 6 aspek penilaian yang diajukan, didapatkan rata-rata skor penilaian pasien pada variabel sikap perawat adalah 18,77, dengan nilai tengah 18,00. Rentang nilai yang sudah ditetapkan untuk variabel ini adalah 6 untuk skor paling rendah dan 24 untuk skor paling tinggi. Sementara hasil pengolahan data menunjukkan bahwa skor responden terendah adalah 12 dan skor tertinggi adalah 24.

Variabel sikap perawat terdistribusi secara tidak normal, terlihat dari nilai skewnessnya (1,195) dibagi dengan standar error (0,246) yang bernilai lebih besar dari 2. Selanjutnya dilakukan pengelompokan hasil penilaian pasien pada variabel

sikap perawat menjadi 2 kategori, yaitu baik dan buruk. Oleh karena variabel sikap perawat terdistribusi secara tidak normal, maka pengelompokan tersebut mengacu pada nilai median. Hasilnya adalah sikap perawat yang dinilai baik sebesar 94,8% dan yang dinilai buruk sebesar 5,2%.

6.4.3 Perilaku Dokter

Variabel perilaku dokter diukur melalui 4 aspek penilaian, yaitu kesediaan dokter untuk melakukan apapun agar pasien bisa mendapatkan perawatan yang dibutuhkan, kesegeraan dokter dalam membuat keputusan yang tepat di saat dibutuhkan, ketepatan waktu saat *visite*, serta kesediaan untuk mendengarkan keluhan. Berikut adalah gambaran distribusi frekuensi jawaban responden terhadap aspek-aspek penilaian variabel perilaku dokter.

Tabel 6.7 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden terhadap Aspek Penilaian Variabel Perilaku Dokter di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012

No	Aspek Penilaian	STS		TS		S		SS		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.	Kesediaan untuk melakukan apapun agar pasien bisa mendapatkan perawatan yang dibutuhkan	0	0	2	2.1	77	80.2	17	17.7	96	100
2.	Kesegeraan dalam membuat keputusan yang tepat di saat dibutuhkan	0	0	3	3.1	76	79.2	17	17.7	96	100
3.	Ketepatan waktu <i>visite</i>	0	0	9	9.4	72	75.0	15	15.6	96	100
4.	Kesediaan untuk mendengarkan keluhan	0	0	0	0	78	81.2	18	18.8	96	100

Keterangan:

STS : Sangat Tidak Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

SS : Sangat Setuju

Data distribusi frekuensi di atas menunjukkan bahwa mayoritas responden memilih jawaban Setuju (S) pada masing-masing aspek penilaian variabel perilaku dokter. Meskipun demikian terdapat 2,1% responden yang menjawab

Tidak Setuju (ST) pada aspek kesediaan untuk melakukan apapun agar pasien bisa mendapatkan perawatan yang dibutuhkan; 3,1% pada aspek kesegeraan dalam membuat keputusan yang tepat di saat dibutuhkan, dan 9,4% pada aspek ketepatan waktu *visite*, yang merupakan persentase ketidaksetujuan terbesar dibandingkan dengan aspek penilaian yang lain.

Langkah selanjutnya adalah penilaian masing-masing aspek penilaian variabel perilaku dokter, yaitu nilai 1 untuk jawaban Sangat Tidak Setuju (STS), nilai 2 untuk jawaban Tidak Setuju (TS), nilai 3 untuk jawaban Setuju (S), dan nilai 4 untuk jawaban Sangat Setuju (SS). Setelah itu dilakukan penjumlahan nilai atas keseluruhan aspek penilaian. Dari perhitungan statistik, diperoleh data hasil analisis univariat untuk variabel perilaku dokter sebagai berikut:

Tabel 6.8 Mean, Median, Min-Max, Skewness, dan Standar Error Variabel Perilaku Dokter di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012

Variabel	Perilaku Dokter
Mean	12.55
Median	12.00
Min - Max	10 - 16
Skewness	1.376
Std. Error of Skewness	.246

Dari 4 aspek penilaian yang dilakukan, diperoleh nilai rata-rata variabel perilaku dokter sebesar 12,55, dengan nilai tengah 12,00. Rentang nilai yang sudah ditetapkan untuk variabel ini adalah 4 untuk skor paling rendah dan 16 untuk skor paling tinggi. Sementara hasil pengolahan data menunjukkan bahwa skor responden terendah adalah 10 dan skor tertinggi adalah 16.

Variabel perilaku dokter terdistribusi secara tidak normal, terlihat dari nilai skewnessnya (1,376) dibagi dengan standar error (0,246) yang bernilai lebih besar dari 2, sehingga *cut off point* yang digunakan dalam proses pengelompokan hasil penilaian mengacu pada nilai median. Setelah dikategorikan menjadi 2, yaitu baik dan buruk, didapatkan hasil perilaku dokter yang dinilai baik sebesar 88,5% dan yang dinilai buruk sebesar 11,5%.

6.4.4 Perilaku Perawat

Variabel perilaku perawat diukur melalui 5 aspek penilaian, yaitu aspek ketanggapan perawat dalam mengambil tindakan yang sesuai dengan kondisi pasien, kecepatan perawat dalam merespon kebutuhan pasien, kesediaan untuk mendengarkan keluhan atau kegelisahan pasien, kesediaan untuk berusaha menghibur pasien jika pasien merasa sedih atau kesepian, serta kesediaan untuk mencari informasi yang pasien butuhkan. Berikut adalah gambaran distribusi frekuensi jawaban responden terhadap aspek-aspek penilaian variabel perilaku perawat.

Tabel 6.9 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden terhadap Aspek Penilaian Variabel Perilaku Perawat di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012

No	Aspek Penilaian	STS		TS		S		SS		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.	Ketanggapan dalam mengambil tindakan yang sesuai dengan kondisi pasien	0	0	5	5.2	78	81.2	13	13.5	96	100
2.	Kecepatan dalam merespon kebutuhan pasien	0	0	7	7.3	71	74.0	18	18.8	96	100
3.	Kesediaan untuk mendengarkan keluhan atau kegelisahan pasien	0	0	2	2.1	78	81.2	16	16.7	96	100
4.	Kesediaan untuk berusaha menghibur jika pasien sedih atau kesepian	0	0	9	9.4	79	82.3	8	8.3	96	100
5.	Kesediaan untuk mencari informasi yang dibutuhkan pasien	0	0	5	5.2	78	81.2	13	13.5	96	100

Keterangan:

STS : Sangat Tidak Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

SS : Sangat Setuju

Distribusi frekuensi di atas menunjukkan bahwa mayoritas responden memilih jawaban Setuju (S) pada masing-masing aspek penilaian variabel perilaku perawat.

Universitas Indonesia

Meskipun demikian terdapat 5,2% responden yang menjawab Tidak Setuju (ST) pada aspek ketanggapan dalam mengambil tindakan yang sesuai dengan kondisi pasien; 7,3% pada aspek kecepatan dalam merespon kebutuhan pasien; 2,1% pada aspek kesediaan untuk mendengarkan keluhan atau kegelisahan pasien; 9,4% pada aspek kesediaan untuk berusaha menghibur jika pasien sedih atau kesepian, dan 5,2% pada aspek kesediaan untuk mencari informasi yang dibutuhkan pasien. Dari kelima aspek penilaian tersebut, terlihat bahwa persentasi penilaian buruk terbesar berada pada aspek kesediaan untuk berusaha menghibur jika pasien sedih atau kesepian.

Setelah distribusi frekuensi untuk masing-masing aspek penilaian diketahui, langkah selanjutnya adalah memberikan skor untuk masing-masing aspek tersebut, yaitu untuk jawaban Sangat Tidak Setuju (STS) nilainya 1, Tidak Setuju (TS) nilainya 2, Setuju (S) nilainya 3, dan Sangat Setuju (SS) nilainya 4. Kemudian skor keseluruhan aspek-aspek penilaian dijumlahkan. Dari perhitungan statistik, diperoleh data hasil analisis univariat untuk variabel perilaku perawat sebagai berikut:

Tabel 6.10 Mean, Median, Min-Max, Skewness, dan Standar Error Variabel Perilaku Perawat di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012

Variabel	Perilaku Perawat
Mean	15.42
Median	15.00
Min – Max	11 – 20
Skewness	.613
Std. Error of Skewness	.246

Tabel di atas menunjukkan bahwa dari 5 aspek penilaian yang dilakukan, didapatkan rata-rata skor penilaian pasien pada variabel perilaku perawat 15,42, dengan nilai tengah 15,00. Rentang nilai yang sudah ditetapkan untuk variabel ini adalah 5 untuk skor paling rendah dan 20 untuk skor paling tinggi. Sementara hasil pengolahan data menunjukkan bahwa skor terendah adalah 11 dan skor tertinggi adalah 20.

Variabel perilaku perawat terdistribusi secara tidak normal, terlihat dari nilai skewnessnya (0,613) dibagi dengan standar error (0,246) yang bernilai lebih besar

dari 2. Selanjutnya dilakukan pengelompokan hasil penilaian pasien pada variabel perilaku perawat menjadi 2 kategori, yaitu baik dan buruk. Oleh karena variabel perilaku perawat terdistribusi secara tidak normal, maka pengelompokan tersebut mengacu pada nilai median. Hasilnya adalah perilaku perawat yang dinilai baik sebesar 88,5% dan yang dinilai buruk sebesar 11,5%.

6.4.5 Keahlian Dokter

Variabel keahlian dokter diukur melalui 4 aspek penilaian, yaitu keahlian dokter dalam bidangnya, kemampuan dalam menggunakan bahasa yang mudah dipahami pasien, kemampuan dalam meresepkan obat, serta aspek kesalahan diagnosa. Berikut adalah gambaran distribusi frekuensi jawaban responden terhadap aspek penilaian variabel keahlian dokter.

Tabel 6.11 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden terhadap Aspek Penilaian Variabel Keahlian Dokter di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012

No	Aspek Penilaian	STS		TS		S		SS		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.	Keahlian dokter dalam bidangnya	0	0	1	1.0	72	75.0	23	24.0	96	100
2.	Kemampuan dalam menggunakan bahasa yang mudah dipahami pasien	0	0	1	1.0	76	79.2	19	19.8	96	100
3.	Kemampuan dalam meresepkan obat	0	0	2	2.1	77	80.2	17	17.7	96	100
4.	Kesalahan diagnosa	20	20.8	75	78.1	1	1.0	0	0	96	100

Keterangan:

STS : Sangat Tidak Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

SS : Sangat Setuju

Hasil pengolahan data menunjukkan bahwa pada aspek keahlian dokter dalam bidangnya dan aspek kemampuan dalam menggunakan bahasa yang mudah dipahami, mayoritas responden menyatakan Setuju (S), meskipun masih terdapat 1% responden yang menjawab Tidak Setuju pada masing-masing aspek penilaian tersebut. Sama halnya dengan aspek penilaian pertama dan kedua, pada aspek

penilaian ketiga (aspek kemampuan dalam meresepkan obat), mayoritas responden menjawab Setuju (S), walaupun masih ada 2,1% responden yang menjawab Tidak Setuju (TS). Sementara pada aspek penilaian keempat (aspek kesalahan diagnosa), distribusi frekuensi jawaban menunjukkan bahwa mayoritas responden menjawab Tidak Setuju (78,1%) karena aspek penilaian tersebut bersifat negatif. Meskipun bersifat negatif, rupanya terdapat 1% responden yang menjawab Setuju (S).

Masing-masing jawaban responden atas aspek-aspek penilaian tersebut kemudian diberikan nilai, yaitu untuk jawaban Sangat Tidak Setuju (STS) nilainya 1, Tidak Setuju (TS) nilainya 2, Setuju (S) nilainya 3, dan Sangat Setuju (SS) nilainya 4. Sementara untuk aspek penilaian yang bersifat negatif pemberian skor nilainya dibalik. Kemudian skor seluruh aspek-aspek penilaian tersebut dijumlahkan. Dari perhitungan statistik, diperoleh data hasil analisis univariat untuk variabel keahlian dokter sebagai berikut:

Tabel 6.12 Mean, Median, Min-Max, Skewness, dan Standar Error Variabel Keahlian Dokter di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012

Variabel	Keahlian Dokter
Mean	12.77
Median	12.00
Min - Max	11 - 16
Skewness	1.378
Std. Error of Skewness	.246

Dari 4 aspek penilaian yang diajukan, diperoleh rata-rata skor penilaian pasien pada variabel keahlian dokter sebesar 12,77, dengan nilai tengah 12,00. Rentang nilai yang sudah ditetapkan untuk variabel ini adalah 4 untuk skor paling rendah dan 16 untuk skor paling tinggi. Sementara hasil pengolahan data menunjukkan bahwa skor terendah adalah 11 dan skor tertinggi adalah 16.

Jika dilihat dari segi normalitas data, variabel keahlian dokter terdistribusi secara tidak normal, terlihat dari nilai skewnessnya (1.378) dibagi dengan standar error (0,246) yang bernilai lebih besar dari 2. Oleh karena itu *cut off point* pengelompokan hasil penilaian pasien pada variabel keahlian dokter mengacu pada nilai median. Setelah dilakukan pengkategorian menjadi 2 kategori, yaitu

baik dan buruk, didapatkan hasil bahwa keahlian dokter yang dinilai baik sebesar 95,8% dan yang dinilai buruk sebesar 4,2%.

6.4.6 Keahlian Perawat

Variabel keahlian perawat diukur melalui 5 aspek penilaian, yaitu pemahaman perawat atas pekerjaan mereka, kemampuan merawat pasien dengan baik, kemampuan memberikan informasi kesehatan dengan bahasa yang mudah dimengerti, kemampuan menjawab pertanyaan tanpa berbelit-belit, serta aspek kesalahan tindakan keperawatan. Berikut adalah gambaran distribusi frekuensi jawaban responden terhadap aspek penilaian variabel keahlian perawat.

Tabel 6.13 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden terhadap Aspek Penilaian Variabel Keahlian Perawat di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012

No	Aspek Penilaian	STS		TS		S		SS		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.	Pemahaman perawat atas pekerjaan mereka	0	0	4	4.2	78	81.2	14	14.6	96	100
2.	Kemampuan merawat pasien dengan baik	0	0	2	2.1	77	80.2	17	17.7	96	100
3.	Kemampuan memberikan informasi kesehatan dengan bahasa yang mudah dimengerti	0	0	1	1.0	78	81.2	17	17.7	96	100
4.	Kemampuan menjawab pertanyaan tanpa berbelit-belit	1	1.0	2	2.1	79	82.3	14	14.6	96	100
5.	Kesalahan tindakan keperawatan	17	17.7	72	75.0	6	6.2	1	1.0	96	100

Keterangan:

STS : Sangat Tidak Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

SS : Sangat Setuju

Data di atas menunjukkan bahwa pada aspek pemahaman perawat atas pekerjaan mereka mayoritas responden memilih jawaban Setuju (S). Meskipun demikian masih terdapat terdapat 4,2% responden yang menjawab Tidak Setuju

Universitas Indonesia

(ST) pada aspek penilaian tersebut. Pada aspek kedua, aspek kemampuan merawat pasien dengan baik, terdapat 2,1% responden yang memberikan jawaban Tidak Setuju (TS). Pada aspek ketiga, aspek kemampuan memberikan informasi kesehatan dengan bahasa yang mudah dimengerti, hanya terdapat 1% responden yang menjawab Tidak Setuju (TS). Pada aspek keempat, aspek kemampuan menjawab pertanyaan tanpa berbelit-belit, terdapat 2,1% responden yang menjawab Tidak Setuju (TS) dan 1% responden yang menjawab Sangat Tidak Setuju (STS). Sementara pada aspek kelima, aspek kesalahan tindakan keperawatan, sebagian besar responden (75%) menjawab Tidak Setuju (TS) karena aspek penilaian tersebut bersifat negatif. Meskipun demikian ternyata terdapat 6,2% responden yang menjawab Setuju (S) dan 1% menjawab Sangat Setuju (SS) pada aspek yang bersifat negatif tersebut.

Masing-masing jawaban responden di atas kemudian diberi skor (nilai), yaitu skor 1 untuk jawaban Sangat Tidak Setuju (STS), 2 untuk jawaban Tidak Setuju (TS), 3 untuk jawaban Setuju (S), dan skor 4 untuk jawaban Sangat Setuju (SS). Sementara untuk aspek penilaian yang bersifat negatif pemberian skor dibalik nilainya. Setelah itu skor seluruh aspek penilaian dijumlahkan untuk mendapatkan data hasil pengolahan univariat. Dari perhitungan statistik, diperoleh data hasil analisis univariat untuk variabel keahlian perawat sebagai berikut:

Tabel 6.14 Mean, Median, Min-Max, Skewness, dan Standar Error Variabel Keahlian Perawat di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012

Variabel	Keahlian Perawat
Mean	15.62
Median	15.00
Min - Max	13 – 20
Skewness	1.696
Std. Error of Skewness	.246

Tabel di atas menunjukkan bahwa dari 5 aspek penilaian yang dilakukan, diperoleh rata-rata skor penilaian pasien pada variabel keahlian perawat 15,62, dengan nilai tengah 15,00. Rentang nilai yang sudah ditetapkan untuk variabel ini adalah 5 untuk skor paling rendah dan 20 untuk skor paling tinggi. Sementara

hasil pengolahan data menunjukkan bahwa skor terendah adalah 13 dan skor tertinggi adalah 20.

Variabel keahlian perawat terdistribusi secara tidak normal, terlihat dari nilai skewnessnya (1.696) dibagi dengan standar error (0,246) yang bernilai lebih besar dari 2. Selanjutnya dilakukan pengelompokan hasil penilaian pasien pada variabel keahlian perawat menjadi 2 kategori, yaitu baik dan buruk. Oleh karena variabel keahlian perawat terdistribusi secara tidak normal, maka pengelompokan tersebut mengacu pada nilai median. Hasilnya adalah keahlian perawat yang dinilai baik sebesar 89,6% dan yang dinilai buruk sebesar 10,4%.

6.5 Kualitas Lingkungan Fisik

Pengukuran variabel kualitas lingkungan fisik dilakukan berdasarkan hasil penilaian variabel kondisi ruangan dan desain ruangan Instalasi Rawat Inap. Dari hasil akumulasi penilaian variabel kondisi ruangan dan desain ruangan, didapatkan data hasil uji univariat untuk variabel kualitas interaksi sebagai berikut.

Tabel 6.15 Mean, Median, Min-Max, Skewness, dan Standar Error Variabel Kualitas Lingkungan Fisik di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012

Variabel	Kualitas Lingkungan Fisik
Mean	30,46
Median	30,0
Min – Max	22 – 40
Skewness	1,151
Std. Error of Skewness	,246

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai rata-rata untuk variabel kualitas lingkungan fisik adalah 30,46 dan dengan nilai median 30. Rentang nilai yang sudah ditetapkan untuk variabel ini adalah 10 untuk skor paling rendah dan 40 untuk skor paling tinggi. Sementara hasil pengolahan data menunjukkan bahwa skor responden terendah adalah 22 dan skor tertinggi 40.

Dari segi normalitas data, variabel kualitas lingkungan fisik terdistribusi secara tidak normal karena hasil pembagian nilai skewness (1,151) dengan standar error (0,246) bernilai lebih besar dari 2. Hal tersebut menyebabkan penggunaan

nilai median sebagai nilai *cut off point* dalam proses pengkategorian variabel kualitas lingkungan fisik ke dalam bentuk yang lebih sederhana, yaitu kategori baik dan buruk. Hasilnya adalah sebanyak 63,5% responden mempersepsikan kualitas lingkungan fisik Instalasi Rawat Inap ke dalam kategori baik. Sementara 36,5% lainnya mempersepsikan kualitas lingkungan fisik ke dalam kategori buruk.

6.5.1 Kondisi Ruangan

Variabel kondisi ruangan diukur melalui 6 aspek penilaian, yaitu kebersihan toilet, perawatan kondisi fisik ruangan, kebersihan ruangan, kondisi sarana prasarana, ketidaktenangan suasana ruangan, serta kenyamanan ruangan. Berikut adalah gambaran distribusi frekuensi jawaban responden terhadap aspek penilaian variabel kondisi ruangan.

Tabel 6.16 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden terhadap Aspek Penilaian Variabel Kondisi Ruangan di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012

No	Aspek Penilaian	STS		TS		S		SS		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.	Kebersihan toilet	1	1.0	12	12.5	69	71.9	14	14.6	96	100
2.	Perawatan kondisi fisik ruangan	0	0	8	8.3	75	78.1	13	13.5	96	100
3.	Kebersihan ruangan	0	0	3	3.1	75	78.1	18	18.8	96	100
4.	Kondisi sarana prasarana	0	0	7	7.3	76	79.2	13	13.5	96	100
5.	Ketidaktenangan suasana ruangan	11	11.5	57	59.4	24	25	4	4.2	96	100
6.	Kenyamanan ruangan	0	0	10	10.4	72	75.0	14	14.6	96	100

Keterangan:

STS : Sangat Tidak Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

SS : Sangat Setuju

Data distribusi frekuensi di atas menunjukkan bahwa pada aspek penilaian yang pertama (aspek kebersihan toilet), sebanyak 86,5% responden memberikan penilaian secara positif, sementara 13,5% lainnya memberikan penilaian secara negatif. Pada aspek kedua (aspek perawatan kondisi ruangan), sebanyak 91,7%

Universitas Indonesia

responden memberikan penilaian positif, sementara 8,3% lainnya memberikan penilaian negatif. Pada aspek ketiga (aspek kebersihan ruangan), mayoritas responden memberikan penilaian positif, sementara hanya 3,1% responden yang memberikan penilaian negatif. Sama halnya dengan aspek penilaian sebelumnya, pada aspek keempat (kondisi sarana prasarana) dan aspek keenam (kenyamanan ruangan), mayoritas responden memberikan penilaian positif. Meskipun demikian terdapat 7,3% responden yang memberikan penilaian negatif pada aspek kondisi sarana prasarana dan 10,4% responden yang juga memberikan penilaian negatif pada aspek kenyamanan ruangan. Sementara untuk aspek penilaian kelima (ketidaktenangan suasana ruangan), sebagian besar responden (59,4%) menjawab Tidak Setuju (TS). Banyaknya jawaban tidak setuju tersebut terjadi karena aspek penilaian kelima bersifat negatif. Meskipun bersifat negatif, ternyata terdapat 25% responden yang menjawab Setuju (S) dan 4,2% menjawab Sangat Setuju (SS).

Setelah distribusi frekuensi untuk masing-masing aspek penilaian diketahui, langkah selanjutnya adalah memberikan skor untuk masing-masing aspek penilaian, yaitu untuk jawaban Sangat Tidak Setuju (STS) nilainya 1, Tidak Setuju (TS) nilainya 2, Setuju (S) nilainya 3, dan Sangat Setuju (SS) nilainya 4. Sementara untuk aspek penilaian yang bersifat negatif pemberian skor dibalik nilainya. Kemudian skor aspek-aspek penilaian tersebut secara keseluruhan dijumlahkan. Dari perhitungan statistik, diperoleh data hasil analisis univariat untuk variabel kondisi ruangan sebagai berikut:

Tabel 6.17 Mean, Median, Min-Max, Skewness, dan Standar Error Variabel Kondisi Ruangan di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012

Variabel	Kondisi Ruangan
Mean	18.09
Median	18.00
Min - Max	12 – 24
Skewness	.518
Std. Error of Skewness	.246

Tabel di atas menunjukkan bahwa dari 6 aspek penilaian yang diajukan, didapatkan rata-rata skor penilaian pasien pada variabel kondisi ruangan 18,09 dengan nilai tengah 18,00. Rentang nilai yang sudah ditetapkan untuk variabel ini

adalah 6 untuk skor paling rendah dan 24 untuk skor paling tinggi. Sementara hasil pengolahan data menunjukkan bahwa skor responden terendah adalah 12 dan skor tertinggi adalah 24.

Variabel kondisi ruangan terdistribusi secara tidak normal, terlihat dari nilai skewnessnya (0,518) dibagi dengan standar error (0,246) yang bernilai lebih besar dari 2. Selanjutnya dilakukan pengelompokan hasil penilaian pasien pada variabel kondisi ruangan menjadi 2 kategori, yaitu baik dan buruk. Oleh karena variabel kondisi ruangan terdistribusi secara tidak normal, maka pengelompokan tersebut mengacu pada nilai median. Hasilnya adalah kondisi ruangan yang dinilai baik sebesar 66,7% dan yang dinilai buruk sebesar 33,3%.

6.5.2 Desain Ruangan

Variabel desain ruangan diukur melalui 4 aspek penilaian, yaitu tata letak Ruang Rawat Inap, letak Pos Perawat, pemilihan warna dan mebel, serta kesesuaian penempatan peralatan kesehatan yang ada di Ruang Rawat Inap tersebut. Berikut adalah gambaran distribusi frekuensi jawaban responden terhadap aspek-aspek penilaian variabel desain ruangan.

Tabel 6.18 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden terhadap Aspek Penilaian Variabel Desain Ruangan di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012

No	Aspek Penilaian	STS		TS		S		SS		Total	
		n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
1.	Tata letak ruang Rawat Inap	0	0	6	6.2	78	81.2	12	12.5	96	100
2.	Letak Pos Perawat	0	0	3	3.1	78	81.2	15	15.6	96	100
3.	Pemilihan warna dan mebel	1	1.0	4	4.2	82	85.4	9	9.4	96	100
4.	Kesesuaian penempatan peralatan kesehatan	0	0	2	2.1	78	81.2	16	16.7	96	100

Keterangan:

STS : Sangat Tidak Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

SS : Sangat Setuju

Tabel di atas menunjukkan bahwa mayoritas responden memilih jawaban Setuju (S) pada masing-masing aspek penilaian variabel desain ruangan.

Meskipun demikian pada aspek tata letak Ruang Rawat Inap terdapat 6,2% responden yang menjawab Tidak Setuju (TS). Pada aspek letak Pos Perawat, terdapat 3,1% responden yang menjawab Tidak Setuju (TS) dan pada aspek kesesuaian penempatan peralatan kesehatan terdapat 2,1% responden yang menjawab Tidak Setuju (TS). Sementara pada aspek pemilihan warna dan mebel, terdapat 4,2% responden yang menjawab Tidak Setuju (TS) dan 1% responden yang menjawab Sangat Tidak Setuju (STS).

