

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pelayanan kesehatan merupakan harapan seseorang terhadap kualitas yang didapatkan sesuai dengan harapan yang diinginkan seperti pelayanan kesehatan terdapat jasa di rumah sakit yang meliputi pelanggan seperti, pasien terhadap perawatan dari dokter yang ada di rumah sakit dimana pasien mendapatkan pelayanan terbaik dari pihak rumah sakit

Rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pada Pasal 1 disebutkan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.¹

Pelayanan kesehatan yang bermutu merupakan kebutuhan dasar yang diperlukan setiap orang dan memasuki abad 21 pendekatan mutu paripurna yang berorientasi kepada pelanggan atau pasien merupakan strategi utama bagi organisasi pelayanan kesehatan di Indonesia agar tetap eksis di tengah persaingan global yang semakin ketat.²

Pelayanan rumah sakit di Indonesia sudah bersifat padat modal, padat karya dan padat teknologi, yang diandalkan untuk memberikan pengayoman medik untuk pusat–pusat pelayanan kesehatan. Untuk melaksanakan pelayanan tersebut sangat erat kaitannya dengan profesionalisme staf rumah sakit.³

Mutu atau kualitas menurut kamus bahasa Indonesia ialah ukuran, derajat, atau taraf tentang baik buruknya suatu produk barang atau jasa. Ukuran yang terpenting dalam mutu bukanlah harga atau biaya, akan tetapi kesamaan terhadap standar yang telah ditetapkan. Mutu adalah perpaduan sifat-sifat dan karakter produk atau jasa yang dapat memenuhi kebutuhan pemakai atau pelanggan. Deming (1980) mengemukakan bahwa mutu dapat dilihat dari aspek konteks, persepsi pelanggan serta kebutuhan dan keinginan peserta. Dari aspek persepsi pelanggan, mutu adalah penilaian subjektif pelanggan. Persepsi pelanggan dapat berubah karena pengaruh iklan, reputasi produk atau jasa yang dihasilkan, pengalaman dan sebagainya.⁴

Rumah sakit telah berkembang dari suatu lembaga kemanusiaan, keagamaan, dan sosial murni menjadi suatu lembaga yang mengarah dan lebih berorientasi kepada ‘bisnis’ terlebih-lebih setelah diperbolehkannya para pemodal untuk mendirikan Rumah Sakit dibawah badan hukum yang bertujuan mencari laba (*profit*).⁵

Pada tahun 1989 pemerintah mulai mengkaji keluhan masyarakat mengenai rendahnya mutu pelayanan rumah sakit dan menyimpulkan bahwa perlu ada intervensi untuk mengatasi kekurangan tersebut yang menghasilkan kebijakan baru perumahasakitan yaitu standarisasi ketenagaan, peralatan, pelayanan rumah

sakit dan standar pelayanan medik. Standarisasi ini merupakan langkah awal akreditasi rumah sakit.⁶

Fenomena pada tahun 2005, sebanyak 200.000 (20%) dari satu juta kunjungan wisatawan Indonesia ke Malaysia setiap tahun, datang untuk tujuan pemeriksaan kesehatan (*medical check up*) dan pengobatan. Dari jumlah tersebut Malaysia berhasil meraup empat puluh juta dolar AS. Tentu saja fenomena ini sangat menyedihkan di tengah-tengah tingginya tingkat persaingan industri rumah sakit di Indonesia.⁷

Standar pelayanan minimal rumah sakit sebagai pedoman bagi rumah sakit di Indonesia dalam menjamin pelayanan kesehatan dimuat dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129 / Menkes / SK / II /2008 yang meliputi jenis-jenis pelayanan, indikator dan standar pencapaian kinerja pelayanan rumah sakit yang minimal wajib disediakan oleh rumah sakit yang meliputi 21 jenis layanan termasuk didalamnya pelayanan rawat inap.⁸

Jenis pelayanan rawat inap, terdapat lima belas indikator standar pelayanan kesehatan minimal rawat inap rumah sakit yaitu: pemberi pelayanan, dokter penanggung jawab pasien, ketersediaan pelayanan, jam visite dokter spesialis, kejadian infeksi pasca operasi, kejadian infeksi nosokomial, tidak adanya pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian, kematian pasien > 48 jam, kejadian pulang paksa, kepuasan pelanggan, rawat inap pasien TB, ketersediaan pelayanan jiwa, tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri, kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan dan lama hari perawatan pasien gangguan jiwa.⁸

Pengukuran indikator pelayanan rumah sakit disebutkan dalam Permenkes Nomor 1171 / Menkes / PER / VI / 2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit menyebutkan indikator pelayanan Rumah Sakit dinyatakan dengan Angka Penggunaan Tempat Tidur (*Bed Occupancy Rate*) , rata rata lamanya pasien dirawat (*Average Length Of Stay*), Angka Perputaran Tempat Tidur (*Bed Turn Over*), Tenggang Perputaran (*Turn Over Interval*), Angka Kematian 48 jam setelah dirawat (*Net Death Rate*) dan *Gross DR*.⁹

Menurut Pohan, penilaian mutu pelayanan kesehatan dapat ditinjau dari sisi pemakai jasa pelayanan kesehatan (pasien/masyarakat), penyelenggara pelayanan kesehatan, penyandang dana atau asuransi, pemilik sarana kesehatan dan bagi administrator pelayanan kesehatan. Sisi pemakai jasa pelayanan (pasien/masyarakat) dimana pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang memenuhi kebutuhan yang dirasakan dan diselenggarakan dengan cara yang sopan santun, tepat waktu, tanggap dan mampu menyembuhkan keluhannya serta mencegah berkembangnya atau meluasnya penyakit. Pasien sering menganggap dimensi efektifitas, akses baik geografis/jarak, akses bahasa dan akses organisasi, hubungan interpersonal, kesinambungan dan kenyamanan, pemberian obat sesuai penyakit yang diderita, sebagai dimensi mutu yang sangat penting.¹⁰

Fungsi rumah sakit yang semula hanya sebagai tempat untuk pengobatan, kini telah berkembang ke arah upaya pelayanan untuk seluruh masyarakat. Untuk dapat bertahan dan berkembang didalam lingkungan yang cepat berubah dan kompetitif, rumah sakit harus mengubah paradigma pengelolaan rumah sakit ke

arah sudut pandang pelanggan. Kepuasan pelanggan adalah tingkat perasaan seseorang/pelanggan setelah membandingkan kinerja (atau hasil) dibandingkan dengan harapannya. Kepuasan pasien adalah tingkat perasaan seorang pasien apabila pelayanan kesehatan yang dia dapatkan/rasakan sesuai dengan harapannya. Mutu pelayanan rumah sakit merupakan derajat kesempurnaan pelayanan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai standar.¹¹

Kepuasan pasien merupakan suatu tingkat perasaan pasien yang timbul sebagai akibat dari kinerja layanan kesehatan yang di perolehnya setelah pasien membandingkan dengan apa yang diharapkannya. Dengan demikian kepuasan pasien merupakan salah satu tujuan dari peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Masyarakat yang mengalami kepuasan terhadap layanan kesehatan yang diselenggarakan cenderung mematuhi nasehat, setia atau taat terhadap rencana pengobatan yang telah disepakati, sebaliknya masyarakat yang tidak merasa puas sewaktu menggunakan layanan kesehatan cenderung tidak mematuhi rencana pengobatan, tidak mematuhi nasehat, tidak mematuhi rencana pengobatan, berganti dokter atau pindah ke fasilitas layanan kesehatan lainnya. Rumah sakit merupakan suatu tempat untuk melakukan upaya meningkatkan mutu kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan.¹⁰