Masing-masing aspek penilaian tersebut kemudian diberi skor (nilai), yaitu untuk jawaban Sangat Tidak Setuju (STS) nilainya 1, Tidak Setuju (TS) nilainya 2, Setuju (S) nilainya 3, dan Sangat Setuju (SS) nilainya 4. Kemudian skor aspek-aspek penilaian tersebut secara keseluruhan dijumlahkan. Dari perhitungan statistik, diperoleh data hasil analisis univariat untuk variabel desain ruangan sebagai berikut:

Tabel 6.19 Mean, Median, Min-Max, Skewness, dan Standar Error Variabel Desain Ruangan di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012

Variabel	Desain Ruangan
Mean	12.36
Median	12.00
Min - Max	9 – 16
Skewness	1.557
Std. Error of Skewness	.246

Tabel di atas menunjukkan bahwa dari 4 aspek penilaian, diperoleh rata-rata skor penilaian pasien pada variabel desain ruangan 12,36 dengan nilai tengah 12,00. Rentang nilai yang sudah ditetapkan untuk variabel ini adalah 4 untuk skor paling rendah dan 16 untuk skor paling tinggi. Sementara hasil pengolahan data menunjukkan bahwa skor responden terendah adalah 9 dan skor tertinggi adalah 16.

Variabel desain ruangan terdistribusi secara tidak normal, terlihat dari nilai skewnessnya (1,557) dibagi dengan standar error (0,246) yang bernilai lebih besar dari 2. Selanjutnya dilakukan pengelompokan hasil penilaian pasien pada variabel desain ruangan menjadi 2 kategori, yaitu baik dan buruk. Oleh karena variabel desain ruangan terdistribusi secara tidak normal, maka pengelompokan tersebut

mengacu pada nilai median. Hasilnya adalah desain ruangan yang dinilai baik sebesar 90,6% dan yang dinilai buruk sebesar 9,4%.

6.6 Kualitas Hasil

Variabel kualitas hasil diukur berdasarkan hasil penilaian variabel kesan pasien terkait pelayanan yang mereka terima selama dirawat di Instalasi Rawat Inap. Secara statistik, hasil uji univariat untuk variabel kualitas hasil disajikan sebagai berikut.

Tabel 6.20 Mean, Median, Min-Max, Skewness, dan Standar Error Variabel Kualitas Hasil di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012

Variabel	Kualitas Hasil
Mean	15.66
Median	15.00
Min – Max	12 – 20
Skewness	1.359
Std. Error of Skewness	.246

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai rata-rata untuk variabel kualitas lingkungan fisik adalah 15,66 dan dengan nilai median 15. Rentang nilai yang sudah ditetapkan untuk variabel ini adalah 5 untuk skor paling rendah dan 20 untuk skor paling tinggi. Sementara hasil pengolahan data menunjukkan bahwa skor responden terendah adalah 12 dan skor tertinggi 20.

Dari segi normalitas data, variabel kualitas lingkungan fisik terdistribusi secara tidak normal karena hasil pembagian nilai skewness (1,359) dengan standar error (0,246) bernilai lebih besar dari 2. Hal tersebut menyebabkan penggunaan nilai median sebagai nilai *cut off point* dalam proses pengkategorian variabel kualitas lingkungan fisik ke dalam bentuk yang lebih sederhana, yaitu kategori baik dan buruk. Hasilnya adalah sebanyak 89,6% responden mempersepsikan kualitas lingkungan fisik Instalasi Rawat Inap ke dalam kategori baik. Sementara 10,4% lainnya mempersepsikan kualitas lingkungan fisik ke dalam kategori buruk.

6.6.1 Kesan

Variabel kesan diukur melalui 5 aspek penilaian, yaitu kesan atas pengalaman rawat yang baik, kesan atas petugas yang berusaha memberikan pelayanan yang terbaik, kesan atas kesesuaian pelayanan yang didapat dan yang dibutuhkan, kesan atas kondisi kesehatan yang membaik, serta kesan atas rasa aman selama mendapatkan perawatan. Berikut adalah gambaran distribusi frekuensi jawaban responden terhadap masing-masing aspek penilaian variabel kesan.

Tabel 6.21 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden terhadap Aspek Penilaian Variabel Kesan di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012

No	Aspek Penilaian	STS		TS		S		SS		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.	Kesan atas pengalaman rawat yang baik	0	0	5	5.2	75	78.1	16	16.7	96	100
2.	Kesan atas petugas yang berusaha memberikan pelayanan yang terbaik	0	0	0	0	79	82.3	17	17.7	96	100
3.	Kesan atas kesesuaian pelayanan yang didapat dan yang dibutuhkan	0	0	7	7.3	75	78.1	14	14.6	96	100
4.	Kesan atas kondisi kesehatan yang membaik	0	0	3	3.1	78	81.2	15	15.6	96	100
5.	Kesan atas rasa aman selama mendapatkan perawatan	0	0	1	1	78	81.2	17	17.7	96	100

Keterangan:

STS : Sangat Tidak Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

SS : Sangat Setuju

Distribusi frekuensi tersebut menunjukkan bahwa mayoritas responden memilih jawaban Setuju (S) pada masing-masing aspek penilaian variabel kesan di atas. Meskipun demikian, pada aspek kesan atas pengalaman yang baik masih terdapat 5,2% responden yang menyatakan Tidak Setuju (TS). Pada aspek kesan atas kesesuaian pelayanan yang didapat dan yang dibutuhkan juga memiliki responden yang menjawab Tidak Setuju (TS), yaitu sebanyak 7,3%, yang merupakan persentase penilaian negatif tertinggi di antara aspek-aspek penilaian

Universitas Indonesia

variabel kesan lainnya. Sementara responden dengan jawaban Tidak Setuju (TS) pada aspek kesan atas kondisi kesehatan yang membaik sebanyak 3,1% dan pada aspek kesan atas rasa aman selama mendapatkan perawatan sebanyak 1%.

Setelah itu dilakukan pemberian skor (nilai) pada masing-masing aspek penilaian, yaitu untuk jawaban Sangat Tidak Setuju (STS) nilainya 1, Tidak Setuju (TS) nilainya 2, Setuju (S) nilainya 3, dan Sangat Setuju (SS) nilainya 4. Kemudian skor setiap aspek penilaian dijumlahkan secara keseluruhan. Dari perhitungan statistik, diperoleh data hasil analisis univariat untuk variabel kesan sebagai berikut:

Tabel 6.22 Mean, Median, Min-Max, Skewness, dan Standar Error Variabel Kesan di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012

Variabel	Kesan
Mean	15.66
Median	15.00
Min - Max	12 – 20
Skewness	1.359
Std. Error of Skewness	.246

Dari 5 aspek penilaian yang diajukan, didapatkan rata-rata skor penilaian pasien pada variabel kesan sebesar 15,66 dengan nilai tengah 15,00. Rentang nilai yang sudah ditetapkan untuk variabel ini adalah 5 untuk skor paling rendah dan 20 untuk skor paling tinggi. Sementara hasil pengolahan data menunjukkan bahwa skor responden terendah adalah 12 dan skor tertinggi adalah 20.

Variabel kesan terdistribusi secara tidak normal, terlihat dari nilai skewnessnya (1,359) dibagi dengan standar error (0,246) yang bernilai lebih besar dari 2, sehingga *cut off point* yang digunakan dalam pengelompokan hasil penilaian variabel menjadi kategori baik dan buruk mengacu pada nilai median. Hasilnya adalah kesan yang dinilai baik sebesar 89,6% dan yang dinilai buruk sebesar 10,4%.

6.7 Persepsi Kualitas Jasa Keseluruhan

Variabel persepsi kualitas jasa keseluruhan diukur melalui hasil pengukuran kualitas interaksi, kualitas lingkungan fisik, serta kualitas hasil yang dipersepsikan

pasien atau keluarga pasien yang telah terlihat pada penyajian hasil di atas. Dari perhitungan statistik, diperoleh data hasil analisis univariat untuk variabel persepsi kualitas jasa keseluruhan sebagai berikut:

Tabel 6.23 Mean, Median, Min-Max, Skewness, dan Standar Error Variabel Persepsi Kualitas Jasa Keseluruhan di RS Bhayangkara Tk.I

Raden Said Sukanto Tahun 2012

Variabel	Persepsi Kualitas Jasa Keseluruhan
Mean	130.73
Median	126.00
Min - Max	110 - 165
Skewness	1.452
Std. Error of Skewness	.246

Tabel di atas menunjukkan bahwa rata-rata skor penilaian pasien pada variabel persepsi kualitas jasa keseluruhan 130,73 dengan nilai tengah 126. Rentang nilai yang sudah ditetapkan untuk variabel ini adalah 42 untuk skor paling rendah dan 168 untuk skor paling tinggi. Sementara hasil pengolahan data menunjukkan bahwa skor responden terendah adalah 110 dan skor tertinggi adalah 165.

Variabel persepsi kualitas jasa keseluruhan terdistribusi secara tidak normal, yang terlihat dari hasil pembagian dari nilai skewnessnya (1,452) dengan standar error (0,246) yang bernilai lebih besar dari 2. Selanjutnya dilakukan pengelompokan hasil penilaian pasien pada variabel persepsi kualitas jasa keseluruhan menjadi 2 kategori, yaitu baik dan buruk. Oleh karena variabel persepsi kualitas jasa keseluruhan terdistribusi secara tidak normal, maka pengelompokan tersebut mengacu pada nilai median. Hasilnya adalah persepsi kualitas jasa keseluruhan yang dinilai baik sebesar 69,8% dan yang dinilai buruk sebesar 30,2%.

Berdasarkan data-data di atas, berikut adalah rekapitulasi hasil penelitian terhadap variabel-variabel kualitas jasa.

Tabel 6.24 Rekapitulasi Pengelompokan Hasil Penelitian terhadap Variabel Kualitas Jasa di RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2012

Kelompok	Variabel	Persentase Pengelompokan	
		Baik (%)	Buruk (%)
Kualitas Interaksi Baik = 83.3 Buruk = 16.7	Sikap Dokter	95.8	4.2
	Sikap Perawat	94.8	5.2
	Perilaku Dokter	88.5	11.5
	Perilaku Perawat	88.5	11.5
	Keahlian Dokter	95.8	4.2
	Keahlian Perawat	89.6	10.4
Kualitas Lingkungan Fisik Baik = 63.5 Buruk = 36.5	Kondisi Ruangan	66.7	33.3
	Desain Ruangan	90.6	9.4
Kualitas Hasil Baik = 89.6 Buruk = 10.4	Kesan	89.6	10.4
Persepsi Kualitas Jasa Keseluruhan		69.8	30.2

Berdasarkan data rekapitulasi di atas dapat diketahui bahwa pada komponen kualitas interaksi, hasil penilaian pasien terhadap sikap, perilaku, dan keahlian dokter serta perawat menunjukkan hasil yang baik. Hasil penilaian yang terbaik jatuh pada variabel sikap dokter dan keahlian dokter, yaitu masing-masing sebesar 95,8%. Pada komponen kualitas lingkungan fisik, terlihat bahwa variabel desain ruangan dinilai dengan baik, sementara untuk variabel kondisi ruangan perlu mendapatkan perhatian lebih lanjut, dimana hanya sebanyak 66,7% responden memberikan penilaian yang baik. Sementara 33,3% lainnya memberikan penilaian yang buruk. Pada komponen kualitas hasil, variabel kesan juga mendapatkan penilaian yang baik dari responden, yaitu sebanyak 89,6%.

Dari hasil pengelompokan data berdasarkan jenis kualitas, didapatkan hasil bahwa kualitas interaksi sebanyak 83,3% dikategorikan baik. Sementara untuk kualitas lingkungan fisik sebesar 63,5% dan kualitas hasil sebesar 89,6% dikategorikan baik. Pada akhirnya didapatkan data bahwa persepsi kualitas jasa keseluruhan yang terkategori baik sebanyak 69,8%. Sementara sebanyak 30,2% lainnya terkategori buruk.

BAB 7

PEMBAHASAN

7.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan penelitian, diantaranya adalah:

1). Responden

Keterbatasan penelitian yang peneliti temui pada responden adalah faktor kesediaan responden dalam mengisi instrumen penelitian. Sebagaimana diketahui, responden penelitian adalah pasien atau keluarga pasien yang dirawat di Ruang Rawat Inap B dan C dengan kriteria inklusi yang telah ditentukan sebelumnya, dimana responden tipe tersebut memiliki kecenderungan untuk sulit dimintai kesediaan untuk mengisi instrumen karena kondisi kesehatan yang belum stabil.

Saat pengumpulan data, peneliti menemui adanya keengganan pada keluarga pasien untuk memberikan pendapat karena sedang dalam kondisi prihatin atas kondisi pasien atau sedang sibuk mengurus pasien, sehingga kurang dapat menggali informasi lebih dalam. Peneliti juga menemui adanya responden yang tetap khawatir atas kerahasiaan jawaban responden walaupun peneliti telah meyakinkan mengenai kerahasiaan data responden. Hal itu juga dipengaruhi dengan adanya perawat di sekitar responden pada saat responden mengisi kuesioner dan diwawancarai, sehingga dikhawatirkan adanya jawaban yang tidak jujur dari responden.

Kondisi-kondisi tersebut dapat memberikan peluang terjadinya bias pada hasil penelitian ini. Untuk mengatasi hal tersebut, pada saat pengambilan data dilakukan, peneliti mengkondisikan suasana pengambilan data yang nyaman mungkin bagi responden, salah satunya adalah dengan menawarkan diri untuk membacakan pernyataan-pernyataan yang ada dalam kuesioner, sehingga pasien atau keluarga pasien tidak kerepotan dalam mengisi kuesioner.

Sementara itu tidak dipilihnya lingkup penelitian berdasarkan kelas perawatan juga memberikan potensi adanya bias pada hasil. Hal tersebut terjadi karena terdapat kemungkinan adanya kesenjangan atau perbedaan pelayanan antar kelas perawatan dan adanya perbedaan karakteristik responden. Hal tersebut sejalan

dengan salah satu sifat jasa yang dikemukakan oleh Zeithaml, Parasuraman, dan Berry (1990), dimana jasa seringkali sulit untuk dibakukan dalam konteks untuk menjamin keseragaman kualitas jasa tersebut. Apalagi jasa yang ditawarkan di lingkungan rumah sakit melibatkan tenaga kerja yang beragam (tenaga medis, paramedis dan non medis), sehingga performa jasa yang diberikan seringkali bervariasi dari tenaga kerja yang satu dengan tenaga kerja yang lain, dari hari ke hari, serta dari pasien yang satu dengan pasien yang lain (Zeithaml, Parasuraman, dan Berry, 1990).

2). Instrumen

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner yang bersifat tertutup yang terdiri dari beberapa aspek penilaian yang disajikan dalam bentuk pernyataan-pernyataan untuk mengukur variabel penelitian. Sebagian besar pernyataan pada kuesioner dibuat sendiri oleh peneliti dan beberapa pernyataan lainnya merupakan hasil adopsi dari kuesioner penelitian pendahulu. Oleh karenanya peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas kuesioner. Hasil uji validitas dan reliabilitas atas 47 pernyataan kuesioner yang dilakukan terhadap 26 responden menunjukkan bahwa terdapat 4 pernyataan yang tidak valid. Atas beberapa pertimbangan, 2 pernyataan dikeluarkan dari kuesioner, sementara 2 lainnya dimodifikasi. Berdasarkan teori, pernyataan yang dimodifikasi seharusnya dilakukan uji validitas dan reliabilitas ulang. Namun karena adanya keterbatasan rentang waktu penelitian yang disediakan oleh pihak rumah sakit, maka peneliti tidak melakukan uji validitas dan reliabilitas ulang. Hal tersebut juga dapat memberikan peluang bias pada hasil penelitian yang didapat. Meskipun demikian, pada saat dilakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap 96 responden, terbukti bahwa semua pernyataan dalam kuesioner valid dan reliabel.

Variabel kualitas hasil diukur dengan mengacu pada penilaian aspek-aspek sub variabel kesan. Berdasarkan teori Brady dan Cronin (2001), pengukuran variabel kualitas hasil terdiferensiasi dari pengukuran variabel kualitas interaksi dan variabel kualitas lingkungan fisik. Fokus pengukuran antar masing-masing variabel pun juga berbeda, dimana kualitas interaksi berfokus pada persepsi pasien mengenai dokter dan perawat, kualitas lingkungan fisik berfokus pada persepsi

pasien pada lingkungan fisik ruang rawat inap, sementara kualitas hasil berfokus pada kesan yang ditimbulkan selama pasien mendapatkan pelayanan. Namun dalam praktiknya, hasil pengukuran persepsi pasien terhadap variabel kualitas hasil memiliki kemungkinan terjadi pengulangan data (*redundant*) karena kesan pasien pada pelayanan baik secara langsung maupun tidak langsung berkaitan dengan interaksi pasien dengan tenaga kesehatan serta lingkungan perawatan.

3). Generalisasi Hasil

Hasil studi kualitas jasa Instalasi Rawat Inap B dan C di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto hanya berlaku di lingkungan Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto itu sendiri dan tidak dapat digeneralisasikan untuk Rumah Sakit Bhayangkara tingkat daerah. Hal tersebut disebabkan oleh adanya perbedaan kondisi dan karakteristik dari masing-masing rumah sakit.

7.2 Gambaran Kualitas Interaksi

Kualitas jasa pada dasarnya memang sulit untuk dievaluasi jika dibandingkan dengan kualitas barang. Hal tersebut terjadi karena kualitas jasa sebagian besar dihasilkan atau diproduksi bersamaan dengan penyerahan jasa tersebut, dimana di dalamnya terdapat suatu interaksi antara pelanggan dan penyedia jasa.

Dalam penelitian ini, kualitas interaksi diukur berdasarkan hasil penilaian variabel sikap dokter, sikap perawat, perilaku dokter, perilaku perawat, keahlian dokter, dan keahlian perawat. Hasil pengolahan data menunjukkan bahwa sebagian besar responden memberikan penilaian yang positif pada variabel kualitas interaksi (83,3%). Hal tersebut memiliki arti bahwa responden memiliki kecenderungan mempersepsikan kualitas interaksi yang terselenggara di Instalasi Rawat Inap ke dalam kategori baik.

Menurut Kallenbach (2008), interaksi merupakan jantung dari pengalaman seorang pelanggan. Jika interaksi yang berlangsung berjalan dengan baik, hal tersebut tidak hanya akan membuat pelanggan puas, melainkan juga senang. Sebaliknya, jika interaksi berlangsung secara buruk, hal tersebut akan berujung pada frustrasi.

Secara statistik, kualitas interaksi yang terkategori buruk mencapai 16,7%. Hal tersebut tentunya berkaitan dengan adanya hasil penilaian yang negatif pada masing-masing variabel yang digunakan untuk mengukur kualitas interaksi, yaitu sikap dokter, sikap perawat, perilaku dokter, perilaku perawat, keahlian dokter, dan keahlian perawat.

7.2.1 Sikap Dokter

Secara umum, responden menilai bahwa sikap dokter yang menangani pasien selama dirawat di Instalasi Rawat Inap tergolong berkualitas baik. Hal tersebut ditunjukkan dengan hasil penelitian, dimana sebanyak 95,8% responden memberikan penilaian yang positif mengenai sikap dokter. Dalam hal ini, aspek penilaian variabel sikap dokter mencakup kepedulian dokter pada pasiennya, pemahaman dokter akan kebutuhan pasiennya, serta sikap kesal dokter dalam menjawab pertanyaan pasien atau keluarga pasien.

Secara umum sikap dokter memang dinilai baik. Namun dalam penelitian ini terdapat keterbatasan dimana tidak dilakukannya pembedaan penilaian antara dokter umum dan dokter spesialis dalam instrumen yang digunakan. Hal tersebut dikarenakan komponen penilaian pelayanan yang diambil didasarkan pada aspek umum, yaitu dokter, bukan dokter umum dan dokter spesialis. Meskipun demikian, berdasarkan observasi yang dilakukan peneliti, sikap dokter umum maupun spesialis yang peneliti amati pada saat *visite* memang cukup baik.

Jika kembali ditinjau berdasarkan masing-masing aspek penilaian variabel sikap dokter, masih terdapat responden yang menyatakan bahwa dokter yang merawat pasien tidak mengerti kebutuhan pasien dan terkadang merasa kesal menjawab pertanyaan-pertanyaan pasien maupun keluarga pasien. Hal tersebut bisa saja terjadi dalam kondisi dimana komunikasi antara pihak pasien dan dokter kurang, sehingga antara keduanya terjadi kekurangpahaman tentang apa yang sebenarnya dibutuhkan pasien. Apalagi jika dokter yang merawat sedang dalam kondisi lelah, sehingga dalam berinteraksi dengan orang lain menjadi lebih sensitif. Padahal sebagai seorang profesional, seharusnya dokter dapat menahan diri dan dapat membedakan antara kewajiban yang harus ia lakukan dan masalah pribadi yang ia rasakan. Terlebih dengan sifat pasien masa kini yang makin kritis

dan ingin tahu tentang pelayanan yang ingin ia terima. Di sisi lain, penerimaan sikap dokter antara pasien yang satu dengan yang lainnya juga berbeda-beda. Bagi kalangan dengan latar belakang tertentu, mungkin akan menganggap sikap dokter tersebut biasa saja, bahkan tidak ada masalah. Namun bagi kalangan yang lain, mungkin akan menilai secara berbeda.

Mengacu pada Pasal 10 Kode Etik Kedokteran Indonesia (2004) tentang kewajiban dokter terhadap pasien, seorang dokter sebenarnya diwajibkan untuk bersikap tulus dan ikhlas dalam menolong pasien. Sikap tersebut akan memberikan ketenangan dan kejernihan dalam berfikir dan teliti dalam bertindak. Sikap tulus dan ikhlas tersebut juga dapat berpengaruh dalam proses menenangkan pasien yang bersangkutan. Sementara sikap tulus ikhlas yang disertai dengan keramahtamahan dalam menyambut pasien akan memberikan kesan yang baik pada pasien, sehingga pasien cenderung akan bersedia menjawab secara terbuka mengenai hal-hal yang perlu diketahui oleh dokter dalam menunjang proses penegakan diagnosa dan terapi yang tepat.

Pada pasal tersebut juga diterangkan bahwa sikap ikhlas yang dilandasi oleh sikap profesional akan menegakkan wibawa dokter dalam menghadapi pasien. Hal tersebut akan membuat pasien bersikap kooperatif terhadap tindakan pemeriksaan maupun pengobatan yang diberikan oleh dokter. Dengan terbentuknya situasi kondusif tersebut, maka komunikasi antara dokter dan pasien dapat berjalan dengan lancar.

Oleh karenanya, sebagai salah satu komponen utama pemberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat, dokter diharapkan dapat memberikan contoh yang baik kepada tenaga kesehatan lainnya, terlebih dalam hal bersikap kepada pasien. Dokter harus mampu memberikan pelayanan dengan baik, salah satunya dengan bersikap ramah, lembut, sabar, dan sopan karena hal tersebut akan sangat berpengaruh pada proses komunikasi yang dilakukan dokter pada pasien. Sikap angkuh dan sombong akan menyebabkan pendengar (yang dalam konteks ini adalah pasien) enggan dan menolak uraian dari komunikator (yang dalam konteks ini adalah dokter) (Kariyoso, 1994 dalam Mulyani, 2008).

Meskipun demikian, kadangkala masalah juga ditimbulkan dari pihak pasien, terutama bagi pasien-pasien yang memiliki banyak keinginan. Misalnya adalah

pasien yang menginginkan segera bertemu dokter walaupun sebenarnya keluhan yang ia rasakan tidak begitu besar (tidak dalam kondisi yang secara medis sangat membutuhkan pertolongan dokter). Pasien-pasien tersebut dirasa cukup menyulitkan, apalagi jika mereka ingin bertemu dokter pada malam hari. Padahal pada malam hari hanya terdapat seorang dokter jaga yang secara operasional berjaga di ICU (*Intensive Care Unit*). Jika pada saat bersamaan pasien rawat inap meminta dokter segera datang untuk memeriksanya, sementara dokter tersebut sedang sibuk menangani pasien di ICU, maka kondisi tersebut menjadi cukup menyulitkan. Oleh karenanya, khusus untuk shift malam, koordinasi antara dokter dan perawat harus tetap terjaga demi tercapainya pelayanan yang maksimal bagi seluruh pasien. Permasalahan yang sekiranya dapat ditangani oleh perawat tidak perlu ditangani oleh dokter tanpa mengurangi arti adanya pertanggungjawaban moral secara medis (Sulastomo, 2000). Dalam kondisi tersebut, yang dibutuhkan adalah pemberian penjelasan kepada pasien yang bersangkutan serta upaya menenangkan pasien.

7.2.2 Sikap Perawat

Pengukuran kualitas sikap perawat menunjukkan bahwa sebesar 94,8% sikap perawat dinilai berkualitas baik. Penilaian terhadap sikap perawat tersebut mencakup aspek perhatian perawat pada kondisi kesehatan pasien, keramahan, kesopanan, kesegeraan dalam memberikan bantuan, kesabaran dalam menjawab pertanyaan, dan pemahaman akan kebutuhan pasien.

Jika dilihat lebih lanjut, aspek kesopanan, kesegeraan memberikan bantuan, dan pemahaman akan kebutuhan memiliki skor tertinggi atas jawaban setuju (82,3%), yang artinya nilai kesopanan dan responsif telah dijunjung tinggi dalam setiap aspek asuhan keperawatan. Meskipun demikian, jawaban tidak setuju pada masing-masing aspek penilaian terhitung dalam rentang 1 hingga 5,2%, dengan skor tertinggi atas jawaban tidak setuju jatuh pada aspek kesabaran menjawab pertanyaan.

Berdasarkan observasi dan wawancara tidak terstruktur yang dilakukan, responden menyatakan bahwa terkadang pada saat responden menanyakan suatu hal kepada perawat, perawat terkesan kurang tanggap, misalnya dengan menunda-

nunda memberikan jawaban. Hal tersebut rentan terjadi, terutama dalam kondisi pasien yang banyak, sehingga perawat memiliki keterbatasan kapasitas, yang dapat berakibat pada beban kerja yang tinggi. Ilyas (2000) dalam Pahlevi (2009) menyatakan bahwa kualitas pelayanan tidak hanya tergantung pada kemampuan sumber daya manusia yang ada (dalam konteks ini adalah perawat), melainkan juga bergantung pada beban kerja yang harus ditanggung oleh sumber daya manusia tersebut. Menurut Ilyas, beban kerja yang tinggi akan memungkinkan sumber daya manusia tersebut letih, baik secara fisik maupun mental (Pahlevi, 2009). Hal tersebut dapat menyebabkan perawat tidak sempat melayani pertanyaan pasien satu per satu.

Kondisi di atas dapat makin memburuk dengan munculnya ketidaksabaran dan kurang ramahnya sikap perawat. Dikhawatirkan, lama kelamaan pasien atau keluarga pasien akan mempersepsikan kualitas yang buruk. Penilaian kualitas, seperti yang kita tahu, cenderung bersikap subjektif (Gronroos, 1990), sehingga dengan sedikit ketidaknyamanan pada pelayanan yang diterima pelanggan, maka dapat memunculkan persepsi yang tidak baik.

Kejadian lain juga ditemukan pada saat observasi, dimana perawat dirasa kurang peka pada kebutuhan pasien. Memang tidak dipungkiri bahwa perawat yang menangani pasien tidak hanya satu perawat, melainkan beberapa orang perawat, karena model asuhan keperawatan yang diberlakukan di Instalasi Rawat Inap adalah metode tim. Antara perawat yang satu dengan yang lain tentunya memiliki sifat dasar yang berbeda-beda pula. Ada perawat yang sangat perhatian dan mudah bergaul dengan pasien baru, ada perawat yang bersikap ala kadarnya sesuai dengan batas norma yang berlaku, bahkan tak jarang pula yang memiliki sifat yang keras dan cenderung kurang peduli dengan kondisi pasien. Hal tersebutlah yang menyebabkan adanya kejadian ‘memilih-milih’ perawat yang disukai di ruang rawat inap.

Penelitian yang dilakukan oleh Mulyani (2008) yang berjudul *Analisis Pengaruh Faktor-faktor Kecerdasan Emosi terhadap Komunikasi Interpersonal Perawat dengan Pasien di Unit Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang Tahun 2008*, menunjukkan bahwa terdapat gejala-gejala kurangnya komunikasi interpersonal perawat terhadap pasien. Dalam penelitian tersebut,

beberapa gejala yang ditunjukkan di lapangan adalah adanya perawat yang kurang komunikatif dan perawat yang kurang perhatian dengan pasien. Meskipun karakteristik antara RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang dan RS Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto berbeda, permasalahan mendasar yang muncul di lingkungan Instalasi Rawat Inap antara kedua rumah sakit tersebut sama, yaitu adanya keluhan perawat yang kurang komunikatif dan kurang perhatian terhadap pasien.

Menurut Goleman (1997) yang dikutip dalam Mulyani (2008), seseorang yang memiliki kecerdasan emosi akan mampu mengenali dan mengendalikan emosi, memotivasi diri, membangun rasa empati serta hubungan sosial, sehingga ia mampu untuk melakukan komunikasi dengan orang lain. Oleh karena itu, kunci atas permasalahan tersebut adalah komunikasi interpersonal yang baik antara perawat dengan pasien atau keluarga pasien. Perawat diharapkan dapat membaur dan memahami pasien, sehingga akan muncul adanya kesepahaman dan pengertian di antara keduanya. Hal tersebut juga sesuai dengan pendapat Tjiptono, dimana pihak penyedia jasa (rumah sakit) diharapkan dapat memberikan pelatihan agar tenaga kerjanya dapat berinteraksi dengan pasien secara efektif, termasuk bagaimana mendengarkan pelanggan, bersikap empati, serta berperilaku sopan (Tjiptono, 2009).

Untuk meningkatkan kemampuan komunikasi interpersonal, tentunya pihak rumah sakit harus memfasilitasi hal tersebut dengan mengadakan pelatihan. Dengan adanya pelatihan komunikasi interpersonal, diharapkan masing-masing perawat pelaksana memiliki kemampuan yang cukup untuk menerapkan komunikasi interpersonal yang baik, sehingga dengan sendirinya akan terbentuk komunikasi yang efektif antara perawat dan pasien. Komunikasi yang efektif pada dasarnya akan mempermudah tugas perawat, dimana jika komunikasi dapat terselenggara dengan baik antara pihak perawat dan pihak pasien (keluarga pasien), maka akan menunjang terbentuknya kemandirian pasien (keluarga pasien) yang mampu secara fisik.

Berdasarkan wawancara secara tidak terstruktur yang dilakukan kepada perawat pelaksana, pada dasarnya tidak ada perbedaan perlakuan perawat pada pasien kelas I, II, maupun III. Namun biasanya untuk pasien kelas III, perawat

memang mengajarkan kemandirian kepada pasien atau keluarga pasien, mengingat jumlah pasien yang dirawat dan kapasitas tempat tidur di kelas III ini cenderung lebih banyak daripada kelas-kelas lain.

Sementara pada ruang rawat kelas I dan II, jumlah perawat yang bertugas lebih sedikit jika dibandingkan dengan jumlah perawat di ruang rawat kelas III. Untuk masa dimana pasien tidak terlalu banyak, tentunya kualitas kinerja perawat dapat dimaksimalkan. Namun apabila terjadi masa dimana pasien tiap ruang rawat inap penuh dan perawat merasa sangat sibuk, maka di awal pertemuan dengan keluarga perawat akan menawari pihak keluarga apakah bersedia membantu perawat melakukan perawatan dasar, seperti misalnya memandikan atau menyuapi. Jika bersedia, maka perawat akan menunjukkan bagaimana cara lakukan perawatan dasar untuk pasien.

Di lapangan, hal tersebut agak berbeda dengan apa yang diutarakan oleh perawat. Berdasarkan wawancara secara tidak terstruktur yang dilakukan pada salah satu responden yang menempati ruang rawat kelas I, didapatkan pernyataan bahwa perawat tidak menawari pihak keluarga mengenai kesediaan untuk membantu perawat melakukan perawatan dasar seperti memandikan pasien. Responden pun menyatakan bahwa kemungkinan perawat tersebut menganggap jika ada keluarga, maka secara otomatis perawat dapat memberikan tanggungjawab memandikan pasien kepada pihak keluarga. Selain itu responden yang bersangkutan juga mengeluhkan dengan sikap perawat yang kurang mengerti kekhawatiran keluarga pasien. Misalnya adalah di saat keluarga pasien selalu menanyakan kepada perawat mengapa pasien tidak kunjung membuang air kecil, padahal sudah cukup lama waktu berlalu. Sementara menurut pernyataan dari responden, perawat tidak memberikan penjelasan yang jelas mengenai hal tersebut dan tidak mengontrol pasien secara lebih rutin. Hal tersebut tidak dapat ditanggapi dengan serta merta menyalahkan perawat yang kurang memberikan edukasi kepada keluarga pasien, karena dapat saja ditemui kondisi dimana keluarga pasien tersebut tidak memahami penjelasan perawat, terlalu khawatir, tidak sabar, atau bahkan memiliki banyak kemauan.

Contoh kasus di atas seakan menggambarkan adanya kesenjangan (gap) antara pasien atau keluarga pasien dengan perawat. Parasuraman, Zeithaml, dan Berry

(1988) menyebutkan bahwa salah satu kesenjangan (gap) yang dapat terjadi dalam setiap penyampaian jasa adalah kesenjangan antara spesifikasi kualitas jasa dan penyampaian jasa. Kesenjangan tersebut muncul ketika para karyawan tidak dapat atau tidak mau memberikan pelayanan sesuai dengan keinginan pihak manajemen karena kurang efektifnya kerjasama tim, ketidaksesuaian karyawan dengan tugas, atau ketidakmampuan karyawan dalam mengontrol stres (Ratnasari dan Aksa, 2011).

Di satu sisi pasien mengeluhkan atas sikap perawat yang kurang tanggap atau kurang peka merespon kebutuhan pelanggan. Di sisi yang lain perawat mengeluhkan atas sikap pasien atau keluarga pasien yang kurang kooperatif dengan mereka, sementara menurut perawat beban kerja perawat sudah cukup berat. Belum lagi kalau ada pasien atau keluarga pasien yang suka membandingkan pelayanan perawat dengan rumah sakit.

Keluhan-keluhan tersebut jika tidak diantisipasi lebih lanjut maka hanya akan menjadi wacana belaka di kalangan masing-masing, tanpa adanya sebuah penyelesaian yang bermanfaat bagi kedua belah pihak. Oleh karena itu, pihak manajemen rumah sakitlah yang harus bertindak, melakukan evaluasi dalam hal pelayanan perawat, karena dalam hal ini perawatlah yang dianggap lebih dapat dikendalikan dan diarahkan untuk memberikan pelayanan yang lebih baik lagi. Evaluasi tersebut dapat dilakukan berdasarkan data-data kinerja perawat dan jumlah komplain pasien. Sementara untuk mencegah keluhan-keluhan pasien yang terkait dengan sikap perawat, pihak manajemen rumah sakit harus membekali perawat dengan pelatihan pelayanan prima, manajemen komplain, dan komunikasi yang efektif secara periodik dan merata. Pelatihan tersebut perlu dilaksanakan untuk menjawab kebutuhan rumah sakit, dimana untuk mewujudkan kualitas interaksi yang baik dengan pasien, diperlukan tenaga kerja yang kompeten. Menurut Herling (2000), tenaga kerja yang kompeten yaitu tenaga kerja yang dapat memberikan pelayanan prima, yang mengetahui bagaimana menyelesaikan masalah, serta yang dapat menangani keluhan pelanggan (komplain pasien) secara efektif (Herling dalam Alotaibi, Al-Sabbahy, dan Lockwood, 2011).

Jika kendala biaya menjadi penghambat terlaksananya pelatihan-pelatihan tersebut, maka dapat dilakukan pendekatan lain yang lebih hemat biaya, yaitu dengan monitoring dan pengarahan dari Kepala Instalasi Rawat Inap dan Kepala Ruangan secara rutin. Misalnya berupa hal-hal sederhana seperti mengajari, mengingatkan, dan memberikan motivasi-motivasi agar perawat lebih bersemangat untuk memberikan pelayanan yang terbaik yang dapat perawat lakukan. Lambrou et al. (2010) menyatakan bahwa motivasi memiliki peranan integral dalam banyak tantangan yang harus dihadapi tenaga kerja kesehatan masa kini. Oleh karena itu upaya-upaya mengeksplorasi faktor-faktor yang dapat memotivasi tenaga kerja kesehatannya merupakan salah satu hal yang penting bagi manajemen sebuah rumah sakit karena hal tersebut berkaitan dengan peningkatan kualitas pelayanan yang diberikan rumah sakit (Ovretveit, 2005 dalam Lambrou et al., 2010).

Lebih lanjut, berdasarkan pernyataan dari beberapa perawat pelaksana mengenai pemberian insentif, ditemukan adanya keluhan mengenai insentif perawat yang belum memenuhi standar. Menurut Aditama (2000) permasalahan terkait dengan insentif perawat yang kurang memadai memang selalu menjadi bahan pembicaraan dan menjadi salah satu faktor menurunnya motivasi kerja. Oleh karena itu, pihak rumah sakit perlu melakukan upaya memotivasi perawat, misalnya dengan adanya sistem *reward* bagi perawat-perawat teladan, mulai dari *reward* yang sifatnya sederhana seperti pujian, hingga penghargaan yang lebih tinggi seperti hadiah atau piagam. Sementara Aditama menyarankan bahwa pihak rumah sakit perlu mengupayakan pembagian insentif secara lebih baik dan merata atau memberikan insentif dalam bentuk lain, seperti penyediaan ruang kerja dan peralatan yang memadai serta suasana kerja yang menyenangkan dalam rangka membentuk kenyamanan kerja perawat (Aditama, 2000).

Program *rolling* perawat juga perlu ditinjau ulang sebagai salah satu cara untuk mengurangi kejenuhan kerja. Dari segala macam upaya yang dapat dilakukan oleh pihak rumah sakit di atas, tujuan yang utama dari upaya-upaya tersebut adalah menumbuhkan motivator utama dan mendasar pada masing-masing perawat, seperti *work meaningfulness* (kebermaknaan kerja), *strong*

interpersonal relationship (hubungan interpersonal yang kuat), rasa hormat, dan sebagainya (Lambrou et al., 2010).

Sementara itu dalam proses penyampaian pelayanan, perawat juga harus memberikan informasi yang cukup dan mudah dimengerti oleh pasien atau keluarga pasien. Jika nantinya masih terjadi ketidakpuasan pasien atas sikap perawat, paling tidak pasien atau keluarga pasien sudah paham mengapa perawat kurang maksimal dalam memberikan pelayanan. Dengan demikian *word of mouth* yang buruk dapat diminimalisasi.

Singh (1988) dalam Anderson (1998) mendefinisikan *word of mouth* sebagai komunikasi informal antara orang yang satu dengan yang lain terkait dengan evaluasi atas barang atau jasa yang telah dikonsumsi. *Word of mouth* dapat dilihat sebagai respon seseorang atas apa yang telah mereka alami atau rasakan (terkait dengan puas atau tidak puasnya konsumen) dan kemudian diceritakan kepada orang lain. Dalam konteks pelayanan jasa rumah sakit, *word of mouth* yang bersifat positif dapat menjadi salah satu media promosi yang paling murah, karena rumah sakit tidak mengeluarkan biaya. Sementara jika *word of mouth* bersifat negatif, maka akan berpengaruh pada minat seorang konsumen untuk memilih atau menggunakan ulang jasa rumah sakit tersebut. Anderson (1998) menyatakan bahwa “*customer who have received poor quality or services may engage in word of mouth to warn others or satisfy an urge to complain, as well as to seek revenge*”, yang berarti konsumen yang mendapatkan pelayanan buruk akan memperingatkan kerabat atau rekannya tentang hal tersebut sebagai salah satu bentuk balas dendamnya kepada pihak penyedia pelayanan tersebut.

Dalam kaitannya dengan kasus di atas, pada saat peneliti melakukan wawancara kepada salah satu perawat pelaksana mengenai pentingnya pelayanan prima dan manajemen penanganan komplain yang baik untuk menciptakan *word of mouth* yang baik, perawat memberikan pernyataan bahwa perawat hanya menjalankan tugas fungsionalnya saja. Bila suatu saat pasien mengeluh atas kinerja perawat dan memiliki *word of mouth* yang negatif, maka hal tersebut menjadi tanggung jawab manajemen, bukan perawat. Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa perawat tersebut kurang menyadari peranan mereka untuk ikut serta terlibat dalam proses pembentukan citra rumah sakit.

Temuan tersebut sebenarnya tidak dapat digeneralisir bahwa seluruh atau sebagian besar perawat pelaksana di Instalasi Rawat Inap tidak atau kurang menyadari peranannya dalam proses pembentukan citra rumah sakit yang baik, terkait dengan kesadaran perawat atas kekuatan *word of mouth* pasien, sehingga hal tersebut perlu diteliti lebih lanjut. Meskipun demikian, hal tersebut dapat menjadi salah satu perhatian bagi pihak manajemen untuk melakukan upaya-upaya peningkatan kualitas pelayanan, khususnya pelayanan keperawatan di masa mendatang. Terlebih pada saat peneliti melakukan wawancara secara tidak terstruktur kepada responden yang merasa tidak puas dengan pelayanan yang diberikan, responden tersebut mengakui bahwa ia melakukan upaya *word of mouth* yang bersifat negatif kepada kerabatnya.

Di luar segala temuan dan saran yang diajukan oleh peneliti terkait dengan permasalahan di atas, sebelum memutuskan untuk melakukan upaya evaluasi sikap perawat, pihak rumah sakit diharapkan dapat melakukan analisis faktor yang menjadi penyebab terjadinya kasus-kasus yang terkait dengan kurang baiknya sikap perawat, agar pemecahan permasalahan tersebut dapat lebih terarah.

7.2.3 Perilaku Dokter

Berdasarkan hasil pengolahan data primer, penilaian responden atas perilaku dokter memiliki kecenderungan berkualitas baik, dimana sebanyak 88,5% responden memberikan penilaian yang positif mengenai perilaku dokter. Dalam hal ini, aspek perilaku dokter yang dinilai mencakup kesediaan dokter untuk melakukan apapun agar pasien bisa mendapatkan perawatan yang dibutuhkan, kesegeraan dokter dalam membuat keputusan yang tepat di saat dibutuhkan, ketepatan waktu *visite*, serta kesediaan untuk mendengarkan keluhan.

Hasil yang positif tersebut memberikan makna bahwa mayoritas pasien tidak memiliki banyak keluhan atas perilaku dokter. Namun jika hal tersebut ditinjau berdasarkan item aspek penilaian atas perilaku dokter, sebenarnya masih ada ketidakpuasan pasien atas perilaku dokter yang ditunjukkan dengan adanya responden yang menjawab tidak setuju.

Aspek penilaian yang pertama adalah mengenai kesediaan dokter untuk melakukan apapun agar bisa mendapatkan semua perawatan yang pasien

butuhkan. Aspek ini asal mulanya merupakan adaptasi instrumen milik David H. Thom, Mark A., dan L. Gregory Pawlson (2004) dalam artikel yang berjudul *Measuring Patients' Trust in Physician when Assessing Quality of Care*. Aspek tersebut bertujuan untuk mendapatkan informasi apakah dokter akan berupaya sedemikian rupa sehingga pasien yang ia tangani bisa mendapatkan perawatan yang dibutuhkan. Artinya, dokter tersebut berupaya untuk mewujudkan perawatan yang memang dibutuhkan oleh pasien, misalnya dengan memberikan alternatif perawatan yang dapat dijalani oleh pasien serta memberikan penjelasan dan mempersuasi pasien agar bersedia untuk menjalani perawatan yang memang dibutuhkan. Upaya persuasi tersebut dirasa penting untuk dilakukan oleh dokter karena masih terdapatnya kasus dimana pasien atau keluarga pasien memilih untuk tidak melakukan perawatan yang sebenarnya pasien butuhkan karena alasan takut, tidak puas dengan pelayanan sebelumnya, tidak percaya, atau karena alasan finansial yang memang menjadi masalah mendasar bagi sebagian masyarakat, terutama golongan menengah ke bawah.

Dari data yang telah terkumpul terlihat bahwa memang sebagian besar responden setuju bahwa dokter yang menangani pasien akan melakukan apapun agar pasien bisa mendapatkan perawatan yang dibutuhkan. Pada saat penggalian informasi dari responden dilanjutkan dengan wawancara secara tidak terstruktur, rata-rata responden menjawab setuju karena pada dasarnya dokter memang akan memberikan penjelasan mengenai perawatan apa yang dibutuhkan oleh pasien, misalnya berupa cek laboratorium, informasi diet, operasi, terapi, atau obat.

Meskipun secara umum hasil penelitian bersifat positif, ternyata masih ada responden yang memberikan respon negatif yang ditunjukkan dengan adanya jawaban tidak setuju. Menurut responden yang bersangkutan, secara umum masalah finansial memang menjadi alasan mengapa tidak semua perawatan bisa didapatkan oleh pasien. Pihak rumah sakit juga tidak dapat berbuat banyak jika hal tersebut yang menjadi masalah, terkecuali untuk pasien dinas yang memang mendapatkan jaminan atas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto berdasarkan ketentuan yang berlaku.

Berdasarkan observasi yang dilakukan, masalah finansial memang masih menjadi alasan mengapa pasien tidak bisa segera mendapatkan perawatan yang ia

butuhkan. Misalnya adalah kasus yang terjadi pada salah satu responden, dimana ia merupakan pasien jaminan Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi (Depnakertrans) karena pasien tersebut merupakan Tenaga Kerja Indonesia (TKI). Pembiayaan kesehatan atas TKI yang dirawat rumah sakit sebenarnya menjadi tanggungjawab agen penyaluran tenaga kerja tersebut. Sementara jika terjadi penyelewengan tanggung jawab, maka tanggung jawab dialihkan kepada Depnakertrans. Masalah yang timbul adalah adanya ketidakjelasan atau ketidakpastian kapan turunnya dana dari pusat, sehingga pasien yang bersangkutan tidak bisa segera mendapatkan perawatan yang dibutuhkan. Di situlah letak dimana dokter tidak dapat berupaya lebih. Lebih lanjut, permasalahan tersebut juga menjadi salah satu penyebab mengapa terdapat beberapa responden yang menyatakan tidak setuju atas aspek kesegeraan dokter dalam membuat keputusan yang tepat di saat dibutuhkan.

Aspek yang ketiga adalah ketepatan waktu *visite* dokter. Hasil yang didapat menunjukkan bahwa 75% responden setuju dan 15,6% sangat setuju bahwa *visite* dokter dilakukan dengan tepat waktu. Meskipun demikian, ternyata masih ada responden yang menyatakan tidak setuju, yaitu sebesar 9,4%. Berdasarkan wawancara tidak terstruktur yang dilakukan kepada responden yang menjawab tidak setuju, mereka menyatakan bahwa dokter yang menangani mereka masih ada yang tidak tepat waktu saat *visite*. Maksudnya adalah waktu *visite* tidak selalu pada jam yang sama setiap harinya. Namun beberapa dari responden tersebut menyatakan maklum karena dokter yang bersangkutan tidak hanya menangani satu pasien dan satu ruangan.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 631/MENKES/SK/IV/2005 yang mengatur tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis di Rumah Sakit, staf medis (dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis) merupakan tenaga yang mandiri yang memiliki kebebasan profesi dalam mengambil setiap keputusan klinis pada pasien. Meskipun demikian, staf medis tetap terikat dengan kode etik, standar profesi, standar kompetensi, dan standar pelayanan medis. Dalam memberikan pelayanan, staf medis tidak terikat dengan jam kerja, khususnya untuk kasus gawat darurat. Di pagi hari, staf medis dapat memberikan pelayanan di poliklinik atau unit rawat

jalan, di siang hari bisa di unit rawat inap, sementara di malam hari bisa di unit kamar operasi. Sementara untuk tenaga kesehatan lainnya terikat dengan unit kerja dan bertanggungjawab terhadap kepala unit kerja. Hal tersebut menunjukkan bahwa mobilitas staf medis sangat tinggi (kecuali staf medis yang bekerja di penunjang medis), sehingga kadangkala menyebabkan waktu *visite* pasien tidak terlaksana secara tepat waktu.

Temuan lain juga peneliti dapatkan pada saat melakukan observasi *visite* dokter. Berdasarkan observasi yang dilakukan pada beberapa ruangan, terlihat bahwa waktu yang dibutuhkan dokter untuk *visite* seorang pasien tergolong singkat. Hal tersebut didukung dengan adanya pernyataan dari beberapa responden bahwa *visite* dokter cenderung dilakukan secara cepat dengan penjelasan yang sekedarnya saja. Menurut responden yang bersangkutan, dokter seakan kurang menyediakan waktu untuk memberikan saran-saran kepada pasien atau keluarga pasien secara personal. Di satu sisi, keadaan tersebut mungkin memang bisa dimaklumi karena menurut dokter kondisi pasien tersebut memang tidak mengkhawatirkan, sehingga *visite* bisa dilakukan dengan cepat, sementara jadwal *visite* dokter di ruangan lain masih banyak. Sementara di sisi lain, masing-masing pasien dapat mengasumsikan hal yang berbeda-beda karena penilaian kualitas jasa pada dasarnya dapat bersifat sangat subjektif (Ratnasari dan Aksa, 2011). Beberapa pasien mungkin tidak akan mengeluhkan perilaku *visite* dokter yang seperti itu. Sementara yang lain mungkin akan mempertanyakan hal tersebut.

Singkatnya waktu *visite* dokter membuat komunikasi antara dokter dan pasien juga menjadi singkat. Padahal salah satu manfaat utama dari proses komunikasi selama *medical visit* adalah pertukaran informasi antara pasien dengan dokter. Pertukaran informasi tersebut merupakan proses yang penting bagi pasien dan dokter untuk mendiskusikan masalah atau keluhan yang dialami serta rencana perawatan selanjutnya (Cohen, 1991 dalam Ishikawa et al., 2009).

Pada dasarnya peraturan *visite* dokter yang diberlakukan di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto memang bersifat fleksibel, dimana rumah sakit hanya menekankan bahwa *visite* dokter harus dilakukan setiap hari. Sementara waktu *visite* tidak dibakukan mengingat kesibukan dokter dengan

pasiennya yang tidak sedikit atau karena dokter tersebut juga melakukan praktik di tempat lain.

Kaplan, Greenfield, dan Ware, Jr. (1989) menemukan bahwa membaiknya status kesehatan pasien yang terukur secara fisiologi (tekanan darah atau gula darah), perilaku, maupun melalui pengukuran yang lebih subjektif (pemeriksaan kesehatan secara keseluruhan) secara konsisten berkaitan dengan aspek-aspek komunikasi dokter-pasien. Dalam penelitiannya, Kaplan, Greenfield, dan Ware, Jr. menemukan bahwa perilaku komunikasi dokter yang terselenggara selama waktu *visite* berhubungan dengan status kesehatan pasien. Oleh karena itu Kaplan, Greenfield, dan Ware, Jr. (1989) mengambil kesimpulan bahwa hubungan antara dokter dan pasien dapat memberikan pengaruh yang penting pada hasil (outcome) kesehatan pasien.

Sementara itu, hasil penelitian lain menunjukkan bahwa pasien menginginkan peranan yang lebih aktif dalam pelayanan medis mereka (Vertinsky et al., 1974; Haug dan Lavin, 1979 dalam Kaplan, Greenfield, dan Ware, Jr., 1989) dan secara spesifik menginginkan informasi yang lebih dari dokter yang merawat mereka (McIntosh, 1974 dan Cassileth et al., 1980 dalam Kaplan, Greenfield, dan Ware, Jr., 1989). Hal tersebut menunjukkan bahwa kebutuhan pasien atas informasi medis yang didapatkan selama berinteraksi dan berkomunikasi dengan dokter sangat tinggi.