Mutu pelayanan yang biasa digunakan dalam penilaian suatu kualitas pelayanan kesehatan mengacu pada lima dimensi mutu yaitu: 1) *Reability* (Kehandalan) merupakan kemampuan untuk melakukan pelayanan sesuai yang dijanjikan dengan segera, akurat dan memuaskan, 2) *Assurance* (Jaminan) yaitu

pengetahuan, kesopanan petugas serta sifatnya yang dapat di percaya sehingga pelanggan dapat terbebas dari resiko, 3) *Tangible* (Bukti langsung) meliputi fasilitas fisik, perlengkapan karyawan dan sarana komunikasi, 4) *Emphaty* yaitu rasa peduli untuk memberikan perhatian secara individual kepada pelanggan, memahami kebutuhan pelanggan, serta kemudahan untuk dihubungi dan 5) *Responsivenses* (daya tanggap) yaitu kemampuan untuk menolong pelanggan dan ketersediaan untuk melayani pelanggan dengan baik.¹²

Hal ini didukung oleh penelitian Ari, yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh mutu pelayanan terhadap kepuasan pasien kunjungan di RSUD Mitra Sejati Medan. Hasil Penelitian menunjukkan bahwa mayoritas pasien kunjungan (69,81%) merasa tidak puas terhadap pelayanan yang diberikan oleh RSUD Mitra Sejati Medan. Pasien tidak puas pada dimensi kehandalan yang meliputi prosedur penerimaan dan pelayanan pasien yang berbelit- belit dan jadwal pelayanan yang terlambat.¹³

Rumah Sakit Umum Haji sebagai salah satu lembaga milik pemerintah mempunyai tantangan untuk memberi layanan yang optimal kepada masyarakat yang datang untuk berobat. Rumah Sakit Haji Medan berdasarkan fasilitasnya termasuk di dalam kategori RSUD klasifikasi Kelas B, yaitu mempunyai fasilitas pelayanan medik, fasilitas gawat darurat, fasilitas rekam medik, fasilitas keperawatan dan fasilitas administrasi manajemen, jumlah tempat tidur di Rumah Sakit Umum Haji adalah 254 tempat tidur. Ruang rawat inap di Rumah Sakit Umum Haji terdiri dari beberapa kelompok yaitu VIP Room, Kelas IA, Kelas IB, KelasII, Kelas III, ICU, PICU dan NICU. Dengan adanya pengelompokan

berdasarkan kelas-kelas tersebut mengakibatkan pelayanan yang diberikan kepada pasien pun juga berbeda-beda.¹⁴

Hasil laporan pada tahun 2013 menunjukkan bahwa jumlah rata-rata BOR (*Bed Occupancy Rate*) sebanyak 52% sedangkan pada tahun 2014 sebanyak 51 % di RSUD Haji Medan, dari data dapat dilihat bahwa telah terjadi penurunan BOR pada tahun 2013 dan 2014. Berdasarkan data dari unit rekam medik RSUD Haji Medan, didapat data bahwa telah terjadi penurunan jumlah pasien di beberapa ruangan, dan dari data tersebut diketahui bahwa BOR di RSUD Haji Medan belum mencapai Standar yang baik yang seharusnya mengacu pada Standar Depkes RI adalah 60% - 85 %.¹⁴

Berdasarkan data kunjungan rawat inap Rumah Sakit Umum Haji Medan pada tahun 2016 berjumlah 10.061 Pasien, pada tahun 2015 berjumlah 8.933 pasien dan pada tahun 2014 berjumlah 9.795 pasien. Dua Kemungkinan yang menjadi faktor jumlah kunjungan pasien mengalami fluktuasi yaitu faktor eksternal yang memungkinkan jumlah pasien yang sakit di Rumah Sakit Umum Haji Medan berkurang dan faktor internal dari Rumah Sakit Umum Haji Medan sendiri perlu diperhatikan apakah selama ini mutu pelayanan yang diberikan kepada pasien menimbulkan ketidakpuasan terhadap pasien. Penurunan jumlah kunjungan ini merupakan salah satu gejala ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan.¹⁴

Rasa nyaman saat menjalani pengobatan di rumah sakit menjadi bagian penting bagi pasien yang dapat mempercepat kesembuhan. Kenyamanan seperti mendapat informasi dan komunikasi yang cukup serta keramahan petugas ikut

memberi andil bagi kesembuhan pasien. Orang sakit itu bukan hanya butuh pengobatan, melainkan juga perhatian dan mendapatkan informasi memadai. Karena itu, petugas medis harus selalu memberi pelayanan yang baik. Permasalahan penting yang berkaitan dengan kepuasan pasien yang perlu diperhatikan oleh rumah sakit adalah kualitas layanan dengan indikator bukti fisik, kehandalan, daya tanggap, jaminan dan empati diberikan petugas kesehatan kepada pasien sehingga tercipta kepuasan pasien. Pada saat ini masyarakat pengguna jasa rumah sakit tidak hanya mementingkan hasil akhir saja, berupa kesembuhan dirinya atau keluarga semata, tetapi mereka sudah menilai apa yang mereka lihat dan rasakan saat dirawat inap.