Kaplan, Greenfield, dan Ware, Jr. juga menjelaskan bahwa komunikasi yang dilakukan antara dokter dan pasien ternyata dapat menjadi sumber motivasi dan wujud dukungan bagi pasien untuk segera sembuh. Dengan kata lain, dokter juga memegang peranan penting, tidak hanya sebagai penyedia pelayanan kesehatan, melainkan juga sebagai motivator yang mempersuasi pasien untuk meningkatkan kepercayaan dirinya untuk sembuh (Kaplan, Greenfield, dan Ware, Jr., 1989).

Jika kesibukan dokter tidak dapat diintervensi lebih jauh, maka dapat dilakukan sebuah pendekatan personal yang memungkinkan koordinasi dan komunikasi antara dokter dan perawat dapat berjalan dengan baik. Sesibuk apapun seorang dokter, dokter tersebut harus tetap menjaga komunikasi dan koordinasi kepada perawat. Jangan sampai terjadi kasus dimana dokter tidak dapat dihubungi atau dokter tidak memberikan informasi secara jelas kepada perawat.

7.2.4 Perilaku Perawat

Hasil pengumpulan data primer menunjukkan bahwa sebanyak 88,5% responden menilai bahwa perilaku perawat di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto berkualitas baik. Penilaian perilaku perawat ini mencakup 5 aspek, yaitu ketanggapan perawat dalam mengambil tindakan yang sesuai dengan kondisi pasien, kecepatan perawat dalam merespon kebutuhan pasien, kesediaan untuk mendengarkan keluhan atau kegelisahan pasien, kesediaan untuk berusaha menghibur pasien jika pasien merasa sedih atau kesepian, serta kesediaan untuk mencarikan informasi yang pasien butuhkan.

Jika ditinjau berdasarkan masing-masing aspek, secara kuantitatif mayoritas responden menilai aspek-aspek tersebut secara positif. Meskipun demikian, masih ditemukan beberapa responden yang menilai aspek-aspek tersebut secara negatif, yang ditunjukkan dengan adanya jawaban tidak setuju atas pernyataan yang disampaikan kepada responden.

Aspek yang pertama adalah ketanggapan perawat dalam mengambil tindakan yang sesuai dengan kondisi pasien. Hasil pengumpulan data menunjukkan bahwa terdapat 5,2% responden yang menilai aspek tersebut secara negatif. Pada saat dilakukan wawancara secara tidak terstruktur responden tersebut menyatakan bahwa satu atau beberapa perawat kurang tanggap dengan kondisi pasien. Kekurangtanggapan tersebut terlihat dari kurangnya kontrol perawat pada pasien. Misalnya adalah kasus yang terjadi di sebuah ruang rawat inap, dimana beberapa pasien menyatakan hal yang sama bahwa beberapa perawat di ruang rawat inap tersebut memang kurang melakukan kontrol, khususnya untuk cairan infus. Pasien atau keluarga pasienlah yang harus senantiasa mengawasi apakah infus sudah habis atau belum. Jika infus habis, maka keluarga pasien akan memberi tahu perawat. Kasus tersebut seakan menunjukkan bahwa pihak keluarga pasienlah yang secara aktif memberitahu perawat akan kebutuhan pasien.

Kasus yang lain juga terjadi, dimana pos perawat pada ruangan tersebut memang tidak terletak di tengah-tengah ruang rawat inap, sehingga kontrol dari jarak jauh tidak dapat dilakukan karena terhalang dengan bentuk fisik bangunan. Pada saat peneliti melakukan pengumpulan data, peneliti menemui kasus dimana salah seorang pasien depresi berusaha untuk turun dari tempat tidur atas

kemauannya sendiri. Karena kondisi fisiknya yang lemah, maka ia terjatuh, dan spontan pasien lain segera memberi tahu perawat. Dari kasus tersebut, sebenarnya perawat tidak dapat serta merta disalahkan karena memang ada keterbatasan tertentu yang membuat perawat ruang rawat inap tidak dapat selalu berada di sisi pasien untuk mengontrol pasien selama 24 jam.

Di sisi lain, walaupun pada akhirnya perawat segera datang menolong, kasus tersebut menunjukkan kurangnya kontrol perawat yang dapat membahayakan keselamatan pasien. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian Lang TA, Hodge M., dan Olson V, et al. (2004) yang dikutip dalam Carayon dan Gurses, dimana beban kerja perawat yang berat memberikan pengaruh yang buruk pada keselamatan pasien (*patient safety*). Kasus kurangnya kontrol perawat terhadap pasien tersebut menjadi salah satu penyebab mengapa beberapa responden (7,3%) memberikan nilai yang negatif pada item pernyataan tentang kecepatan perawat merespon kebutuhan pasien.

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. (2001) dalam Carayon dan Gurses (2008) menambahkan bahwa beban kerja perawat yang berat salah satunya disebabkan oleh kegiatan-kegiatan non profesi perawat yang pada kenyataannya harus dilakukan perawat, seperti mengantar dan menerima nampan makanan pasien, mengantarkan pasien ke unit lain (laboratorium, dsb), serta pekerjaan-pekerjaan penunjang lainnya. Berdasarkan wawancara secara tidak terstruktur dengan perawat pelaksana di ruang rawat inap, ternyata perawat-perawat tersebut juga melakukan pekerjaan-pekerjaan non profesi di atas, seperti mengambil tabung oksigen, mengantar pasien, dan membersihkan tempat tidur pasien.

Sebenarnya Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto sudah menempatkan beberapa pegawai Pos, yaitu pegawai yang bertugas membantu pekerjaan-pekerjaan perawat non profesi, seperti mengantarkan pasien ke unit lain dan membersihkan serta merapikan tempat tidur pasien. Namun di lapangan, kadang kala pegawai Pos tersebut juga tidak dapat membantu seluruh pekerjaan non profesi perawat secara keseluruhan karena adanya keterbatasan jumlah pegawai. Selain itu, jam tugas pegawai Pos tersebut tidak sampai malam, sehingga perawat jaga shift malam terkadang dapat menjadi sangat repot. Untuk mengatasi hal tersebut pihak rumah sakit sebenarnya masih dapat melakukan langkah

efektivitas dan optimalisasi kerja dari pegawai Pos, salah satunya dengan pembuatan uraian tugas yang jelas untuk pegawai Pos tersebut. Hal tersebut didapatkan dari hasil wawancara secara tidak terstruktur pada perawat pelaksana ruang rawat inap yang menyebutkan bahwa pegawai Pos belum memiliki uraian tugas yang jelas. Belum adanya uraian tugas yang jelas terkadang membuat ketidakjelasan mengenai siapa yang bertanggung jawab atas pekerjaan tertentu. Kondisi tersebut menimbulkan pendelegasian tugas secara berulang, sehingga efektifitas alur kerjanya berkurang.

Item berikutnya adalah penilaian mengenai kesediaan perawat untuk berusaha menghibur pasien jika pasien merasa sedih atau kesepian. Secara statistik, secara umum responden menilai dengan positif. Meskipun demikian sebanyak 9,4% responden menilai item tersebut secara negatif. Pada saat dilakukan wawancara secara tidak terstruktur pada responden tersebut, beberapa diantaranya menyatakan bahwa perawat hampir tidak memiliki waktu untuk berusaha menghibur pasien karena kesibukan perawat. Meskipun demikian terdapat pernyataan dari beberapa responden lain, bahwa beberapa perawat memiliki waktu untuk sekedar menemani mengobrol. Hal yang mendasari kondisi tersebut adalah masing-masing perawat di ruang rawat inap memiliki karakter yang berbeda-beda dengan cara melayani atau memperlakukan pasien yang berbeda-beda pula. Selain itu faktor kondisi lingkungan kerja juga sangat mempengaruhi, misalnya adalah beban kerja pada saat itu, jumlah pasien, kondisi pasien, dsb.

Faktor beban kerja memang peneliti saksikan saat melakukan observasi di ruang rawat inap. Namun beberapa pernyataan dari responden dimana pasien terkadang mengeluhkan beberapa perawat yang suka mengobrol, membicarakan hal-hal di luar tugas dan kewajibannya sebagai perawat, seakan menggambarkan bahwa sebenarnya ada faktor lain di luar beban kerja yang berat yang dapat menyebabkan perawat tidak memiliki waktu yang cukup untuk mengontrol pasien atau melakukan pendekatan personal kepada pasien.

Di luar hal tersebut, sebaiknya pihak rumah sakit terus melakukan monitoring kondisi perawat di Instalasi Rawat Inap serta mengindahkan keluhan-keluhan yang muncul dari kalangan perawat. Hal tersebut perlu dilakukan agar masalah atau keluhan yang dirasakan perawat tidak menumpuk dan segera dicarikan

solusinya, sehingga dapat terhindar dari masalah yang lebih besar akibat akumulasi dari masalah tersebut.

Monitoring beban kerja dan lingkungan kerja perawat juga diperlukan dalam rangka mencegah timbulnya stress kerja. Sebagaimana yang dikemukakan oleh Dewe (1987) dalam Cox, Griffiths, dan Cox (1996), perawat merupakan profesi yang sangat rawan terhadap stress. Lebih lanjut, Cox dan Griffiths (1994) dalam sumber yang sama menyatakan bahwa berdasarkan teori-teori stress modern, situasi yang biasanya dialami perawat yang dapat memicu timbulnya stress adalah situasi dimana tuntutan pekerjaan yang harus dipenuhi tidak sesuai atau tidak sebanding dengan pengetahuan, keterampilan dan kemampuan perawat yang bersangkutan, situasi dimana perawat hanya memiliki sedikit kontrol atas pekerjaan yang harus mereka lakukan, atau situasi dimana perawat hanya mendapatkan sedikit dukungan di dalam atau di luar pekerjaan mereka.

Sementara menurut Gray-Toft dan Anderson (1981) dalam Cox, Griffiths, dan Cox (1996) sumber-sumber utama pemicu stress pada perawat diantaranya berasal dari sifat pekerjaannya yang berkenaan dengan hidup dan mati seseorang, adanya konflik dengan dokter, kurangnya persiapan dalam mengatasi kebutuhan emosional pasien dan keluarganya, kurangnya dukungan staf (perawat lain), adanya konflik dengan perawat lain atau perawat senior, serta beban kerja yang tinggi. Jika sumber-sumber pemicu timbulnya stress pada perawat tidak ditekan, maka lama kelamaan stress tersebut akan berdampak pada ketidakpuasan kerja (*job dissatisfaction*). Lebih lanjut, rendahnya kepuasan kerja dapat mengakibatkan penurunan kualitas layanan dan minat pasien menggunakan ulang pelayanan di masa mendatang serta dapat mengakibatkan peningkatan biaya perawatan pasien (Yildiz, Ayhan, dan Erdogmus, 2007).

Terkait dengan permasalahan tersebut, pada praktiknya Bagian Keperawatan Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto telah menerapkan sistem evaluasi harian yang biasanya diadakan melalui apel pagi atau rapat-rapat yang diselenggarakan baik oleh Kepala Instalasi Rawat Inap (Ka Irna) maupun Kepala Ruangan (Karu). Dalam pertemuan tersebut perawat pelaksana diberikan kesempatan untuk mengungkapkan permasalahan atau keluhan yang mereka rasakan kepada Kepala Instalasi Rawat Inap atau Kepala Ruangan untuk

kemudian dicari jalan keluarnya secara musyawarah. Hal tersebut menunjukkan bahwa komunikasi dua arah antara atasan dan bawahan sudah diterapkan di lingkungan keperawatan Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Gronroos (1990) dalam Ratnasari dan Aksa (2011), dimana penyelenggaraan manajemen komunikasi di lingkungan kerja yang memungkinkan terjalannya komunikasi dua arah dan terbentuknya suasana keterbukaan merupakan salah satu hal yang perlu dilakukan untuk mendeteksi permasalahan yang dialami karyawan serta sebagai langkah awal untuk menciptakan motivasi yang tinggi di antara karyawan (Ratnasari dan Aksa, 2011).

Item yang terakhir adalah penilaian mengenai kesediaan perawat mencari informasi yang dibutuhkan pasien. Secara statistik ternyata masih terdapat responden yang menilai item tersebut negatif, yaitu sebanyak 5,2%. Responden tersebut menyatakan bahwa kadang kala perawat memakan waktu yang lama dalam memberikan informasi yang ditanyakan pasien. Saat peneliti melakukan observasi, sebenarnya memang ada saat-saat dimana perawat membutuhkan waktu untuk mencari informasi yang dimaksud, misalnya adalah informasi terkait hasil pemeriksaan laboratorium. Namun pihak pasien atau keluarga pasien seakan kurang bersabar.

Di sisi lain, salah satu responden menyatakan bahwa di saat ia meminta perawat untuk membacakan hasil tes laboratorium yang hasilnya sudah keluar, perawat tidak menjelaskan. Padahal berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/148/I/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat pasal 12 ayat 1 menyebutkan bahwa salah satu kewajiban perawat adalah memberikan informasi tentang masalah kesehatan pasien atau klien dan pelayanan yang dibutuhkan.

Kasus-kasus yang terkait dengan kesediaan perawat mencari informasi yang dibutuhkan pasien tersebut tidak dapat diasumsikan sebagai kesalahan perawat secara sepihak karena kasus-kasus tersebut memiliki banyak versi dan beragam situasi. Mengacu pada konsep dan model beban kerja perawat yang digunakan Gurses (2005) dalam penelitiannya, salah satu kategori pengukuran beban kerja perawat adalah *situation level workload measurement* (pengukuran

beban kerja level situasi). Menurut Gurses, pengukuran tingkat situasi tersebut dapat menggambarkan beban kerja yang dialami perawat yang terkait dengan desain sistem pelayanan kesehatan tempat perawat tersebut bekerja. Dalam penelitiannya, ditemukan bahwa kebutuhan keluarga pasien yang banyak dan komunikasi yang tidak efektif diantara sesama rekan kerja secara signifikan mempengaruhi beban kerja level situasi. Sebagai contoh, terkadang beberapa orang dari keluarga pasien yang sama secara terpisah menghubungi perawat dan menanyakan pertanyaan yang sama terkait dengan kondisi pasien. Menjawab pertanyaan dan mengulang informasi yang sama pada beberapa orang keluarga pasien dalam kesempatan yang berbeda merupakan sebuah penghambat kinerja perawat (Reiling, Hughes, dan Murphy, 2008). Menurut Gurses (2005), hal tersebut secara signifikan dapat meningkatkan beban kerja perawat.

7.2.5 Keahlian Dokter

Hasil pengolahan data menunjukkan bahwa sebanyak 95,8% responden memberikan penilaian yang positif terhadap keahlian dokter. Dengan kata lain, kualitas keahlian dokter termasuk dalam kategori baik. Penilaian yang dilakukan terhadap kualitas dokter mencakup aspek keahlian dokter dalam bidangnya, kemampuan dokter dalam menggunakan bahasa yang mudah dipahami pasien, kemampuan dokter dalam meresepkan obat, serta kesalahan diagnosa.

Jika dilihat lebih lanjut, hasil pengumpulan data menunjukkan bahwa walaupun mayoritas responden menilai keahlian dokter secara positif, ternyata masih terdapat sebagian kecil responden yang menilai secara negatif. Hal tersebut ditunjukkan dengan adanya jawaban negatif pada masing-masing aspek penilaian dengan rentang 1% hingga 2,1%. Setelah dilakukan wawancara secara tidak terstruktur kepada responden yang menilai aspek-aspek tersebut secara negatif, temuan tersebut sama sekali tidak mengarah pada adanya indikasi malpraktik yang diduga dilakukan oleh dokter yang bersangkutan. Responden tersebut menilai aspek penilaian keahlian dokter secara negatif karena pada saat itu kondisi pasien belum mengalami perubahan yang berarti (belum sembuh). Sementara untuk aspek keempat, yaitu aspek kesalahan diagnosa, terdapat satu responden yang mengiyakan bahwa dokter pernah melakukan kesalahan saat mendiagnosa

pasien. Dari hasil wawancara secara tidak terstruktur yang dilakukan peneliti saat proses pengumpulan data, responden (pasien) tersebut menjawab demikian karena ia merasa tidak perlu melakukan suatu tindakan atau terapi, namun dokter menganjurkan kepadanya untuk melakukan tindakan atau terapi tersebut. Hal tersebut merupakan salah satu kasus yang menggambarkan bagaimana persepsi antara pasien dan dokter dapat sangat berbeda. Di satu sisi pasien tersebut merasa tidak perlu melakukan tindakan atau terapi tersebut. Di sisi lain, dokter sebagai tenaga medis mungkin lebih mengetahui bagaimana kondisi pasien dan tindakan atau terapi apa yang pasien butuhkan.

Untuk menghindari munculnya spekulasi atau persepsi di mata konsumen (pasien) yang dapat mengarah pada pemikiran bahwa dokter memberikan saran tindakan medis yang tidak perlu, maka dokter harus mampu memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarganya mengenai kondisi pasien dan tindakan atau terapi apa yang harus dilakukan oleh pasien. Hal tersebutlah yang menyebabkan mengapa komunikasi efektif antara dokter dan pasien sangat penting. Dengan adanya komunikasi yang baik dan jelas, maka pasien atau keluarga pasien akan mudah memahami saran-saran tersebut.

Berdasarkan Undang-undang Republik Indonesia Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran menyatakan bahwa sebagai salah satu komponen utama pemberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat, dokter memiliki peranan yang penting karena sangat terkait dengan pemberian pelayanan kesehatan serta kualitas pelayanan yang diberikan. Pada pasal 49, disebutkan bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran atau kedokteran gigi wajib menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya. Kendali mutu adalah suatu sistem pemberian pelayanan yang efisien, efektif, dan berkualitas yang memenuhi kebutuhan pasien. Sementara kendali biaya adalah pembiayaan pelayanan kesehatan yang dibebankan kepada pasien benar-benar sesuai dengan kebutuhan medis pasien didasarkan pola tarif yang ditetapkan berdasarkan peraturan perundang-undangan. Oleh karena itu, untuk tetap menjaga mutu pelayanan medis serta untuk mencegah terjadinya praktik dokter yang senang memberikan saran tindakan medis yang tidak perlu untuk meningkatkan

pengeluaran biaya pelayanan kesehatan yang harus dibayar pasien, diperlukan pembinaan dan pengawasan yang berkelanjutan.

7.2.6 Keahlian Perawat

Hasil pengolahan data menunjukkan bahwa sebanyak 89,6% responden memberikan penilaian positif terhadap kualitas keahlian perawat. Dengan kata lain, responden mempersepsikan keahlian perawat di Instalasi Rawat Inap tergolong dalam kategori berkualitas baik. Aspek penilaian atas variabel keahlian perawat tersebut mencakup pemahaman perawat atas pekerjaan mereka, kemampuan perawat merawat pasien dengan baik, kemampuan perawat memberikan informasi kesehatan dengan bahasa yang mudah dimengerti, kemampuan perawat dalam menjawab pertanyaan tanpa berbelit-belit, serta aspek kesalahan tindakan keperawatan.

Secara lebih terperinci, hasil pengumpulan data memang menunjukkan bahwa lebih dari 80% responden menilai aspek-aspek tersebut secara positif. Meskipun demikian, ternyata masih terdapat responden yang menilai aspek-aspek tersebut secara negatif dengan rentang 1% hingga 6,2%.

Pada aspek pemahaman perawat atas pekerjaan mereka, sebanyak 4,2% responden memberikan penilaian negatif. Berdasarkan wawancara secara tidak terstruktur, responden menyatakan demikian karena sebelumnya mereka telah mempersepsikan bahwa perawat tersebut kurang tanggap dan kurang mengerti kebutuhan pasien, sehingga responden menganggap bahwa perawat tersebut kurang memahami pekerjaan mereka. Hal tersebutlah yang juga menjadi beberapa penyebab mengapa beberapa responden memberikan penilaian yang negatif pada aspek kemampuan perawat merawat pasien dengan baik.

Pada aspek kemampuan perawat dalam memberikan informasi kesehatan dengan bahasa yang mudah dimengerti dan dalam menjawab pertanyaan tanpa berbelit-belit, juga terdapat sebagian kecil responden yang memberikan penilaian secara negatif. Dalam penyampaian suatu informasi atau berita, hendaknya perawat menggunakan bahasa yang baik dan benar serta mudah dan cepat dimengerti. Lebih lanjut, perawat dapat menggunakan kalimat yang singkat dan jelas dengan pemilihan kata-kata atau istilah yang mudah dipahami secara umum.

Dengan kata lain, pemilihan kata-kata dan cara penyampaian informasi tersebut harus disesuaikan dengan kemampuan penerima informasi (Kariyoso, 1994 dalam Mulyani, 2008).

Untuk lebih dapat meningkatkan kualitas dalam berinteraksi dengan pasien, perawat sebaiknya memperhatikan bagaimana perawat menjalin komunikasi yang baik dengan pasien, salah satunya adalah komunikasi di saat perawat melakukan anamnesa. Menurut Nursalam (2002) dalam Mulyani (2008), anamnesa merupakan suatu kegiatan yang selalu dilakukan oleh perawat kepada pasien pada saat melakukan asuhan keperawatan. Komunikasi yang berlangsung pada saat perawat melakukan anamnesa sebaiknya mengacu pada beberapa prinsip dasar, diantaranya adalah perawat harus menghindari komunikasi yang terlalu formal atau tidak tepat dan mampu menciptakan suasana hangat dan kekeluargaan. Perawat juga sebaiknya perlu menghindari hambatan pribadi. Nursalam menjelaskan bahwa hambatan pribadi tersebut berkaitan dengan subjektivitas seseorang, dimana keberhasilan suatu komunikasi sangat tergantung pada hal tersebut. Jika perawat sebelum melakukan komunikasi menunjukkan rasa tidak senang kepada pasien, maka akan mempengaruhi hasil yang didapat selama proses komunikasi. Hal-hal tersebut perlu diperhatikan dan diimplementasikan dalam praktik asuhan keperawatan, karena pada dasarnya komunikasi dalam praktik keperawatan professional merupakan unsur utama bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk mencapai hasil yang optimal (Nursalam, 2002 dalam Mulyani, 2008).

Pada aspek kesalahan dalam tindakan keperawatan, secara statistik terdapat 7 responden yang memberikan penilaian positif. Hal tersebut mengindikasikan perawat pernah melakukan kesalahan dalam pemberian tindakan keperawatan kepada pasien. Setelah dilakukan wawancara secara tidak terstruktur, salah satu responden menyatakan bahwa perawat pernah melakukan kesalahan saat pengambilan darah pasien. Perawat yang melakukan kesalahan tersebut ternyata adalah perawat magang. Walaupun kesalahan yang terjadi segera disadari dan tidak menimbulkan kefatalan, pihak rumah sakit harus merespon kasus tersebut, salah satunya dengan mengadakan bimbingan atau supervisi atas perawat-perawat magang (perawat praktik belajar) secara lebih ketat dan memberikan pendadaran

tentang Standar Operasional Prosedur (SOP) asuhan keperawatan serta peraturan-peraturan terkait yang berlaku di lingkungan Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto. Penekanan akan kewajiban mengikuti standar tersebut sangat penting, sebagaimana dijelaskan pada Pasal 1 ayat 4 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/148/I/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat, dimana standar merupakan pedoman yang harus dipergunakan sesuai petunjuk dalam menjalankan profesi yang meliputi standar pelayanan, standar profesi, dan standar prosedur operasional.

Selain itu, pada saat proses pengambilan data peneliti menemui adanya kesalahan pencatatan dokumen yang berakibat perawat pelaksana melakukan kesalahan saat mengantar pasien untuk dilakukan tes *rontgen*. Dalam kasus tersebut, terjadi kesalahan penulisan nama pasien yang seharusnya melakukan tes *rontgen*. Hal tersebut terjadi karena kelalaian perawat shift sebelumnya dalam melihat catatan konsul dokter terhadap pasien tersebut. WHO (2007) menyebutkan bahwa *patient care hand-over* (penyerahan pasien ke tempat atau orang lain) terjadi di banyak tempat di rumah sakit, salah satunya ketika pergantian shift antar perawat. Komunikasi yang terjadi saat *hand-over* tersebut mungkin tidak mencakup semua informasi yang penting dan bahkan dapat terjadi kesalahpahaman antar perawat. Gap komunikasi tersebut menurut WHO dapat menyebabkan tindakan yang tidak sesuai serta bahaya bagi pasien (WHO, 2007).

Penelitian mengenai ICU (*Intensive Care Unit*) di Australia, menemukan bahwa permasalahan pendokumentasian dan permasalahan kurangnya supervisi pasien berhubungan dengan ketidakcakapan perawat (Carayon dan Gurses, 2008). Walaupun kesalahan segera diketahui sebelum tindakan (tes *rontgen*) dilakukan, hal tersebut harus menjadi bahan perhatian bagi pihak rumah sakit agar ke depannya tidak terjadi kesalahan pendokumentasian yang sejenis maupun yang berbeda.

Sebagai sebuah rumah sakit rujukan tingkat pertama, sebaiknya Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto memperhatikan mutu pelayanan tenaga fungsionalnya, yaitu dalam konteks ini adalah perawat, yang diharapkan dapat senantiasa mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Hal tersebut didukung dengan adanya kesempatan untuk melanjutkan pendidikan ke

jenjang yang lebih tinggi serta pelatihan yang sesuai dengan bidang tugasnya. Selama ini untuk masalah pendidikan, pihak rumah sakit memang memberikan kesempatan kepada perawat-perawatnya. Sayangnya pihak rumah sakit belum dapat memberikan bantuan dana untuk program pendidikan yang hendak ditempuh perawat. Oleh karenanya program pelatihanlah yang harus tetap dijaga keberlangsungannya.

Berdasarkan wawancara secara tidak terstruktur dengan pihak manajemen rumah sakit, pelatihan-pelatihan memang juga diselenggarakan untuk perawat. Misalnya adalah pelatihan pelayanan prima. Pelatihan pelayanan prima merupakan sebuah pelatihan yang memberikan pengetahuan sekaligus keterampilan dalam memberikan pelayanan maksimal dengan menjunjung tinggi profesionalitas dan kode etik yang berlaku.

Pada dasarnya pelatihan pelayanan prima ini sudah pernah diselenggarakan di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto dengan peserta yang terpilih berdasarkan kebijakan Kepala Sub Pelayanan Medik dan Kepala Sub Pelayanan Keperawatan yang bekerja sana dengan Kepala Bagian Pembinaan dan Fungsional. Berdasarkan laporan pelaksanaan pelatihan tersebut, diketahui bahwa perencanaan dan pelaksanaan pelatihan membutuhkan dana yang cukup besar, sehingga secara kuantitatif pelaksanaannya memang tidak dirancang untuk diselenggarakan dalam frekuensi yang tinggi. Karena peneliti tidak dapat menilai tingkat efektifitas dan efisiensi pelaksanaan pelatihan tersebut, maka peneliti mengasumsikan bahwa berdasarkan masih banyaknya angka kejadian komplain atas pelayanan yang ada setelah pelatihan dilaksanakan, pelaksanaan pelatihan tersebut dapat dinilai kurang merata, yang terkait dengan adanya sistem penggiliran peserta pelatihan.

Berdasarkan wawancara secara tidak terstruktur, perawat pelaksana menyatakan bahwa kadangkala perawat yang diberikan kesempatan untuk mengikuti pelatihan dari periode yang satu ke periode yang lain adalah perawat yang sama. Walaupun peneliti tidak dapat melihat gambaran sistem penggiliran perawat secara sebenarnya, hal tersebut dapat dijadikan perhatian bagi pihak manajemen dalam mengatur sistem penggiliran tersebut, sehingga dapat tercapai suatu pemerataan pelatihan, peningkatan pengetahuan dan keterampilan

keperawatan, serta mengurangi kemungkinan munculnya kecemburuan atau konflik di antara perawat itu sendiri.

Selain penyelenggaraan pelatihan, pembinaan dan pengawasan terhadap kinerja perawat juga perlu diselenggarakan secara terus menerus. Sesuai dengan pasal 13 ayat 2 Permenkes Nomor HK.02.02/MENKES/148/I/2010, pembinaan dan pengawasan tersebut diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan, keselamatan pasien dan melindungi masyarakat terhadap segala kemungkinan yang dapat menimbulkan bahaya bagi kesehatan.

Upaya preventif memang perlu diusahakan. Namun untuk menanamkan sikap disiplin dan tanggung jawab kepada segenap tenaga kerja di lingkungan rumah sakit yang dalam konteks ini adalah perawat, maka pihak rumah sakit juga harus tegas dalam menyikapi kemungkinan adanya pelanggaran terhadap ketentuan yang berlaku. Sebagaimana yang diterangkan pasal 14 ayat 2 Permenkes Nomor HK.02.02/MENKES/148/I/2010, perawat yang melakukan pelanggaran ketentuan penyelenggaraan dapat dikenai tindakan administratif, baik berupa teguran lisan, teguran tertulis, maupun pencabutan SIPP (Surat Izin Praktik Perawat).

Selain itu, pengawasan penerapan SOP (*Standard Operating Procedure*) juga harus tetap dilaksanakan secara progresif. Walaupun pada dasarnya penjaminan mutu pelayanan jasa sulit untuk distandarkan, dengan adanya pengawasan yang baik dapat membuat proses penjaminan mutu setidaknya terkendali oleh acuan yang baku. Hal tersebut penting untuk dilakukan, karena berdasarkan pasal 32 Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, pasien memiliki hak untuk menggugat dan/atau menuntut rumah sakit apabila rumah sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar, baik secara perdata maupun pidana. Selain itu pasien juga memiliki hak untuk mengeluhkan pelayanan rumah sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan perundang-undangan. Jika pasien benar-benar melakukan hal tersebut, tentunya rumah sakit akan berada pada posisi yang kurang menguntungkan, terlepas rumah sakit memang benar-benar sebagai pihak yang bersalah atau tidak. Kedua hal di atas tentunya mempengaruhi citra baik yang selama ini dibangun rumah sakit, sehingga

masyarakat akan kembali mempertanyakan apakah rumah sakit tersebut layak untuk dipilih sebagai provider pelayanan kesehatan mereka.

7.3 Gambaran Kualitas Lingkungan Fisik

Levit (1981) dalam Ingrid (2004) menyatakan bahwa ketika seorang pelanggan mengevaluasi produk yang tidak berwujud seperti jasa, mereka selalu mempertimbangkan beberapa hal tentang penampilan dan kesan eksternal seperti lingkungan fisik penyedia jasa tersebut. Lebih lanjut ia menjelaskan bahwa semenjak industri perumahsakitian menyediakan produk yang cenderung tidak berwujud (jasa), maka pelanggan (pasien) cenderung menggunakan aspek-aspek berwujud, seperti penampilan untuk membuat penilaian dan evaluasi atas pelayanan rumah sakit tersebut.

Dalam penelitian ini, pengukuran kualitas lingkungan fisik didasarkan pada hasil penilaian variabel kondisi ruangan dan desain ruangan. Hasil pengolahan data menunjukkan bahwa sebagian besar responden memberikan penilaian yang positif pada variabel kualitas lingkungan fisik (63,5%). Hal tersebut memiliki arti bahwa responden memiliki kecenderungan mempersepsikan kualitas lingkungan fisik Instalasi Rawat Inap ke dalam kategori baik.

Bitner (1992) dalam Ingrid (2004) menyatakan bahwa sudah banyak penelitian yang menunjukkan bahwa lingkungan fisik (*servicescape*) memiliki peranan yang penting, baik positif maupun negatif dalam pembentukan kesan pelanggan. Lingkungan fisik merupakan komponen berwujud yang penting dari sebuah jasa yang dapat memberikan petunjuk kepada pelanggan dan membentuk gambaran persepsi secara langsung pada pikiran pelanggan (Kotler, 1973 dalam Ingrid, 2004).

Secara statistik mayoritas responden memang mempersepsikan kualitas lingkungan fisik ke dalam kategori baik. Meskipun demikian, 36,5% responden masih memberikan penilaian yang buruk. Oleh karena itu, perlu ditinjau lebih lanjut bagaimana gambaran persepsi responden melalui variabel kondisi ruangan dan desain ruangan.

7.3.1 Kondisi Ruangan

Penilaian kualitas kondisi ruangan dilakukan atas aspek kebersihan toilet, perawatan kondisi fisik ruangan, kebersihan ruangan, kondisi sarana prasarana, ketidaktenangan suasana ruangan, serta kenyamanan ruangan. Hasil pengolahan data menunjukkan bahwa sebanyak 66,7% responden memberikan penilaian positif terhadap kualitas kondisi ruangan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto. Sementara 33,3% lainnya memberikan penilaian yang negatif. Hal tersebut secara umum menunjukkan bahwa persepsi pasien atas kualitas kondisi fisik rumah sakit sangat beragam. Beberapa hal yang mempengaruhi kondisi tersebut adalah adanya perbedaan pengaturan ruangan antar ruang rawat inap yang satu dengan yang lain serta kapasitas pasien yang menempati ruangan tersebut. Oleh karena itu, untuk lebih dapat melihat gambaran persepsi pasien mengenai kualitas kondisi ruangan, diperlukan analisis berdasarkan aspek-aspek penilaian kualitas kondisi ruangan serta hasil observasi yang dilakukan peneliti.

Pada aspek kebersihan toilet, sebanyak 13,5% responden memberikan penilaian negatif. Jika dilihat lebih jauh, responden tersebut 11,45% nya merupakan pengguna ruang rawat inap kelas III dan 2,08% nya merupakan pengguna ruang rawat inap kelas II. Hal tersebut menunjukkan bahwa semakin banyak jumlah pasien dalam sebuah ruang perawatan, maka frekuensi penggunaan toiletnya cenderung lebih tinggi, sehingga menjadi salah satu faktor mudahnya toilet menjadi kotor, berbau, serta licin.

Berdasarkan wawancara secara tidak terstruktur pada responden, toilet memang dibersihkan oleh petugas kebersihan rumah sakit. Namun karena jumlah pasien atau keluarga pasien yang menunggui pasien juga banyak, maka toilet juga cepat kotor. Beberapa responden menyatakan bahwa mereka sudah memiliki kesadaran masing-masing untuk turut serta menjaga kebersihan toilet tersebut, karena mereka jugalah yang menggunakan toilet tersebut. Namun kadangkala masih banyak pasien atau keluarga pasien lainnya yang kurang sadar akan pentingnya menjaga kebersihan fasilitas umum yang dimulai dari dirinya sendiri terlebih dahulu, karena masih saja ditemukan kapas-kapas yang tidak terbuang pada tempatnya di area toilet.

Mangacu pada Pedoman Teknis Sarana dan Prasarana Bangunan Instalasi Rawat Inap yang dikutip dalam <http://buk.depkes.go.id>, pengaturan kamar mandi atau toilet yang berada di lingkungan instalasi rawat inap diatur sesuai dengan kebutuhan dan harus dijaga kebersihannya, karena kamar mandi atau toilet yang bersih akan membuat citra rumah sakit menjadi semakin baik. Untuk mewujudkan kondisi yang demikian, pihak rumah sakit diharapkan dapat memberikan fasilitas alat-alat kebersihan yang memadai dan memberikan upaya-upaya edukasi (pendidikan) bagi pengguna toilet (pasien atau keluarga pasien) sebagai bentuk kerjasama antara penyedia jasa dan pemakai jasa. Salah satunya dapat diwujudkan dengan cara pemberian instruksi bergambar dan tertulis yang ditempel di area toilet tentang bagaimana membuang kapas, balutan atau sampah-sampah lainnya pada tempat yang telah disesuaikan, serta himbauan-himbau untuk senantiasa menjaga kebersihan fasilitas tersebut. Selain itu, hal tersebut perlu ditunjang dengan adanya upaya pengontrolan dan pengawasan kebersihan secara berkala.

Pada aspek perawatan kondisi fisik ruang rawat inap, sebagian besar memang memberikan penilaian positif. Meskipun demikian, masih ada 8,3% responden yang memberikan penilaian negatif, yang jika ditelusuri lebih lanjut merupakan pengguna ruang rawat inap kelas II dan kelas III. Berdasarkan wawancara secara tidak terstruktur dan observasi, hal-hal yang mempengaruhi responden memberikan penilaian negatif adalah kondisi bangunan yang sudah tua dan belum terenovasi (khususnya untuk beberapa ruang rawat inap di Irna C), dinding dan kaca yang kotor dan berdebu, gordena yang tidak terpasang dengan baik, serta adanya kerusakan-kerusakan sarana prasarana seperti AC yang mati atau bocor. Selain itu, peneliti juga menemukan adanya ruang rawat inap yang mengalami kebocoran saat terjadi hujan. Padahal sebagaimana yang diatur dalam Pedoman Teknis Sarana dan Bangunan Instalasi Rawat Inap, kondisi langit-langit ruang rawat inap harus rapat dan kuat, tidak rontok, tidak menghasilkan debu maupun kotoran-kotoran lain. Hal tersebutlah yang dapat menjadi pemicu mengapa 7,3% responden juga memberikan penilaian negatif pada aspek kondisi sarana prasarana.

Berdasarkan wawancara secara tidak terstruktur, perawat pelaksana menyatakan bahwa pelaporan sarana prasarana ruang rawat inap telah dilakukan

secara rutin melalui laporan harian perawat. Meskipun demikian penindaklanjutan perbaikan atas sarana prasarana yang rusak tersebut tidak semuanya dapat diatasi dengan segera terkait dengan adanya keterbatasan anggaran untuk segera memperbaiki sarana prasarana yang rusak. Meskipun demikian, pihak manajemen rumah sakit sudah memberlakukan sistem prioritas, dimana untuk perbaikan sarana prasarana yang sifatnya penting dan mendesak dilakukan dengan segera.

Fasilitas umum memang bersifat sering digunakan. Oleh karena itu, untuk menjaga agar terhindar dari kerusakan, diperlukan upaya-upaya pemeliharaan secara berkala. Selain untuk menjaga fungsinya, hal tersebut juga diperlukan untuk membuat perencanaan pemeliharaan atau penggantian sarana prasarana ke depannya.

Terkait dengan kondisi toilet yang sedang dibahas, peneliti menemui adanya keluhan responden mengenai kondisi toilet yang kurang mengakomodir terwujudnya *patient safety* (keselamatan pasien), yaitu belum diadakannya toilet duduk untuk memfasilitasi pasien dengan keterbatasan tertentu. Menurut pasal 32 Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyebutkan bahwa salah satu hak pasien adalah memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama mendapatkan perawatan di rumah sakit. Atas dasar hal itulah rumah sakit sudah seharusnya menyediakan fasilitas untuk menunjang keamanan dan keselamatan pasiennya, salah satunya dengan peningkatan *patient safety tools* (peralatan penunjang keselamatan pasien) secara bertahap, seperti desain ergonomis bangunan dan sarana prasarana rumah sakit, serta peralatan pendukung lainnya.

Berdasarkan wawancara secara tidak terstruktur, Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto memang sedang melakukan penambahan sarana prasarana yang mendukung terselenggaranya keselamatan pasien secara bertahap. Namun berdasarkan pengamatan, sarana prasarana yang diutamakan untuk diselenggarakan masih bersifat umum, seperti pengadaan tempat tidur dengan pembatas besi, *handrails* (pegangan tangan), dan sebagainya. Dimungkinkan hal tersebut dikarenakan adanya prioritas pengadaan sarana prasarana yang lebih bersifat mendesak. Mengingat Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said

Sukanto akan mengadakan renovasi pada beberapa bangunan, alangkah lebih baik jika pihak rumah sakit memberikan perhatian pada pengadaan toilet duduk.

Pada aspek ketenangan suasana ruang rawat inap, terdapat 29,2% responden yang memberikan penilaian negatif. Hal tersebut menunjukkan bahwa tidak semua ruang rawat inap dapat senantiasa terjaga ketenangannya. Jika dilihat lebih lanjut penilaian negatif tersebut 19,8% nya berasal dari pengguna ruang rawat inap kelas III, 8,3% nya berasal dari pengguna ruang rawat inap kelas II, dan 1,1% nya berasal dari ruang rawat inap kelas I. Hal tersebut menunjukkan bahwa kondisi pada beberapa ruang rawat inap belum dapat memberikan ketenangan bagi pasien.

Berdasarkan wawancara secara tidak terstruktur dan observasi, penyebab responden memberikan penilaian negatif pada aspek ketenangan ruang rawat inap adalah adanya pasien gaduh gelisah yang dirawat di ruangan yang sama serta penjenguk pasien yang membuat kegaduhan. Pasien gaduh gelisah merupakan pasien yang cenderung suka berteriak-teriak selama menjalani masa perawatan di ruang rawat inap. Biasanya pasien tersebut merupakan pasien dengan gangguan kejiwaan. Beberapa responden menyatakan memaklumi kondisi tersebut. Namun beberapa yang lain tetap merasa terganggu dengan kegaduhan yang ditimbulkan oleh pasien gaduh gelisah tersebut. Sementara itu, faktor pembesuk pasien juga menjadi salah satu keluhan utama responden yang peneliti temui pada saat proses pengambilan data. Bagi beberapa pasien dan keluarga pasien yang terutama menggunakan ruang rawat inap kelas III cenderung merasa terganggu pada saat jam besuk telah tiba, mengingat letak tempat tidur pasien berdampingan dengan pasien-pasien yang lain. Menurut pernyataan beberapa responden, kadangkala jumlah penjenguk untuk seorang pasien dirasa terlalu banyak sehingga keberadaan mereka cenderung menimbulkan kegaduhan.

Pada dasarnya waktu besuk pasien yang ditetapkan oleh pihak rumah sakit adalah pukul 11.00-13.00 dan 17.00-18.00. Peraturan pengunjung (pembesuk) pun sudah dibuat, diantaranya anak yang berusia kurang dari 12 tahun dilarang memasuki ruang rawat inap, dilarang membawa senjata, dan dilarang merokok. Sayangnya peraturan jumlah maksimal pembesuk yang diperbolehkan belum ditetapkan secara tertulis, sehingga kadangkala perawatlah yang secara informal memberikan penjelasan kepada para pembesuk agar pembesuk secara bergiliran.

Berdasarkan penjelasan dari perawat pelaksana, dulunya peraturan besuk ditunjang dengan adanya kartu pengunjung. Namun untuk tahun 2011, peraturan kartu pengunjung belum diterapkan lagi. Beberapa perawat pelaksana menganggap bahwa pemberlakuan kartu besuk cukup membantu tugas perawat dalam mengatur jumlah pembesuk yang boleh menemui atau menemani pasien. Sementara itu, beberapa perawat pelaksana yang lain menyatakan bahwa pemberlakuan kartu besuk tidak menunjukkan perubahan yang berarti (sama saja).

Pemberlakuan kartu besuk tersebut pada dasarnya merupakan salah satu metode untuk mengontrol jumlah pembesuk, karena dari pengamatan yang dilakukan jumlah pembesuk pasien kadang kala melebihi 5 orang. Hal tersebut dianggap terlalu berlebihan karena membuat ruangan menjadi penuh sesak dan ramai, sehingga dapat mengganggu pasien lain. Terlebih pada saat jam besuk telah berakhir, kadang kala para pembesuk tidak segera mengakhiri jam besuknya. Hal tersebutlah yang membuat perawat harus turun tangan untuk mengatur pembesuk-pembesuk tersebut, mengingat di setiap ruang rawat inap tidak terdapat petugas *security* yang dapat mengatur pembesuk tersebut. Hal tersebutlah yang menjadi salah satu tugas non keperawatan yang harus mereka lakukan diantara kesibukan dalam menjalankan tugas keperawatan. Oleh karena itu, untuk membantu tugas perawat dan menciptakan kondisi jam besuk yang terkendali, pihak rumah sakit diharapkan memberikan peraturan secara tertulis mengenai ketentuan jumlah maksimal pembesuk yang diperbolehkan memasuki ruangan serta mempertimbangkan pemberlakuan kembali kartu besuk.

Selain kondisi di atas, peneliti menemui adanya ruang rawat inap yang belum memisahkan pasien penyakit menular dengan tidak menular. Menurut Pedoman Teknis Sarana dan Prasarana Bangunan Instalasi Rawat Inap, persyaratan pengaturan denah ruangan dibedakan menjadi persyaratan umum dan khusus. Pada persyaratan khusus, pasien-pasien tertentu seperti pasien yang menderita penyakit menular, pasien dengan pengobatan yang menimbulkan bau (seperti penyakit ganggrein, diabetes, dsb), serta pasien yang gaduh gelisah (mengeluarkan suara dalam ruangan) harus dipisahkan dengan pasien lain, yaitu dengan cara ditempatkan pada Ruang Isolasi. Namun pada kenyataannya, peneliti masih menemukan adanya pencampuran jenis pasien, terutama pasien gaduh

gelisah dan pasien penyakit menular. Pada saat dilakukan wawancara mengapa pasien tersebut tidak dipisah, perawat menjelaskan bahwa ruang isolasi yang seharusnya digunakan sebagai tempat perawatan pasien khusus dalam kondisi penuh (tidak ada ruang yang kosong).

Dalam wawancara secara tidak terstruktur kepada beberapa pasien yang ditempatkan dalam ruang rawat inap yang sama dengan pasien penyakit menular, mereka menyatakan kekhawatiran akan tertular penyakit tersebut. Begitu pula dengan apa yang dinyatakan oleh beberapa keluarga pasien. Kondisi tersebut peneliti temui di ruang perawatan yang mayoritas merawat pasien paru. Dalam ruangan yang sama peneliti menemui adanya pasien demam berdarah dan pasien hepatitis A. Di ruangan lain peneliti juga menemui adanya pasien dengan TB (Tuberculosis) dan pasien dengan DM (Diabetes Mellitus). Secara detail peneliti memang tidak dapat menilai tingkat keparahan penyakit-penyakit yang pasien derita, dan tidak dapat pula menilai tingkat kemungkinan penularan penyakit atau infeksi silang di lingkungan rumah sakit (Nosokomial), baik antar sesama pasien, antara pasien dengan keluarga pasien, maupun antara pasien dengan petugas. Namun secara kasat mata, hal tersebut memang memunculkan adanya kekhawatiran-kekhawatiran. Dan jika kondisi tersebut sebenarnya tidak sesuai jika dibandingkan dengan Persyaratan Teknis Sarana dan Bangunan Instalasi Rawat Inap. Keterbatasan fasilitas yang menyebabkan tidak mempunya rumah sakit menyediakan Ruang Isolasi yang cukup memang tidak bisa dipungkiri. Meskipun demikian pihak manajemen rumah sakit harus membuat kebijakan-kebijakan tertentu dan senantiasa melakukan tindakan preventif untuk menekan terjangkitnya Nosokomial di lingkungan Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto.

Beberapa permasalahan di atas pada akhirnya turut menjadi penyebab mengapa masih terdapat 10,4% responden yang memberikan penilaian negatif pada aspek kenyamanan suasana ruang rawat inap. Aspek kenyamanan ini perlu diperhatikan lebih lanjut, karena menurut Keaveney (1995), seorang pelanggan memiliki kecenderungan untuk beralih ke penyedia jasa yang lain karena mendapatkan ketidaknyamanan lingkungan (Keaveney, 1995 dalam Selvians, 2010). Berdasarkan Pedoman Teknis Sarana dan Prasarana Bangunan Instalasi

Rawat Inap, ruang rawat inap yang aman dan nyaman merupakan salah satu faktor penting yang dapat mempengaruhi proses penyembuhan pasien, sehingga proses perancangan sebuah instalasi rawat inap harus memenuhi persyaratan yang berlaku. Walaupun pada dasarnya pedoman tersebut bersifat sebagai rujukan bagi pengelola bangunan rumah sakit, dimana pelaksanaannya masih dapat disesuaikan dengan kondisi dan kesiapan rumah sakit tersebut, alangkah lebih baik jika rumah sakit setaraf rujukan tingkat pertama dapat mengimplementasikan pedoman tersebut dalam perencanaan dan penataan bangunan rumah sakit.

7.3.2 Desain Ruangan

Penilaian kualitas desain ruangan dilakukan atas beberapa aspek, yaitu tata letak Ruang Rawat Inap, letak Pos Perawat, pemilihan warna dan mebel, serta kesesuaian penempatan peralatan kesehatan yang ada di Ruang Rawat Inap tersebut. Hasil pengolahan data menunjukkan bahwa 90,6% responden memberikan penilaian yang positif terhadap desain ruangan Instalasi Rawat Inap. Dengan kata lain, desain ruangan yang diterapkan di Instalasi Rawat Inap tergolong baik.

Berdasarkan wawancara secara tidak terstruktur pada beberapa responden, secara umum responden kurang begitu memperhatikan atau mementingkan desain ruangan yang baik. Maksudnya, responden tersebut sudah memaklumi dengan *setting* dan disain rumah sakit Indonesia pada umumnya. Misalnya adalah desain tata letak tempat tidur yang pada umumnya memang berjejer sedemikian halnya dengan rumah sakit lain, serta warna tembok yang standar rumah sakit (putih atau coklat). Meskipun demikian beberapa responden lainnya terlihat masih mempertimbangkan pentingnya pengaturan desain ruangan sebagai salah satu nilai tambah atau pembeda antara rumah sakit yang satu dengan yang lain. Hal tersebut terlihat dengan adanya responden yang memberikan penilaian negatif pada aspek-aspek penilaian desain ruangan.

Pada aspek tata letak Ruang Rawat Inap, terdapat 6,2% responden yang memberikan penilaian secara negatif. Salah satu hal yang dapat memengaruhi persepsi responden atas hal tersebut adalah adanya perbedaan mencolok antara ruang rawat inap kelas I, II, dan III. Untuk ruang perawatan kelas I, pasien

menempati sebuah kamar tersendiri yang memisahkannya dengan pasien lain. Untuk ruang perawatan kelas II, pasien menempati kamar dengan kapasitas \pm 3 hingga 4 pasien. Sementara ruang perawatan kelas III sebagian besar berupa bangsal yang memiliki kapasitas \pm 6 hingga 10 pasien per ruangnya. Dari ketiga tingkatan kelas ruang perawatan tersebut terlihat bahwa ruang perawatan kelas III menampung lebih banyak pasien dalam setiap ruangnya. Kondisi tersebut menyebabkan jarak antara tempat tidur yang satu dengan tempat tidur yang lain cukup berdekatan, sehingga menyebabkan ketidaknyamanan untuk beberapa responden. Namun dalam wawancara secara tidak terstruktur, mayoritas responden memaklumi kondisi tersebut.

Meskipun demikian, dalam penelitian yang dilakukan oleh Ulrich et al. (2004) dalam Reiling, Hughes, dan Murphy (2008), ditemukan adanya hubungan antara lingkungan fisik yang terkait dengan banyaknya pasien dalam sebuah ruang rawat inap dengan kualitas pelayanan kesehatan yang dipersepsikan pasien. Menurut Ulrich et al., semakin sedikit atau semakin proporsional jumlah pasien yang dirawat dalam sebuah ruang rawat yang sama, maka semakin baik pelayanan kesehatan yang dirasakan pasien karena pemberian asuhan keperawatan dapat berlangsung secara lebih efektif (Reiling, Hughes, dan Murphy, 2008).

Pada dasarnya ruang rawat inap kelas II dan III memang merupakan ruang perawatan dengan jumlah pasien lebih dari satu orang dalam ruangan yang sama. Dan mayoritas responden memaklumi kondisi (terkait tata letak ruang dan fasilitas di dalamnya) tersebut dengan segala kelebihan dan kekurangannya masing-masing. Untuk dapat meningkatkan kepuasan pelanggan (pasien) dari persepsi atas kualitas ruangan yang biasa saja (karena maklum) menjadi persepsi yang lebih baik lagi, pihak manajemen rumah sakit diharapkan melakukan pelayanan secara maksimal, salah satunya dengan penjaminan bahwa fasilitas yang disediakan untuk ruang perawatan kelas II dan III dapat terselenggara secara optimal, terutama terkait dengan fungsi sarana dan prasarana serta kebersihan ruangan. Hal tersebut dirasa penting, karena berdasarkan penelitian Andersen (2000), pada fasilitas yang *overcrowded* (penuh sesak), yang harus digunakan secara bersama-sama dengan keterbatasan ketersediaan ruangan dan kamar mandi pribadi, dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya infeksi, terutama bagi

pasien dengan luka pasca operasi dan lebih rentan terjadi pada pasien yang sudah berumur (Andersen, 2000 Reiling, Hughes, dan Murphy, 2008).

Pada aspek letak Pos Perawat, terdapat 3,1% responden yang memberikan penilaian secara negatif. Berdasarkan observasi yang dilakukan oleh peneliti di lingkungan Instalasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto, terlihat bahwa pada ruang rawat inap Kelas I dan II, terutama di Instalasi rawat Inap B, rata-rata pos perawat terletak di dekat pintu utama ruang rawat inap, sementara ruang-ruang rawat inap berjajar saling berhadapan. Dan berdasarkan analisis data, hampir seluruh pasien ruang rawat inap kelas I dan II menyatakan bahwa letak pos perawat yang demikian sudah cukup terjangkau dan tidak masalah.

Sementara pada ruang rawat inap kelas III, terdapat perbedaan pendapat karena pengaturan lokasi pos perawat yang berbeda. Pada ruang rawat inap kelas III yang sudah mengalami renovasi, pos perawat terletak di tengah-tengah ruangan, dengan pembatas yang berupa kaca, sehingga memungkinkan dan memudahkan perawat untuk mengawasi pasien secara jarak jauh. Dengan lokasi pos perawat yang demikian, rata-rata pasien menyatakan setuju dan tidak mempermasalahkan penataan tersebut. Lain halnya dengan ruang rawat inap kelas III yang belum direnovasi, dimana pos perawat masih diletakkan di depan, bukan di tengah-tengah ruang rawat inap. Ditambah lagi adanya hambatan secara fisik bangunan, dimana ruang-ruang rawat inap kelas III tersebut dipisahkan dengan kamar-kamar berdinding, sehingga tidak memudahkan perawat untuk mengawasi pasien secara jarak jauh. Terlebih dengan kondisi ruang rawat inap kelas III yang berkapasitas 18 hingga 23 pasien, menyebabkan beberapa responden menyatakan letak pos perawat yang demikian kurang sesuai.

Selain itu, dalam wawancara secara tidak terstruktur, beberapa responden menyatakan bahwa pasien yang letak ruang rawatnya paling jauh dengan pos perawat merasa kurang mendapatkan kontrol dari perawat. Carayon dan Gurses (2008) menyatakan bahwa kurangnya kontrol perawat dapat menjadi salah satu penyebab berkurangnya komunikasi perawat kepada pasien, yang nantinya akan berdampak pada kualitas pelayanan perawat itu sendiri. Sementara itu, adanya keluhan pasien atas performa perawat yang kurang baik, menurut Norman (1988)

memang memiliki hubungan dengan desain pengaturan fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan (Norman, 1988 dalam Reiling, Hughes, dan Murphy, 2008). Hal tersebut menunjukkan bahwa desain lingkungan kerja dapat memberikan pengaruh pada perilaku dan kualitas kerja seseorang (Reiling, Hughes, dan Murphy, 2008).

Menurut Pedoman Teknis Sarana dan Prasarana Bangunan Instalasi Rawat Inap, pada dasarnya lokasi pos perawat (*Nurse Station*) sebaiknya tidak jauh dari ruang rawat inap yang dilayaninya. Hal tersebut dimaksudkan agar pengawasan terhadap pasien dapat dilakukan secara lebih efektif dan efisien.

Pada aspek tata letak peralatan kesehatan, hampir seluruh responden memberikan penilaian secara positif. Hal tersebut menunjukkan bahwa pengaturan peletakan peralatan kesehatan yang ada di ruang rawat inap dirasa sudah sesuai pada tempatnya dan tidak menimbulkan masalah.

Sementara pada aspek pemilihan warna dan mebel yang digunakan dalam ruang rawat inap, masih terdapat 5,2% responden yang memberikan penilaian negatif. Berdasarkan wawancara secara tidak terstruktur, sebenarnya mayoritas responden tidak memperlmasalahkan pemilihan warna serta mebel yang digunakan dalam ruang rawat inap, karena pemilihan warna dan mebel yang digunakan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto adalah standar seperti yang diberlakukan di sebagian besar rumah sakit lainnya. Untuk warna dinding, Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto memilih warna putih dan cokelat yang identik dengan identitas kepolisian. Sementara mebel yang digunakan juga standar seperti rumah sakit-rumah sakit lainnya

Meskipun demikian, pemilihan warna untuk desain sebuah ruangan sebenarnya perlu mendapat perhatian. Eiseman (1998) dalam Ingrid (2004) mengatakan bahwa warna merupakan komponen visual yang kuat dari suatu pengaturan fisik, terutama untuk pengaturan interior. Penelitian menunjukkan bahwa warna dapat mempengaruhi suasana hati dan emosi seseorang (Ingrid, 2004). Hal tersebut juga sesuai dengan apa yang dikemukakan Mudie dan Cottam (1993) dalam Ratnasari dan Aksa (2011), dimana perencanaan spasial dan warna

dapat memancing respon seseorang, baik secara intelektual maupun emosional yang dapat mempengaruhi penilaian seseorang.

Mengacu pada akan dilaksanakannya renovasi beberapa bangunan di lingkungan Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto, perhatian terhadap pemilihan warna sebagai salah satu aspek pendukung pelaksanaan fasilitas patut dipertimbangkan. Selain untuk meningkatkan kenyamanan pasien dengan pemilihan warna yang tepat pada penerapan desain ruangan, penggunaan pewarnaan yang tepat pada fasilitas rumah sakit ditemukan dapat mengendalikan faktor-faktor yang berpotensi menimbulkan stress, baik pada pegawai rumah sakit maupun pasien itu sendiri (Joseph, 2006 dalam Reiling, Hughes, dan Murphy, 2008).

7.4 Gambaran Kualitas Hasil

Kualitas hasil identik dengan apa yang pelanggan terima saat proses produksi berakhir (Gronroos, 1984 dalam Brady dan Cronin, 2001). Dalam sumber yang sama, Rust dan Oliver (1994) menyebutnya sebagai produk jasa.

Pengukuran kualitas hasil dilakukan berdasarkan hasil penilaian variabel kesan. Hasil pengolahan data menunjukkan bahwa mayoritas responden (78,1%) mempersepsikan kualitas hasil yang didapatkan selama menjalani perawatan di Instalasi Rawat Inap ke dalam kategori baik. McAlexander, Kaldenberg, dan Koenig (1994) meyakini bahwa kualitas hasil yang dirasakan seorang pelanggan (pasien) menjadi determinan primer persepsi pasien terhadap kualitas jasa.

7.4.1 Kesan

Penilaian kesan responden dilakukan terhadap beberapa aspek, yaitu kesan atas pengalaman rawat yang baik, kesan atas petugas yang berusaha memberikan pelayanan yang terbaik, kesan atas kesesuaian pelayanan yang didapat dan yang dibutuhkan, kesan atas kondisi kesehatan yang membaik, serta kesan atas rasa aman selama mendapatkan perawatan. Berdasarkan hasil pengolahan data, terlihat bahwa sebanyak 89,6% responden memiliki kesan yang baik terhadap pelayanan Rawat Inap yang mereka terima.

Jika dilihat berdasarkan masing-masing aspek penilaian, didapatkan bahwa pada aspek terbentuknya kesan atas pengalaman yang baik selama dirawat, 94,8% responden yang memberikan penilaian positif. Sementara 5,2% lainnya memberikan penilaian yang negatif. Menurut Zeithaml, Parasuraman, dan Berry, karena pada dasarnya jasa tidak berwujud, maka jasa lebih sering disampaikan sebagai suatu kinerja (*performance*) dan pengalaman (*experiences*) (Zeithaml, Parasuraman, dan Berry, 1990). Jika masih terdapat responden yang memberikan penilaian negatif, hal tersebut mengarah pada dua kemungkinan, yaitu penyampaian pelayanan kesehatan yang belum maksimal atau adanya perbedaan persepsi antara orang yang satu dengan yang lain.

Pada dasarnya pertimbangan seorang pasien dalam menentukan apakah ia mendapatkan pengalaman rawat yang baik atau tidak, dipengaruhi oleh pengalaman pertemuan pasien tersebut dengan pihak penyelenggara pelayanan kesehatan itu sendiri, yang kemudian dapat berkembang menjadi dasar penentuan kepuasan pasien (Sureschedar et al., 2002 dalam Selvians, 2010). Pengalaman tersebut tentunya berkaitan dengan proses pemberian jasa itu sendiri, dimana kualitas jasa seringkali dapat dirasakan selama jasa tersebut diberikan, salah satunya pada saat terjadinya interaksi antara konsumen dan provider jasa tersebut (Zeithaml, Parasuraman, dan Berry, 1990). Mengingat temuan-temuan pada aspek kualitas jasa lain (kualitas interaksi dan lingkungan fisik) yang telah dibahas sebelumnya, hal tersebutlah yang dapat menjadi penyebab mengapa masih ada 5,2% responden yang mendapatkan kesan pengalaman yang buruk selama menjalani perawatan di ruang rawat inap dan 7,3% responden yang merasa pelayanan yang didapat belum sesuai dengan pelayanan yang dibutuhkan pasien.

Pada aspek kesan pasien atas petugas yang berusaha memberikan pelayanan yang terbaik, seluruh responden memberikan penilaian secara positif. Hal tersebut menunjukkan bahwa pasien mempersepsikan bahwa seluruh petugas sudah berusaha memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Gronroos (1990), dimana salah satu kriteria kualitas jasa yang dipersepsikan baik adalah jika pelanggan merasa bahwa pegawai yang bertugas memberikan perhatian besar pada pelanggan dan berusaha membantu

memecahkan masalah pelanggan secara spontan dan ramah (Gronroos, 1990 dalam Tjiptono, 2009).

Pada aspek kesan atas kondisi kesehatan yang membaik, terdapat 3,1% responden yang memberikan penilaian secara negatif. Berdasarkan wawancara secara tidak terstruktur, kesan tersebut muncul karena pasien yang bersangkutan masih berada dalam masa perawatan dan belum mendapatkan kesembuhan yang diharapkan, bukan disebabkan pelayanan kesehatan yang kurang maksimal. Terkait dengan aspek tersebut, kesembuhan memang menjadi tujuan utama setiap pasien yang menggunakan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Segenap ahli kesehatan beserta sarana prasarana kesehatan tentunya digunakan untuk menunjang proses kesembuhan tersebut. Namun di luar hal itu, masih terdapat faktor-faktor lain yang juga dapat mempengaruhi cepat atau lambatnya kesembuhan seseorang. Bahkan terkadang karena beberapa faktor tertentu, pasien yang dirawat di rumah sakit pun tidak sembuh. Oleh karena itu kesan negatif pasien terkait kondisi kesehatannya yang belum membaik memiliki kecenderungan diakibatkan karena proses kesembuhan masing-masing pasien yang berbeda-beda.

Pada aspek kesan atas rasa aman selama mendapatkan perawatan di Instalasi Rawat Inap, terdapat seorang responden yang memberikan penilaian secara negatif. Menurut Gwinner, Gremler, dan Bitner (1998), salah satu keuntungan yang dicari seorang pelanggan atau konsumen atas pemanfaatan jasa dari sebuah provider adalah *psychological benefit* (keuntungan psikologis). Keuntungan psikologis yang dimaksud adalah pelanggan cenderung mencari kenyamanan atau perasaan aman dalam menjalin kerjasama dengan sebuah provider jasa.

Berdasarkan wawancara secara tidak terstruktur pada responden yang bersangkutan, kesan tidak aman tersebut muncul terkait dengan penempatan ruang rawat pasien yang digabung bersamaan dengan pasien berpenyakit menular. Hal tersebut mengarah pada rasa khawatir akan tertular oleh penyakit dari pasien lain dan sama sekali tidak mengarah pada rasa takut akan terjadinya malpraktik oleh tenaga kesehatan yang bertugas.

Pada dasarnya pembentukan kesan seseorang atas suatu jasa yang diterima dipengaruhi oleh keseluruhan proses pemberian jasa itu sendiri. Meskipun

demikian, kesan juga dapat muncul pada pertemuan yang pertama dan dapat berubah seiring dengan berjalannya waktu.

Kesan merupakan perasaan yang timbul pada diri seseorang atas pertemuan atau penerimaan atas sesuatu, yang dapat membuat seseorang merasa puas atau tidak puas, senang atau tidak senang. Dalam konteks kualitas jasa, kesan mengacu pada atribut-atribut yang mempengaruhi keyakinan pelanggan bahwa hasil suatu jasa baik atau buruk, terlepas dari evaluasi pelanggan terhadap aspek lain dari pengalamannya (Brady & Cronin, 2001). Dan selanjutnya kesan dapat menjadi dasar pembentukan persepsi kepuasan pelanggan secara keseluruhan terhadap pelayanan tersebut (Sureschedar et al., 2002 dalam Selvians, 2010).

Terkait dengan pelayanan kesehatan di rumah sakit, pembentukan kesan atas kualitas jasa pelayanan kesehatan terkadang menjadi kurang signifikan untuk menjadi satu-satunya dasar pembentukan kepuasan pasien, mengingat mayoritas pasien tidak memiliki latar belakang pendidikan atau pengetahuan medis yang memadai. Pasien memiliki kecenderungan tidak dapat memberikan penilaian secara akurat atas pelayanan yang diberikan, apakah sudah sesuai dengan prosedur atau sudah sesuai dengan kebutuhan (Aditama, 2000). Meskipun demikian, rumah sakit tetap perlu mengupayakan pembentukan kesan yang baik di mata pasien (pelanggan) dengan cara memberikan pelayanan secara prima dan tidak membiarkan keluhan pasien tidak tertangani secara tuntas.

7.5 Gambaran Persepsi Kualitas Jasa Keseluruhan

Hasil pengolahan data menunjukkan bahwa sebanyak 69,8% responden mempersepsikan bahwa kualitas jasa pelayanan di Instalasi Rawat Inap baik. Sementara 30,2% lainnya mempersepsikan bahwa pelayanan yang mereka terima secara keseluruhan tergolong berkualitas buruk. Angka tersebut termasuk sangat mengejutkan mengingat Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto merupakan rumah sakit rujukan tertinggi untuk Rumah Sakit-rumah sakit Bhayangkara di seluruh Indonesia yang telah terakreditasi secara lengkap.

Schiffman (2001) dalam Ingrid (2004) menyebutkan bahwa persepsi merupakan suatu fungsi dari berbagai sumber masukan dari lingkungan dan dari predisposisi (kecenderungan) pribadi, ekspektasi, motif, dan pengetahuan yang

didapatkan dari pengalaman masa lalu. Selain itu, harapan seseorang pun dapat mempengaruhi persepsi seseorang atas suatu hal. Bahkan harapan dapat begitu mewarnai persepsi seseorang sehingga apa yang sesungguhnya dilihat sering diinterpretasikan lain agar sesuai dengan apa yang diharapkannya (Siagian, 1989). Berdasarkan hal tersebut serta mengingat bahwa pengukuran persepsi pasien atas kualitas jasa keseluruhan Instalasi Rawat Inap diukur berdasarkan hasil penilaian kualitas interaksi, kualitas lingkungan fisik, dan kualitas hasil, terlihat bahwa pembentukan persepsi seseorang atas pelayanan yang ia rasakan berlangsung dengan kompleks. Pembentukan persepsi kualitas jasa tersebut baik secara langsung maupun tidak langsung dipengaruhi oleh banyak faktor, termasuk dipengaruhi oleh ketiga komponen kualitas jasa yang telah disebutkan sebelumnya. Hal tersebut seakan membuktikan bahwa seorang konsumen tidak hanya mempersepsikan kualitas jasa berdasarkan outcome jasa yang telah dihasilkan saja (Zeithaml, Parasuraman, dan Berry, 1990).

Beberapa jenis jasa mungkin akan lebih menekankan pada proses penyampaian jasa itu sendiri, sehingga evaluasi terhadap jasa oleh satu konsumen dengan konsumen lain dapat berbeda-beda, tergantung dengan pengalaman mereka masing-masing yang hanya dapat dibedakan setelah pembelian atau selama konsumsi. Terlebih kadangkala proses evaluasi tersebut sulit dilakukan karena tidak semua konsumen dapat menilai apakah jasa yang telah mereka terima sudah sesuai dengan yang seharusnya atau tidak (Lovelock dan Wright, 2005 dalam Setiawan, 2011).

Adanya fakta bahwa pelanggan dapat menemui kesulitan dalam mempersepsikan suatu kualitas jasa juga diungkapkan oleh Aditama (2000). Ia menyatakan bahwa dalam bidang kesehatan, konsumen (pasien) tidak berada dalam posisi yang memiliki kemampuan menilai secara pasti atas mutu pelayanan klinik yang diterimanya (Aditama, 2000). Hal tersebut menyebabkan persepsi yang muncul antara orang yang satu dengan yang lain dapat berbeda pula. Walaupun proses pembentukan persepsi pada masing-masing individu dapat dipengaruhi oleh faktor yang berbeda-beda, pihak rumah sakit harus memahami bahwa fokus utama dalam industri jasa merupakan kualitas jasa itu sendiri, baik mulai dari persiapan, pengelolaan, penyampaian, hingga proses evaluasi.

Sebagai sebuah institusi penyedia pelayanan kesehatan yang menonjolkan jasa sebagai kekuatan utama produksi, rumah sakit perlu memperhatikan strategi pengelolaan atau operasionalnya. Menurut Ratnasari dan Aksa (2011), salah satu langkah agar sebuah perusahaan penyedia jasa dapat sukses di bidangnya, perusahaan tersebut harus menerapkan prinsip *customer needs*, dimana jasa yang ditawarkan harus dapat mengikuti kebutuhan pelanggan (kebutuhan pasar), responsif terhadap masalah, fokus, dan dapat mempertahankan jasa yang telah memaksimalkan kebutuhan pelanggan.

Pelanggan harus diperlakukan sebagai *private audience* (kelompok personal), bukan kelompok besar karena masing-masing individu memiliki keinginan yang berbeda satu sama lain (Ratnasari dan Aksa, 2011). Pengemasan dan penyelenggaraan pelayanan yang berorientasi pada kebutuhan pelanggan ini dirasa penting, karena salah satu faktor yang mempengaruhi bagaimana seorang pelanggan menilai jasa yang dikonsumsi adalah sejauh mana pelayanan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan pelanggan itu sendiri (Tjiptono, 2009).

Jika rumah sakit tidak dapat memenuhi kebutuhan dan memahami keinginan yang masyarakat harapkan, maka rumah sakit akan ditinggalkan oleh masyarakat (Soejitno, 2002) dalam Ilhamsyah, 2003). Lebih lanjut Soejitno menyatakan bahwa salah satu langkah kongkrit dalam mereformasi perumahsakit di Indonesia adalah dengan cara meningkatkan kualitas sumber daya manusia rumah sakit, terutama bagi petugas-petugas yang berhubungan langsung dengan pasien.

Selain itu, ketersediaan dan kemudahan akses informasi oleh pelanggan (pasien) juga patut untuk ditingkatkan, karena menurut Foster (2002) pelanggan yang merasa puas adalah pelanggan yang diberikan informasi (Foster, 2002 dalam Ilhamsyah, 2003). Dan untuk menunjang terselenggaranya akses informasi yang baik, pihak rumah sakit perlu mengembangkan komunikasi yang efektif dan konsisten. Menurut Tjiptono (2001), komunikasi yang efektif dan konsisten merupakan salah satu strategi dasar dari organisasi pelayanan dalam meningkatkan kualitas layanan (Tjiptono, 2001). Aspek komunikasi tersebut dirasa sangat penting karena juga berkaitan dengan bagaimana mengelola keluhan pasien dengan baik. Dan sebagai tambahan, pengelolaan fasilitas-fasilitas

pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dengan baik juga dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (Sulastomo, 2000 dalam Ilhamsyah, 2003).

Dengan terbentuknya komponen-komponen penunjang pelayanan yang berkualitas (sumber daya manusia, fasilitas, dan sistem), akan membuat proses pemberian pelayanan berlangsung dengan lebih baik. Dengan sendirinya, pasien akan memiliki kecenderungan mempersepsikan kualitas jasa RS Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto secara positif. Selain itu, dengan adanya fasilitas dan sistem pelayanan pasien yang baik, keluhan-keluhan pasien dapat diakomodir dan ditangani dengan lebih baik. Pada akhirnya persepsi yang positif tersebut tentunya akan mengarahkan pasien pada terciptanya suatu kepuasan.

Isu tentang kepuasan pasien patut diperhatikan, mengingat kepuasan atau ketidakpuasan pelanggan akan memberikan pengaruh pada pola perilaku pelanggan selanjutnya, apakah akan kembali menggunakan pelayanan yang sama atau tidak. Terlebih pelanggan yang tidak puas memiliki kemungkinan untuk memberikan referensi negatif kepada orang lain atas pelayanan yang pernah ia terima yang dapat berdampak pada citra rumah sakit (Ratnasari dan Aksa, 2011).

Menurut Kotler dan Keller (2007) dalam Ratnasari dan Aksa (2011), salah satu cara untuk meningkatkan kepuasan pelanggan melalui aspek kualitas jasa adalah dengan memperkecil kesenjangan-kesenjangan yang terjadi antara pihak manajemen rumah sakit dengan pelanggan (pasien dan keluarga). Sebagai langkah awal dalam rangka mewujudkan visi dan misi Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto, pihak rumah sakit diharapkan melakukan kajian yang mendalam pada permasalahan yang bersifat penting dan mendesak yang berlangsung di lingkungan pelayanan rumah sakit, yaitu diantaranya dengan mengadakan riset pelayanan dengan menggunakan metode *customer focus* (fokus pada pelanggan). Sementara dalam hal monitoring pelaksanaan pelayanan yang selama ini sudah berlangsung di lingkungan Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto, yang salah satunya diselenggarakan oleh Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan, baik melalui laporan, rapat, maupun inspeksi langsung ke lapangan, diharapkan kegiatan monitoring tersebut diikuti dengan upaya-upaya penindaklanjutan yang lebih sistematis dan nyata sebagai bagian evaluasi dari hasil monitoring yang telah dilakukan.

BAB 8

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1 Kesimpulan

Penelitian mengenai studi kualitas jasa pelayanan Instalasi Rawat Inap B dan C Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto ini dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

- a. Persepsi pasien pada kualitas interaksi yang terselenggara di Instalasi Rawat Inap B dan C mayoritas tergolong dalam kategori baik. Namun diantara keenam variabel pengukuran kualitas interaksi, persentase terbesar atas penilaian yang buruk terjadi pada variabel perilaku dokter dan perilaku perawat dengan persentase 11,5%, yang menunjukkan belum maksimalnya penyelenggaraan pelayanan prima yang didapatkan pasien.
- b. Persepsi pasien pada kualitas lingkungan fisik Instalasi Rawat Inap B dan C mayoritas tergolong baik. Dari kedua variabel pengukuran kualitas lingkungan fisik, variabel desain ruangan mayoritas dinilai baik, sementara variabel kondisi ruangan lebih banyak mendapatkan penilaian buruk, yaitu sebesar 33,3%, yang berarti kondisi fisik ruangan masih memerlukan banyak perbaikan, baik dari segi perawatan maupun pengelolaan, sehingga dapat memberikan kenyamanan dan ketenangan pasien secara maksimal.
- c. Persepsi pasien pada kualitas hasil Instalasi Rawat Inap B dan C yang diukur melalui variabel kesan mayoritas tergolong dalam kategori baik. Hal tersebut menunjukkan bahwa dibalik segala kekurangan yang ada, mayoritas pasien mendapatkan pengalaman yang baik selama dirawat di Instalasi Rawat Inap B dan C.
- d. Secara keseluruhan, persepsi pasien pada kualitas jasa Instalasi Rawat Inap B dan C mayoritas tergolong dalam kategori baik (69,8%). Meskipun baik, pencapaian tersebut menunjukkan bahwa pelayanan yang dipersepsikan pasien masih belum memenuhi harapan pasien.

8.2 Saran

Berdasarkan pembahasan dan kesimpulan penelitian, maka dalam rangka proses peningkatan kualitas jasa di lingkungan Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto, diajukan saran-saran sebagai berikut.

8.2.1 Bagi Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto

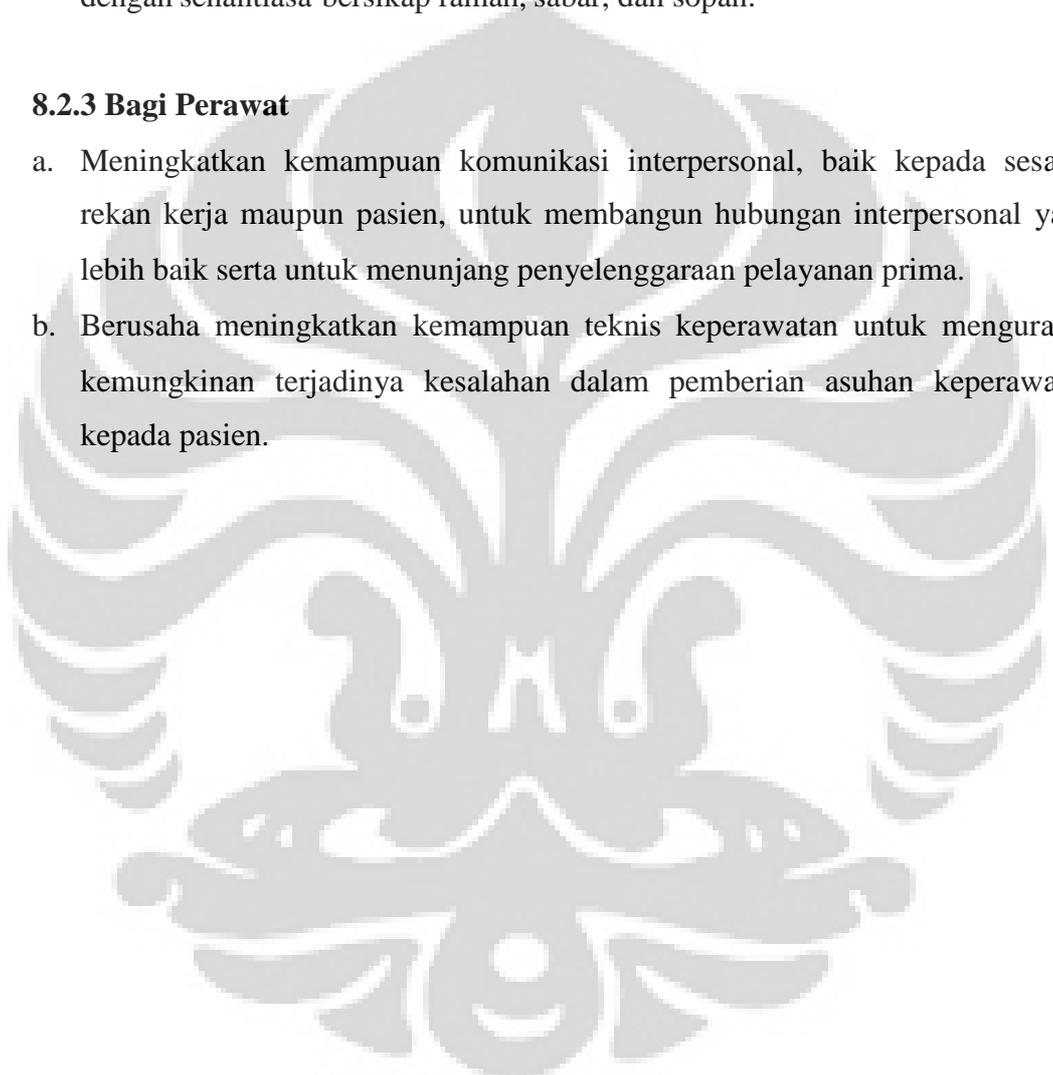
- a. Meningkatkan upaya pemeliharaan fasilitas fisik, baik dari segi perencanaan pengadaan, perawatan fungsi, dan kebersihannya.
- b. Penyediaan alat-alat kebersihan yang memadai dan memberikan upaya-upaya edukasi (pendidikan) bagi pengguna toilet (pasien atau keluarga pasien) yang dapat dilakukan melalui pembuatan media informasi seperti instruksi atau himbauan tertulis dan atau bergambar yang tertempel di area toilet sebagai bentuk kerjasama antara penyedia jasa dan pemakai jasa.
- c. Meninjau kembali implementasi peraturan besuk pasien terkait dengan kenyamanan dan ketenangan ruangan serta mempertimbangkan pemberlakuan kembali kartu besuk untuk menciptakan suasana besuk yang lebih kondusif.
- d. Mengevaluasi pelaksanaan pelatihan pelayanan prima melalui monitoring implementasi pelayanan prima pasca pelatihan untuk mengukur peningkatan kualitas pelayanan baik pada profesi kedokteran maupun keperawatan. Selain itu upaya monitoring perlu diikuti dengan upaya penindaklanjutan hasil monitoring pelaksanaan pelayanan secara lebih sistematis dan nyata.
- e. Merumuskan perencanaan pelatihan komunikasi interpersonal serta pelatihan penanganan komplain secara lebih aplikatif dan merata bagi seluruh perawat pelaksana di Instalasi Rawat Inap untuk menunjang proses penyampaian pelayanan yang berkualitas.
- f. Untuk meningkatkan motivasi perawat, pihak rumah sakit disarankan untuk mulai mengadakan sistem *reward* bagi perawat-perawat teladan, baik dalam bentuk penghargaan sertifikat *Employee of The Month* atau dalam bentuk hadiah berupa barang atau tunjangan. Sistem *reward* ini diharapkan dapat memicu kemauan dan kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan yang terbaik.
- g. Pembuatan uraian tugas yang jelas bagi Pegawai Pos sehingga mengurangi pendelegasian tugas secara berulang dan dapat mencapai efektifitas kerja.

8.2.2 Bagi Dokter

- a. Berusaha menyediakan waktu yang cukup untuk melakukan komunikasi interpersonal, terutama dengan pasien, untuk menunjang keberhasilan proses anamnesa, diagnosa, hingga tahapan pemeriksaan atau tindakan selanjutnya.
- b. Dokter diharapkan dapat memberikan contoh yang baik kepada tenaga kesehatan lainnya, terlebih dalam hal bersikap kepada pasien, salah satunya dengan senantiasa bersikap ramah, sabar, dan sopan.

8.2.3 Bagi Perawat

- a. Meningkatkan kemampuan komunikasi interpersonal, baik kepada sesama rekan kerja maupun pasien, untuk membangun hubungan interpersonal yang lebih baik serta untuk menunjang penyelenggaraan pelayanan prima.
- b. Berusaha meningkatkan kemampuan teknis keperawatan untuk mengurangi kemungkinan terjadinya kesalahan dalam pemberian asuhan keperawatan kepada pasien.



DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, Tjandra Yoga. (2000). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.
- Akbar, Mohammad Muzahid & Parvez, Noorjahan. (2009). *Impact of Quality, Trust, and Customer Satisfaction Endanger Customer Loyalty*. ABAC Journal Vol. 29, No. 1 (January-April 2009), pp.24-38. 18 November 2011. http://www.journal.au.edu/abac_journal/2009/jan09/article02JanApr2009.pdf
- Alotaibi, Eid K., Al-Sabbahy, Hesham, & Lockwood, Andrew. (2011). *Interaction Quality in Service Encounter: Scale Development and Validation*. International CHRIE Conference-Refereed Track, Paper 9 (July 29, 2011). 12 Maret 2012. http://scholarworks.umass.edu/refereed/ICHRIE_2011/Friday/9
- Altfeld, James. *Customer Loyalty*. 19 Oktober 2011. [www.altfeldinc.com/.../Customer %20Loyalty...](http://www.altfeldinc.com/.../Customer%20Loyalty...)
- Anderson, Eugene W.. (1998). *Customer Satisfaction and Word of Mouth*. Journal of Service Research, Vol. 1, No. 1, August 1998. 9 Maret 2012. http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/68654/2/10.1177_109467059800100102.pdf
- Ariyanti, Dwi Retno. (2005). *Gambaran Persepsi Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan Unit Rawat Jalan di Rumah Sakit Prikasih Tahun 2005*. Skripsi. Program Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Azwar, Azrul. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Babakus, Emin dan Mangold, W. Glynn. (1992). *Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation*. HSR: Health Services Research 26:2 (Februari 1992). 2 Desember 2011. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1069855/pdf/hsresearch00075-0070.pdf>

- Brady, Michael K. & Cronin, J. Joseph. (2001). *Some New Thoughts on Conceptualizing Perceived Service Quality: A Hierarchical Approach*. *Journal of Marketing*: Vol. 65, No. 3, pp. 34-49. 19 Oktober 2011. <http://www.jstor.org/stable/3203465?origin=JSTOR-pdf&>
- Carayon, Pascale & Gurses, Ayse P.. (2008). *Chapter 30. Nursing Workload and Patient Safety-A Human Factors Engineering Perspective*. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, Vol.2. 3 Maret 2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2657/pdf/ch30.pdf>
- Chung Tzer Liu, Yi Maggie Guo, & Chia Hui Lee. (2011). *The Effects of Relationship Quality and Switching Barriers on Customer Loyalty*. *International Journal of Information Management*, Volume 31, Issue 1, February 2011, Pages 71-79. 1 November 2011. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0268401210000691>
- Cox, Tom, Griffiths, Amanda, & Cox, Sue. (1994). *Work-related Stress in Nursing: Controlling The Risk to Health*. 3 Maret 2012. <http://www.bvsde.paho.org/bvsast/i/fulltext/nurse/nurse.pdf>
- Defiardi. (2003). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepuasan dan Minat Kunjungan Ulang Pasien Rawat Jalan pada Poliklinik Obstetri dan Ginekologi RSUD Kayuagung Tahun 2003*. Tesis. Program Pasca Sarjana KARS Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2009). *Profil Kesehatan Indonesia 2008*. Jakarta: Depkes RI.
- Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Workshop Nasional Pengembangan Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit*. 22 Oktober 2011. http://buk.depkes.go.id/index.php?option=com_content&view=article&id=213:workshop-nasional-pengembangan-pelayanan-keperawatan-di-rumah-sakit-&catid=113:kepe-rawatan&Itemid=139
- Dwijayani, Lidya. (2009). *Analisis Hubungan antara Kualitas Jasa dengan Keputusan Pemilihan Pelayanan Kelas Rawat Inap I, II, dan III A RSUD Pasar Rebo Mei 2009*. Skripsi. Program Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

- Gwinner, Kevin P., Gremler, Dwayne D., & Bitner, Mary Jo. (1998). *Relational Benefits in Services Industries: The Customer's Perspective*. Journal of the Academy of Marketing Science, Vol. 26, No. 2, pages 101-114. 9 Maret 2012. http://www.gremler.net/personal/research/1998_Relational_Benefits_JAMS.pdf
- Hastono, Sutanto Priyo. (2007). *Modul Analisis Data Kesehatan*. Universitas Indonesia: Fakultas Kesehatan Masyarakat.
- Ikatan Dokter Indonesia. (2004). *Kode Etik Kedokteran Indonesia dan Pedoman Pelaksanaan Kode Etik Kedokteran Indonesia*. 21 Februari 2012. <http://hukum.unsrat.ac.id/etc/kode-etik-kedokteran.pdf>
- Ilhamsyah, Astri. (2003). *Analisis Kualitas Jasa pada Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Pasar Rebo Jakarta Timur Tahun 2003*. Tesis. Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia.
- Ingrid Y. Lin. (2004). *Evaluating A Servicescape: The Effect of Cognition and Emotion*. International Journal of Hospitality Management. 12 Maret 2012. <http://www.ba.aegean.gr/m.sigala/paper-servicescape.pdf>
- Irianto, Torry Duet. (2003). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kunjungan Ulang Pasien Rawat Jalan Puskesmas Se-kota Metro Proponsi Lampung Tahun 2003*. Tesis. Program Pasca Sarjana IKM Universitas Indonesia.
- Ishikawa, Hirono, et al.. (2009). *Patient Health Literacy and Patient-Physician Information Exchange During a Visit*. Family Practice-An International Journal. 3 Maret 2012. <http://fampra.oxfordjournals.org/content/26/6/517.full.pdf+html>
- Kallenbach, Jan. (2008). *The Experience of Interaction Quality*. Helsinki University of Technology. 12 Maret 2012. <http://www.cs.uta.fi/~ux-emotion/submissions/Kallenbach.pdf>
- Kaplan, Sherrie H., Greenfield, Sheldon, & Ware, John E., Jr.. (1989). *Assessing the Effects of Physician-Patient Interactions on the Outcomes of Chronic Disease*. Medical Care, Vol. 27, No. 3, Supplement: Advances in Health Status Assessment: Conference Proceedings (Mar., 1989), pp. S110-S127.

3 Maret 2012. <http://www.jstor.org/stable/pdfplus/3765658.pdf?acceptTC=true>

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2010). *Profil Kesehatan Indonesia 2009*. Jakarta: Kemenkes RI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2011). *Profil Kesehatan Indonesia 2010*. Jakarta: Kemenkes RI.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 631/MENKES/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) di Rumah Sakit.

Keputusan Menteri Kesehatan no: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

Lambrou, Persefoni, Kontodimopoulos, Nick, & Niakas, Dimitris. (2010). *Motivation and Job Satisfaction among Medical and Nursing Staff in A Cyprus Public General Hospital*. *Human Resources for Health* 2010, 8:26. 21 Maret 2012. <http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-8-26.pdf>

Mar'at. (1984). *Sikap Manusia Perubahan serta Pengukurannya*. Bandung: Ghalia Indonesia.

Marvianta, Yohanes Bosco A.. (2004). *Analisis Pengaruh Kualitas Interaksi, Kualitas Lingkungan Fisik dan Kualitas Hasil terhadap Kualitas Jasa Studi Kasus Fakultas Ekonomi Ukrida di Jakarta*. Tesis. Program Pasca Sarjana Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.

Moliner, Miguel A.. (2009). *Loyalty, Perceived Value and Relationship Quality in Healthcare Services*. *Journal of Service Management*, Vol. 20, No. 1, pp. 76-97. 1 November 2011. <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=1775057&show=abstract>

Morgan, Robert M. & Hunt, Shelby D.. (1994) *The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing*. *The Journal of Marketing*, Vol. 58, No. 3 (Jul., 1994), pp. 20-38. 24 November 2011. <http://www.jstor.org/stable/1252308>

Muharmawati, Rohmi. (2004). *Gambaran Persepsi Pasien/Keluarga Pasien Rawat Inap Kelas III terhadap Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit*

Angkatan Laut Marinir Cilandak Tahun 2004. Skripsi. Program Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Mulyani, Sri. (2008). *Analisis Pengaruh Faktor-faktor Kecerdasan Emosi terhadap Komunikasi Interpersonal Perawat dengan Pasien di Unit Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang Tahun 2008*. Tesis. Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro.

Murti, Bhisma. (2010). *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

NN. (2 Maret 2010). *Age Categories, Life Cycle Groupings*. 5 Januari 2012. <http://www.statcan.gc.ca/concepts/definitions/age2-eng.htm>

NN. (20 September 2007). *Indikator-indikator Pelayanan Rumah Sakit (BOR, AVLOS, TOI, BTO, GDR, NDR)*. 16 Juli 2011. <http://heryant.web.ugm.ac.id/artikel2.php?id=30>

NN. (2009). *Instalasi Rawat Jalan dan Poliklinik Spesialis*. 21 November 2011. <http://www.uripsumoharjo.com/page/23/instalasi-rawat-jalan-poliklinik-spesialis.html>

NN. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. 30 November 2011. http://bahasa.cs.ui.ac.id/kbbi/kbbi.php?keyword=ahli&varbidang=all&var_dialek=all&varragam=all&varkelas=all&submit=tabel

NN. *Konsep Dasar tentang Organizational Trust*. 1 Desember 2011. <http://www.scribd.com/doc/11465624/Nambah-Ilmu-Tentang-Konsep-Organizational-Trust>

NN. *Pedoman Teknis Sarana dan Prasarana Bangunan Instalasi Rawat Inap (Umum)*. 20 Februari 2012. http://buk.depkes.go.id/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=766&Itemid=142

Notoatmodjo, Soekidjo. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/148/I/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat.

- Pusat Komunikasi Publik, Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI. *Menkes Resmikan Fasilitas Ruang Perawatan Kelas III RSUP Fatmawati*. 28 Februari 2012. http://www.bppsdmk.depkes.go.id/index.php?option=com_content&view=article&id=193:menkes-resmikan-fasilitas-ruang-perawatan-kelas-iii-rsup-fatmawati&catid=38:berita&Itemid=82
- Ratnasari, Ririn T. & Aksa, Mastuti H.. (2011). *Teori dan Kasus Manajemen Pemasaran Jasa*. Bogor: Penerbit Ghalia Indonesia.
- Rauyruen, Papassapa, Miller, Kenneth E., & Barret, Nigel J.. (2007). *Relationship Quality as A Predictor of B2B Customer Loyalty*. 19 Oktober 2011. www.impgroup.org/uploads/papers/4744.pdf
- Reichheld, Frederick F & Sasser, W.Earl. (1990). *Zero Defections: Quality Comes to Services*. Harvard Business Review: September-Oktober 1990. 19 Oktober 2011. <http://www.academics.eckerd.edu/.../Zero%20Defections>
- Reiling, John, Hughes, R.G., & Murphy, Mike R.. (2008) *Chapter 28. The Impact of Facility Design on Patient Safety*. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses, Vol.2. 26 Maret 2012. http://etd.fcla.edu/UF/UFE0000857/edge_k.pdf
- Sabri, Luknis dan Hastono, Sutanto Priyo. (2008). *Statistik Kesehatan Edisi Revisi*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Selvians, Dayvi. (2010). *Analisis Tingkat Loyalitas Pelanggan Ditinjau dari Kepuasan terhadap Kualitas Pelayanan di Klinik Penyakit Dalam Afiat RS PMI Bogor Tahun 2010*. Skripsi. Program Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Setiawan, Supriadi. (2011). *Loyalitas Pelanggan Jasa; Studi Kasus Bagaimana Rumah Sakit Mengelola Loyalitas Pelanggannya*. Bogor: PT Penerbit IPB Press.
- Siagian, Sondang P.. (1989). *Teori Motivasi dan Aplikasinya*. Jakarta: Bina Aksara.
- Siddiqi, Kazi Omar. (2010). *Interrelations between Service Quality Attributes, Customer Satisfaction and Customer Loyalty in Retail Banking Sector in Bangladesh*. International Trade and Academic Research Conference.

- London: Buckinghamshire New University. 19 Oktober 2011.
<http://www.abrnr.com/pdf/...>
- Snook, I. Donald. (1992). *Hospitals: What They Are and How They Work* (2nd ed).
 USA: An Aspen Publication.
- Subbag Diklit. (2011). *Dokumen Rencana Kerja Rumkit Puspok R.S. Sukanto T.A. 2011*. Jakarta: Subbag Diklit
- Subdep SIM & Rekam Medis. (2008). *Laporan Kegiatan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto tahun 2008*. Jakarta: Subdep SIM & Rekam Medis.
- Sulastomo. (2000). *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Sunarliyah, Devi. (2011). *Analisis Loyalitas Pasien Rawat Jalan di Poli Umum RSUD Kota Cilegon Tahun 2011*. Skripsi. Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Syafriyati, Desi. (2005). *Gambaran Persepsi Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan di Ruang Rawat Inap RSUD FK UKI Tahun 2005*. Skripsi. Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Thom, David H., Hall, Mark A., dan Pawlson, L. Gregory. (2004). *Measuring Patients' Trust in Physicians when Assessing Quality of Care*. *Health Affairs* Vol.23, no. 4 (2004): 124 – 132. 23 November 2011. <http://content.healthaffairs.org/content/23/4/124.full.pdf+html>
- Tjiptono, Fandy. (2009). *Service Marketing: Esensi dan Aplikasi*. Yogyakarta: Marknesis.
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
- WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. (2007). *Communication During Patient Hand-Overs*. *Patient Safety Solutions*, Vol. 1, Solution 3, May 2007. 9 Maret 2012. <http://www.ccforspatientsafety.org/common/pdfs/fpdf/presskit/PS-Solution3.pdf>

- Widajat, Rochmanadji. (12 Agustus 2003). *Rumah Sakit pada Era Perdagangan Bebas*. 22 Oktober 2011. <http://www.suaramerdeka.com/harian/0308/12/kha2.htm>
- Widiastuti, Messy. (1997). *Hubungan Profil Pasien dan Pelayanan Tenaga Medis terhadap Tingkat Kunjungan Rawat Jalan RSUD Ungaran Kabupaten Semarang Jawa Tengah*. Tesis. Program Studi KARS Universitas Indonesia.
- Wijono, Djoko. (2000). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan: Teori, Strategi dan Aplikasi, Volume 2*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Yildiz, Zeki, Ayhan, Sevgi, & Erdogmus, Senol. (2007). *The Impact of Nurses' Motivation to Work, Job Satisfaction, and Sociodemographic Characteristic on Intention to Quit Their Current Job: An Empirical Study in Turkey*. *Applied Nursing Research* 22 (2009) 113-118. 20 Maret 2012. http://ac.els-cdn.com/S0897189707000924/1-s2.0-S0897189707000924-main.pdf?_tid=f8d5a852d49c4142b083a899c68d4920&acdnat=1332235198_349b6c647c8ec2a2c1035f1702a4bafd
- Yuliana, Terry. *Analisis Pemberian Kompensasi Finansial dan Non Finansial dengan Kinerja Perawat PNS di Instalasi Rawat Inap A, B, C Rumah Sakit Bhayangkara TK I R. Said Sukanto Kramat Jati Tahun 2010*. Skripsi. Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Zeithaml, Valarie A., Parasuraman, A., dan Berry, Leonard L.. (1990). *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations*. New York: The Free Press.



KUESIONER PENELITIAN
STUDI KUALITAS JASA INSTALASI RAWAT INAP
RS BHAYANGKARA TK.I RADEN SAID SUKANTO
TAHUN 2012

Ruang :

Kelas :

Nomor :

Bapak/ Ibu/ Saudara/ I yang terhormat,

Saya Na'ila Rahmita Sari, mahasiswa S1 Reguler Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM UI) peminatan Manajemen Rumah Sakit (MRS) sedang mengadakan penelitian mengenai studi kualitas jasa pelayanan Rawat Inap RS Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto tahun 2012, yang dilaksanakan dalam rangka penyusunan tugas akhir (skripsi). Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi pihak RS Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan Rawat Inap.

Oleh karena itu, saya mohon agar Bapak/ Ibu/ Saudara/ i bersedia untuk mengisi kuesioner penelitian ini dengan jujur. Data yang Bapak/ Ibu/ Saudara/ i berikan akan sangat bermanfaat bagi penelitian ini. Penulis menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi responden. Informasi dari penelitian ini bersifat **rahasia** dan hanya akan digunakan untuk kepentingan pendidikan.

Atas perhatian dan kesediaan Bapak/ Ibu/ Saudara/ i untuk mengisi kuesioner ini, saya ucapkan terimakasih.

A. IDENTITAS RESPONDEN

Petunjuk pengisian:

Isi atau beri tanda silang [X] jawaban yang menurut Anda sesuai dengan situasi dan kondisi Anda.

1. Identitas Umum

Nama pasien : (identitas akan dirahasiakan)

Usia : (1). Anak-anak (0-14 th) (3). Dewasa (25-64 th)
 (2). Remaja (15-24 th) (4). Lansia (>65 th)

Jenis kelamin : (1). Laki-laki (2). Perempuan

Pendidikan terakhir : (1). SD (4). Diploma
 (2). SMP (5). Sarjana
 (3). SMA (6). Pasca Sarjana

Pekerjaan saat ini : (1). Tidak bekerja/ Ibu rumah tangga (5). Swasta
 (2). Pelajar/ Mahasiswa (6). Wirausaha
 (3). Buruh/ Pembantu (7). PNS/ BUMN/ ABRI
 (4). Tani

2. Anda adalah pasien yang digolongkan ke dalam:

(1). Pasien Dinas (3). Pasien Umum

(2). Pasien Askes (4). Pasien jaminan, tagihan, SKTM, gakin

3. Apakah sebelumnya Anda pernah dirawat inap di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto?

(1). Pernah (2). Tidak Pernah

4. Lama Anda dirawat hingga hari ini.

(1). < 3 hari (3). 7-10 hari (5). > 14 hari

(2). 3-6 hari (4). 11-14 hari

5. Apakah Anda pernah memberitahu petugas rumah sakit (memberikan komplain) jika Anda merasa tidak puas dengan pelayanan yang diberikan?

(1). Pernah (2). Tidak Pernah

B. VARIABEL INDEPENDEN

Petunjuk pengisian:

Jawablah dengan memberi tanda silang [X] pada kotak (1/2/3/4) sesuai dengan pilihan Anda. **Tidak ada jawaban yang BENAR atau SALAH.** Yang paling tepat adalah menggambarkan apa yang Anda rasakan selama mendapatkan pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto.

1 = STS = sangat tidak setuju

3 = S = setuju

2 = TS = tidak setuju

4 = SS = sangat setuju

ASPEK PENILAIAN		STS	TS	S	SS
I	Kualitas Interaksi				
	a Sikap Dokter				
	1. Dokter yang menangani saya peduli dengan kondisi kesehatan saya.	1	2	3	4
	2. Menurut saya, dokter yang merawat saya mengerti akan kebutuhan saya.	1	2	3	4
	3. Dokter yang merawat saya <u>terkadang merasa kesal</u> menjawab pertanyaan-pertanyaan saya.	1	2	3	4
	b Sikap Perawat				
	4. Saya merasa bahwa perawat di ruang Rawat Inap memperhatikan kondisi kesehatan saya.	1	2	3	4
	5. Menurut saya, perawat di ruang Rawat Inap melayani saya dengan ramah.	1	2	3	4
	6. Perawat di ruang Rawat Inap bersikap sopan kepada saya.	1	2	3	4
	7. Selama saya dirawat, perawat segera memberi bantuan bila diperlukan.	1	2	3	4
	8. Perawat di ruang Rawat Inap mau menjawab pertanyaan-pertanyaan saya dengan sabar.	1	2	3	4
	9. Saya merasa bahwa perawat di ruang Rawat Inap mengerti kebutuhan saya.	1	2	3	4
	c Perilaku Dokter				
	10. Dokter yang merawat saya akan melakukan apapun agar saya bisa mendapatkan semua perawatan yang saya butuhkan.	1	2	3	4
	11. Dokter yang merawat saya dapat segera membuat keputusan yang tepat di saat dibutuhkan.	1	2	3	4
	12. Kunjungan (<i>visite</i>) dokter dilakukan dengan tepat waktu.	1	2	3	4
	13. Dokter yang merawat saya mau mendengarkan keluhan saya.	1	2	3	4
	d Perilaku Perawat				
	14. Saya merasa bahwa perawat di ruang Rawat Inap tanggap dalam mengambil tindakan yang sesuai dengan kondisi saya.	1	2	3	4
	15. Menurut saya, perawat di ruang Rawat Inap merespon kebutuhan saya dengan cepat.	1	2	3	4
	16. Perawat di ruang Rawat Inap mau mendengarkan keluhan atau kegelisahan saya.	1	2	3	4
	17. Perawat di ruang Rawat Inap berusaha menghibur saya jika saya merasa sedih dan kesepian.	1	2	3	4
	18. Perawat di ruang Rawat Inap mau mencari informasi yang saya butuhkan.	1	2	3	4
	e Keahlian Dokter-				
	19. Saya merasa dokter yang menangani saya adalah dokter yang ahli dalam bidangnya.	1	2	3	4

ASPEK PENILAIAN		STS	TS	S	SS	
e	-Keahlian Dokter					
	20. Saat memberikan penjelasan kepada saya, dokter menggunakan bahasa yang mudah saya mengerti.	1	2	3	4	
	21. Saya merasa bahwa obat yang diresepkan dokter untuk saya membuat kondisi kesehatan saya semakin membaik.	1	2	3	4	
	22. Dokter yang merawat saya <u>pernah melakukan kesalahan</u> saat menentukan penyakit apa yang saya derita.	1	2	3	4	
	f	Keahlian Perawat				
		23. Menurut saya, perawat di ruang Rawat Inap betul-betul memahami pekerjaan mereka.	1	2	3	4
		24. Saya merasa bahwa perawat di ruang Rawat Inap dapat merawat saya dengan baik.	1	2	3	4
25. Perawat di ruang Rawat Inap mampu memberikan informasi kesehatan dengan bahasa yang mudah saya mengerti.		1	2	3	4	
26. Perawat di ruang Rawat Inap mampu menjawab pertanyaan saya dengan tidak berbelit-belit.		1	2	3	4	
27. Perawat di ruang Rawat Inap <u>pernah melakukan kesalahan</u> saat memberikan tindakan keperawatan kepada saya.	1	2	3	4		
II	Kualitas Lingkungan Fisik					
a	Kondisi Ruangan					
	28. Toilet di ruang Rawat Inap bersih dan tidak licin.	1	2	3	4	
	29. Saya merasa bahwa kondisi fisik ruang Rawat Inap terawat dengan baik.	1	2	3	4	
	30. Ruang Rawat Inap selalu dijaga kebersihannya.	1	2	3	4	
	31. Sarana prasarana (tempat tidur, AC, toilet, dsb) yang ada di dalam ruang Rawat Inap berada dalam kondisi baik dan layak pakai.	1	2	3	4	
	32. <u>Saya merasa terganggu</u> dengan suara-suara keramaian di sekitar ruangan tempat saya dirawat.	1	2	3	4	
	33. Saya merasa nyaman dengan suasana ruang Rawat Inap tempat saya dirawat.	1	2	3	4	
	b	Desain Ruangan-				
		34. Saya menyukai tata letak ruang Rawat Inap tempat saya dirawat.	1	2	3	4
		35. Menurut saya, letak Pos Perawat di ruang Rawat Inap dapat mendukung pelayanan yang ada.	1	2	3	4
		36. Saya menyukai pemilihan warna dan mebel yang digunakan dalam ruang Rawat Inap.	1	2	3	4
		37. Saya merasa tata letak peralatan kesehatan yang ada di ruang Rawat Inap sudah sesuai pada tempatnya.	1	2	3	4
	III	Kualitas Hasil				
a	Kesan					
	38. Saya memiliki pengalaman yang baik selama dirawat di ruang Rawat Inap RS Polri.	1	2	3	4	
	39. Saya tahu bahwa petugas di ruang Rawat Inap berusaha memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasiennya.	1	2	3	4	
	40. Saya percaya bahwa pelayanan yang diberikan di ruang Rawat Inap sesuai dengan apa yang saya butuhkan.	1	2	3	4	
	41. Selama dirawat di ruang Rawat Inap RS Polri, kondisi kesehatan saya berangsur-angsur membaik.	1	2	3	4	
	42. Saya merasa aman saat menerima pengobatan selama dirawat di ruang Rawat Inap RS Polri.	1	2	3	4	

Mohon periksa kembali kelengkapan isian dan jawaban Anda.

HASIL UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS KUESIONER

1. Variabel Sikap Dokter

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.787	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
dokter yang menangani saya peduli dengan kondisi kesehatan saya	6.12	.462	.588	.753
menurut saya, dokter yang merawat saya mengerti akan kebutuhan saya	6.17	.319	.773	.545
dokter yang merawat saya terkadang merasa kesal menjawab pertanyaan-pertanyaan saya	6.29	.563	.589	.772

2. Variabel Sikap Perawat

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.950	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
saya merasa bahwa perawat di ruang Rawat Inap memperhatikan kondisi kesehatan saya	15.75	3.239	.912	.935
menurut saya, perawat di ruang Rawat Inap melayani saya dengan ramah	15.71	3.085	.921	.932
perawat di ruang Rawat Inap bersikap sopan kepada saya	15.62	3.114	.738	.955
selama saya dirawat, perawat segera memberi bantuan bila diperlukan	15.71	3.085	.921	.932
perawat di ruang Rawat Inap mau menjawab pertanyaan-pertanyaan saya dengan sabar	15.75	3.239	.912	.935
saya merasa bahwa perawat di ruang Rawat Inap mengerti kebutuhan saya	15.83	3.014	.764	.954

3. Variabel Perilaku Dokter

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.898	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
dokter yang merawat saya akan melakukan apapun agar saya bisa mendapatkan semua perawatan yang saya butuhkan	9.38	1.462	.727	.885
dokter yang merawat saya dapat segera membuat keputusan yang tepat di saat dibutuhkan	9.38	1.375	.840	.846
kunjungan (visite) dokter dilakukan dengan tepat waktu	9.29	1.346	.687	.904
dokter yang merawat saya mau mendengarkan keluhan saya	9.33	1.275	.859	.835

4. Variabel Perilaku Parawat

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.880	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
saya merasa bahwa perawat di ruang Rawat Inap tanggap dalam mengambil tindakan yang sesuai dengan kondisi saya	12.17	2.580	.521	.893
menurut saya, perawat di ruang Rawat Inap merespon kebutuhan saya dengan cepat	12.21	2.085	.831	.825
perawat di ruang Rawat Inap mau mendengarkan keluhan atau kegelisahan saya	12.29	2.042	.833	.823
perawat di ruang Rawat Inap berusaha menghibur saya jika saya merasa sedih dan kesepian	12.33	1.971	.788	.836
perawat di ruang Rawat Inap mau mencari informasi yang saya butuhkan	12.33	2.406	.605	.878

5. Variabel Keahlian Dokter

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.727	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
saya merasa dokter yang menangani saya adalah dokter yang ahli dalam bidangnya	11.75	1.326	.555	.652
saya sulit mengerti dengan apa yang dijelaskan dokter kepada saya	12.29	1.520	.307	.756
apa yang dijanjikan oleh dokter kepada saya terkadang tidak sesuai dengan kenyataan	12.08	1.732	.371	.722
saya merasa bahwa obat yang diresepkan dokter untuk saya membuat kondisi kesehatan saya semakin membaik	11.96	1.172	.696	.585
dokter yang merawat saya pernah melakukan kesalahan saat menentukan apa penyakit yang saya derita	11.92	1.384	.558	.653

6. Variabel Keahlian Perawat

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.913	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
menurut saya, perawat di ruang Rawat Inap betul-betul memahami pekerjaan mereka	12.46	1.476	.898	.877
saya merasa bahwa perawat di ruang Rawat Inap dapat merawat saya dengan baik	12.38	1.375	.730	.906
perawat di ruang Rawat Inap mampu memberikan informasi kesehatan dengan bahasa yang mudah saya mengerti	12.42	1.384	.848	.880
perawat di ruang Rawat Inap mampu menjawab pertanyaan saya dengan tidak berbelit-belit	12.46	1.476	.898	.877
perawat di ruang Rawat Inap pernah melakukan kesalahan saat memberikan tindakan keperawatan kepada saya	12.46	1.389	.640	.932

7. Variabel Kondisi Ruangan

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.807	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
saya merasa tidak betah berada di ruang Rawat Inap karena suhu udaranya yang panas	18.21	4.781	.044	.914
toilet di ruang Rawat Inap bersih dan tidak licin	18.17	4.232	.476	.793
saya merasa bahwa kondisi fisik ruang Rawat Inap terawat dengan baik	18.00	4.087	.738	.753
ruang Rawat Inap selalu dijaga kebersihannya	17.96	4.389	.683	.770
sarana prasarana (tempat tidur, AC, toilet, dsb) yang ada di dalam ruang Rawat Inap berada dalam kondisi baik dan layak pakai	18.04	3.781	.817	.733
saya merasa terganggu dengan suara-suara keramaian di sekitar ruangan tempat saya dirawat	18.04	4.303	.699	.765
saya merasa nyaman dengan suasana ruang Rawat Inap tempat saya dirawat	18.08	3.471	.914	.706

8. Variabel Desain Ruangan

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.869	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
saya menyukai tata letak ruang Rawat Inap tempat saya dirawat	8.92	1.297	.764	.817
menurut saya, letak Pos Perawat di ruang Rawat Inap dapat mendukung pelayanan yang ada	8.96	1.520	.594	.880
saya menyukai pemilihan warna dan mebel yang digunakan dalam ruang Rawat Inap	9.12	1.071	.734	.843
saya merasa tata letak peralatan kesehatan yang ada di ruang Rawat Inap sudah sesuai pada tempatnya	9.00	1.217	.850	.781

9. Variabel Kesan

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.860	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
saya memiliki pengalaman yang baik selama mendapatkan pelayanan di ruang Rawat Inap RS Polri	12.33	1.710	.393	.890
saya tahu bahwa petugas di ruang Rawat Inap berusaha memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasiennya	12.33	1.449	.810	.810
saya percaya bahwa pelayanan yang diberikan di ruang Rawat Inap sesuai dengan apa yang saya butuhkan	12.42	1.210	.758	.810
selama dirawat di ruang Rawat Inap RS Polri, kondisi kesehatan saya berangsur-angsur membaik	12.29	1.172	.728	.824
saya merasa aman saat menerima pengobatan selama dirawat di ruang Rawat Inap RS Polri	12.29	1.346	.790	.804

**HASIL DISTRIBUSI DATA KARAKTERISTIK RESPONDEN
PADA SPSS 16**

1. Ruang Rawat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid cemara1	13	13.5	13.5	13.5
cemara2	7	7.3	7.3	20.8
cendana1	2	2.1	2.1	22.9
cendana2	12	12.5	12.5	35.4
cendrawasih1	2	2.1	2.1	37.5
cendrawasih2	5	5.2	5.2	42.7
cendrawasih3	7	7.3	7.3	50.0
mahoni1	12	12.5	12.5	62.5
mahoni2	15	15.6	15.6	78.1
nuri	7	7.3	7.3	85.4
parkit1	11	11.5	11.5	96.9
parkit2	3	3.1	3.1	100.0
Total	96	100.0	100.0	

2. Kelas Perawatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I	9	9.4	9.4	9.4
II	21	21.9	21.9	31.2
III	66	68.8	68.8	100.0
Total	96	100.0	100.0	

3. Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid remaja (15-24 th)	13	13.5	13.5	13.5
dewasa (25-64 th)	77	80.2	80.2	93.8
lansia (>=65 th)	6	6.2	6.2	100.0
Total	96	100.0	100.0	

4. Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid laki-laki	50	52.1	52.1	52.1
perempuan	46	47.9	47.9	100.0
Total	96	100.0	100.0	

5. Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SD	13	13.5	13.5	13.5
SMP	14	14.6	14.6	28.1
SMA	52	54.2	54.2	82.3
Diploma	3	3.1	3.1	85.4
Sarjana	12	12.5	12.5	97.9
Pasca Sarjana	1	1.0	1.0	99.0
Tidak Sekolah	1	1.0	1.0	100.0
Total	96	100.0	100.0	

6. Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak bekerja/ ibu rumah tangga	33	34.4	34.4	34.4
pelajar/ mahasiswa	6	6.2	6.2	40.6
buruh/ pembantu	11	11.5	11.5	52.1
swasta	9	9.4	9.4	61.5
wirausaha	4	4.2	4.2	65.6
POLRI/ PNS/ BUMN/ ABRI	27	28.1	28.1	93.8
purnawirawan/ pensiunan	6	6.2	6.2	100.0
Total	96	100.0	100.0	

7. Penggolongan Pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pasien dinas	47	49.0	49.0	49.0
pasien askes	13	13.5	13.5	62.5
pasien umum	7	7.3	7.3	69.8
pasien jaminan, taqihan, TKI, SKTM, qakin	29	30.2	30.2	100.0
Total	96	100.0	100.0	

8. Status Pasien (digolongkan menjadi Pasien Baru atau Lama berdasarkan sebelumnya pernah atau tidak pernah menggunakan pelayanan)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pernah	45	46.9	46.9	46.9
tidak pernah	51	53.1	53.1	100.0
Total	96	100.0	100.0	

9. Lama Hari Rawat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <3 hari	9	9.4	9.4	9.4
3-6 hari	43	44.8	44.8	54.2
7-10 hari	26	27.1	27.1	81.2
11-14 hari	5	5.2	5.2	86.5
> 14 hari	13	13.5	13.5	100.0
Total	96	100.0	100.0	

10. Status Komplain (apakah responden pernah atau tidak pernah menyampaikan komplain kepada petugas RS)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pernah	6	6.2	6.2	6.2
tidak pernah	90	93.8	93.8	100.0
Total	96	100.0	100.0	

HASIL ANALISIS UNIVARIAT PADA SPSS 16

1. Kualitas Interaksi

Statistik

N	Valid	96
	Missing	0
Mean		84.61
Std. Error of Mean		.872
Median		81.00
Mode		81
Std. Deviation		8.544
Skewness		1.463
Std. Error of Skewness		.246
Minimum		67
Maximum		108

Kualitas interaksi setelah dikategorikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	80	83.3	83.3	83.3
	Buruk	16	16.7	16.7	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

1.1 Sikap Dokter

Statistik

N	Valid	96
	Missing	0
Mean		9.48
Std. Error of Mean		.111
Median		9.00
Mode		9
Std. Deviation		1.086
Skewness		1.164
Std. Error of Skewness		.246
Minimum		7
Maximum		12

Sikap dokter setelah dikategorikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	92	95.8	95.8	95.8
	Buruk	4	4.2	4.2	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

1.2 Sikap Perawat

Statistik

N	Valid	96
	Missing	0
Mean		18.77
Std. Error of Mean		.215
Median		18.00
Mode		18
Std. Deviation		2.110
Skewness		1.195
Std. Error of Skewness		.246
Minimum		12
Maximum		24

Sikap perawat setelah dikategorikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	91	94.8	94.8	94.8
Buruk	5	5.2	5.2	100.0
Total	96	100.0	100.0	

1.3 Perilaku Dokter

Statistik

N	Valid	96
	Missing	0
Mean		12.55
Std. Error of Mean		.147
Median		12.00
Mode		12
Std. Deviation		1.435
Skewness		1.376
Std. Error of Skewness		.246
Minimum		10
Maximum		16

Perilaku dokter setelah dikategorikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	85	88.5	88.5	88.5
Buruk	11	11.5	11.5	100.0
Total	96	100.0	100.0	

1.4 Perilaku Perawat

Statistik

N	Valid	96
	Missing	0
Mean		15.42
Std. Error of Mean		.182
Median		15.00
Mode		15
Std. Deviation		1.781
Skewness		.613
Std. Error of Skewness		.246
Minimum		11
Maximum		20

Perilaku perawat setelah dikategorikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	85	88.5	88.5	88.5
Buruk	11	11.5	11.5	100.0
Total	96	100.0	100.0	

1.5 Keahlian Dokter

Statistik

N	Valid	96
	Missing	0
Mean		12.77
Std. Error of Mean		.152
Median		12.00
Mode		12

Std. Deviation	1.490
Skewness	1.378
Std. Error of Skewness	.246
Minimum	11
Maximum	16

Keahlian dokter setelah dikategorikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	92	95.8	95.8	95.8
Buruk	4	4.2	4.2	100.0
Total	96	100.0	100.0	

1.6 Keahlian Perawat

Statistik

N Valid	96
Missing	0
Mean	15.62
Std. Error of Mean	.176
Median	15.00
Mode	15
Std. Deviation	1.724
Skewness	1.696
Std. Error of Skewness	.246
Minimum	13
Maximum	20

Keahlian perawat setelah dikategorikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	86	89.6	89.6	89.6
Buruk	10	10.4	10.4	100.0
Total	96	100.0	100.0	

2. Kualitas Lingkungan Fisik

Statistik

N Valid	96
Missing	0
Mean	30.46
Std. Error of Mean	.329
Median	30.00
Mode	30
Std. Deviation	3.225
Skewness	1.151
Std. Error of Skewness	.246
Minimum	22
Maximum	40

Kualitas lingkungan fisik setelah dikategorikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	61	63.5	63.5	63.5
Buruk	35	36.5	36.5	100.0
Total	96	100.0	100.0	

2.1 Kondisi Ruangan

Statistik

N	Valid	96
	Missing	0
Mean		18.09
Std. Error of Mean		.230
Median		18.00
Mode		18
Std. Deviation		2.253
Skewness		.518
Std. Error of Skewness		.246
Minimum		12
Maximum		24

Kondisi ruangan setelah dikategorikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	64	66.7	66.7	66.7
	Buruk	32	33.3	33.3	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

2.2 Desain Ruangan

Statistik

N	Valid	96
	Missing	0
Mean		12.36
Std. Error of Mean		.130
Median		12.00
Mode		12
Std. Deviation		1.274
Skewness		1.557
Std. Error of Skewness		.246
Minimum		9
Maximum		16

Desain ruangan setelah dikategorikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	87	90.6	90.6	90.6
	Buruk	9	9.4	9.4	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

3. Kualitas Hasil

Statistik

N	Valid	96
	Missing	0
Mean		15.66
Std. Error of Mean		.187
Median		15.00
Mode		15
Std. Deviation		1.834
Skewness		1.359
Std. Error of Skewness		.246
Minimum		12
Maximum		20

Kualitas hasil setelah dikategorikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	86	89.6	89.6	89.6
Buruk	10	10.4	10.4	100.0
Total	96	100.0	100.0	

3.1 Kesan

Statistik

N	Valid	96
	Missing	0
Mean		15.66
Std. Error of Mean		.187
Median		15.00
Mode		15
Std. Deviation		1.834
Skewness		1.359
Std. Error of Skewness		.246
Minimum		12
Maximum		20

Kesan setelah dikategorikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	86	89.6	89.6	89.6
Buruk	10	10.4	10.4	100.0
Total	96	100.0	100.0	

4. Persepsi Kualitas Jasa Keseluruhan

Statistik

N	Valid	96
	Missing	0
Mean		130.73
Std. Error of Mean		1.320
Median		126.00
Mode		126
Std. Deviation		12.929
Skewness		1.452
Std. Error of Skewness		.246
Minimum		110
Maximum		165

Persepsi kualitas jasa keseluruhan setelah dikategorikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	67	69.8	69.8	69.8
Buruk	29	30.2	30.2	100.0
Total	96	100.0	100.0	

PROTAP PENANGANAN KOMPLAIN
No Dokumen : 01/ YANMED/ VIII/ 09
Tanggal Terbit : 30 Agustus 2009

A. Pengertian

Ketentuan yang mengatur tata cara petugas kesehatan dalam mengelola komplain pasien terkait dengan ketidakpuasan terhadap pelayanan di rumah sakit.

B. Tujuan

Agar setiap komplain dapat ditangani lebih dini sehingga komplain tersebut tidak membesar yang berakibat pada tuntutan.

C. Kebijakan

Rumah Sakit membuat kebijakan tentang *Zero Complain*.

D. Prosedur

1. Kalak (Kepala Pelaksana) atau dokter ruangan melakukan pendekatan kepada pasien atau keluarga dengan mendengarkan keluhan, menyampaikan permohonan maaf dan ucapan terima kasih serta memberikan penjelasan secukupnya bila terjadi pada jam dinas. Bila complain terjadi di luar jam dinas atau hari libur, maka penyelesaian dilakukan oleh perawat ruangan yang senior atau perawat pengawas atau dokter jaga.
2. Apabila pasien atau keluarga belum puas dengan penjelasan pada butir 1, maka pasien atau keluarga diarahkan kepada Kepala Instalasi Rawat Inap (Ka Irna) atau Kepala Sub Bidang Pelayanan Keperawatan (Kasubbid Yanwat) bila menyangkut ketidakpuasan pelayanan perawatan dan Kepala Sub Bidang Pelayanan Medik (Kasubbid Yanmed) bila menyangkut ketidakpuasan pelayanan dokter.
3. Apabila pasien atau keluarga belum puas dengan penjelasan pada butir 2, maka pasien atau keluarga diarahkan kepada Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan (Kabid Yanmedwat) dan bila belum dapat diselesaikan, maka secara berjenjang kasus tersebut akan dilaporkan kepada Kepala Rumah Sakit Bhayangkara Tk.I R.S. Sukanto melalui Kabid Yanmedwat.
4. Selama proses penyelesaian komplain, Kabid Yanmedwat, Ka Irna atau Kasubbid Yanwat atau Kasubbid Yanmed dapat meminta penjelasan secara lisan atau mengumpulkan pihak-pihak terkait untuk mencari solusi terbaik sesuai tingkatan masalah.
5. Kalak (Kepala Pelaksana) atau perawat pengawas atau dokter ruangan membuat laporan tertulis kejadian yang mengakibatkan komplain kepada Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan (Kabid Yanmedwat), baik kejadian yang dapat diselesaikan maupun yang belum dapat terselesaikan.
6. Komplain pasien yang disalurkan melalui kotak saran dikelola oleh masing-masing instalasi dan Kepala Rawat Inap (Ka Irna) wajib melaporkan kepada Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan setiap bulan, kecuali untuk kasus-kasus yang dianggap perlu penanganan segera.
7. Setiap kasus tentang komplain pasien harus didokumentasikan dan diarsipkan.
8. Analisa dan evaluasi tentang komplain pasien dilakukan secara berkala tiap 3 bulan sekali.

(Sumber: Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto. (2009). *Dokumen Kumpulan Protap Pelayanan Medik*. Jakarta: Bid Yanmedwat.)

Lampiran 6: Analisis Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Inap

Analisis Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Inap RS Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2008 - 2011															
Ruang Perawatan	TT	Jml Pasien Dirawat				% Perubahan/ Tahun			Rata2 Pasien/ Bulan				% Perubahan/ Bulan		
		2008	2009	2010	2011	08-09	09-10	10-11	2008	2009	2010	2011	08-09	09-10	10-11
Irna A:															
VIP Soewarno	7	166.00	177.00	156.00	180.00	6.63	11.86	15.38	13.83	14.75	13.00	15.00	6.63	11.86	18.46
Bougenvile	9	314.00	464.00	514.00	212.00	47.77	10.78	58.75	26.17	38.67	42.83	17.67	47.77	10.78	57.98
Anggrek I	18	1,701.00	2,171.00	1,493.00	1,131.00	27.63	31.23	24.25	141.75	180.92	124.42	94.25	27.63	31.23	24.21
Anggrek II	16	0.00		830.00	428.00			48.43	0.00	0.00	69.17	35.67			
Cempaka I	3	2,162.00	2,059.00	583.00	597.00	4.76	71.69	2.40	180.17	171.58	48.58	49.75	4.76	71.69	13.62
Cempaka II	23	0.00		959.00	1,033.00			7.72			79.92	86.08			
Bayi Sehat	12			467.00	660.00			41.33			38.92	55.00			
Irna B:															
Cendrawasih I	13	452.00	393.00	350.00	272.00	13.05	10.94	22.29	37.67	32.75	29.17	22.67	13.05	10.94	21.49
Cendrawasih II	15	846.00	741.00	686.00	538.00	12.41	7.42	21.57	70.50	61.75	57.17	44.83	12.41	7.42	20.06
Cendrawasih III	13	488.00	349.00	323.00	259.00	28.48	7.45	19.81	40.67	29.08	26.92	21.58	28.48	7.45	14.92
Cendrawasih IV	9	372.00	349.00	366.00	280.00	6.18	4.87	23.50	31.00	29.08	30.50	23.33	6.18	4.87	22.30
Nuri	18	703.00	646.00	652.00	490.00	8.11	0.93	24.85	58.58	53.83	54.33	40.83	8.11	0.93	25.83
Parkit I	19	803.00	850.00	816.00	676.00	5.85	4.00	17.16	66.92	70.83	68.00	56.33	5.85	4.00	28.09
Parkit II	20	345.00	114.00	670.00	519.00	66.96	487.72	22.54	28.75	9.50	55.83	43.25	66.96	487.72	18.51
Irna C:															
Cendana I	24	1,183.00	1,304.00	1,050.00	810.00	10.23	19.48	22.86	98.58	108.67	87.50	67.50	10.23	19.48	22.86
Cendana II	26	1,153.00	1,286.00	1,089.00	838.00	11.54	15.32	23.05	96.08	107.17	90.75	69.83	11.54	15.32	19.45
Cemara I	20	1,191.00	1,136.00	1,154.00	909.00	4.62	1.58	21.23	99.25	94.67	96.17	75.75	4.62	1.58	22.11
Cemara II	22	1,115.00	1,078.00	1,151.00	878.00	3.32	6.77	23.72	92.92	89.83	95.92	73.17	3.32	6.77	23.48
Mahoni I	23	901.00	819.00	869.00	829.00	9.10	6.11	4.60	75.08	68.25	72.42	69.08	9.10	6.11	4.58
Mahoni II	23	686.00	502.00	645.00	569.00	26.82	28.49	11.78	57.17	41.83	53.75	47.42	26.82	28.49	9.40
Eboni	20	756.00	750.00	779.00	679.00	0.79	3.87	12.84	63.00	62.50	64.92	56.58	0.79	3.87	11.42
Tembesu	35	682.00	590.00	634.00	661.00	13.49	7.46	4.26	56.83	49.17	52.83	55.08	13.49	7.46	2.97
ICU	7	244.00	263.00	243.00	276.00	7.79	7.60	13.58	20.33	21.92	20.25	23.00	7.79	7.60	8.15
PPT	7	77.00	124.00	190.00	156.00	61.04	53.23	17.89	6.42	10.33	15.83	13.00	61.04	53.23	17.89
RPMKT (IOM)	10			75.00	0.00			100.00			6.25				
HCU	5	0.00	211.00	230.00	186.00		9.00	19.13		17.58	19.17	15.50		9.00	11.30
Jumlah	417	16,340.00	16,376.00	16,974.00	14,066.00	0.22	3.65	17.13	1,361.67	1,364.67	1,414.50	1,172.17	0.22	3.65	16.20