Semakin tingginya tuntutan masyarakat atas fasilitas kesehatan yang berkualitas dan terjangkau, maka berbagai upaya telah ditempuh untuk memenuhi harapan tersebut. Pelayanan kesehatan dituntut untuk memberikan kepuasan pada pasien. Pelayanan yang diberikan rumah sakit harus berkualitas dan memenuhi lima dimensi mutu utama sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129 / Menkes / SK / II /2008 yaitu : Kompetensi Tehnis, Kesiambungan Pelayanan, Akses, Keselamatan, Kenyamanan, Efektifitas dan Efisiensi.⁸

Ada banyak upaya yang telah dilakukan pemerintah untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat. Salah satu bentuk upaya pemerintah dimaksud adalah dengan membangun rumah sakit di tiap daerah. Rumah Sakit milik pemerintah yang berada di tiap daerah sering disebut dengan Rumah Sakit Umum Daerah yang mana lembaga kesehatan tersebut merupakan salah satu lembaga

kesehatan milik pemerintah yang berada di kota/kabupaten. Suatu pelayanan dari rumah sakit biasanya tidak jauh dari persepsi masyarakat. Persepsi masyarakat juga diperlukan untuk kiranya dapat memberikan evaluasi kepada kepada pihak-pihak Rumah Sakit mengenai pelayanan kesehatan yang telah diberikan, walaupun masyarakat tidak mengetahui tolak ukur baik atau tidaknya suatu pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Berdasarkan data dari Rumah Sakit Haji Medan tercatat jumlah kunjungan pelayanan di RS Haji Medan dalam kurun waktu tahun 2013-2016 adalah sebagai berikut :¹⁵

Tabel 1.1. Jumlah Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Haji Medan Tahun 2013-2016

No	Tahun	Jumlah Pasien Rawat Inap		
		Pasien Lama	Pasien Baru	Total
1	2013	6.678	2.226	8.904
2	2014	46.884	11.430	58.314
3	2015	55.918	1.754	57.672
4	2016	61.230	2.650	63.880
5	2017	73.548	7.819	81.368
Total		244.258	25.879	270.137

Sumber: Profil Rumah Sakit Haji Medan Tahun 2017¹⁵

Dari data diatas dapat dilihat adanya fluktuasi jumlah pasien rawat inap di Rumah Sakit Haji Medan. Meningkatnya jumlah pasien rawat inap secara signifikan pada tahun 2017 bisa dikatakan menjadi sebuah alasan bahwa kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan di Rumah Sakit ini masih baik.

Survey pendahuluan yang dilakukan saat penulis menanyakan pertanyaan terhadap beberapa masyarakat mengenai alasan mereka berobat ke Rumah Sakit ini, mereka berkata bahwa mereka memilih berobat di Rumah Sakit ini dikarenakan Rumah Sakit ini merupakan satu-satunya Rumah Sakit terdekat, juga

dikarenakan Rumah Sakit ini menjadi Rumah Sakit rujukan dari Puskesmas, klinik maupun praktiker dokter tempat mereka berobat.

Pada data kepuasan pasien yang dilakukan oleh bagian Layanan Pelanggan (*customer service*) Rumah Sakit Umum Haji Medan triwulan IV 2017 tercatat masih banyaknya keluhan pasien terkait pelayanan baik dari bagian pelayanan penunjang dalam hal *respon time* dokter dan perawat lambat, kurang kejelasan dan keterbukaan informasi, prosedur administrasi BPJS yang berbelit-belit, keramahan petugas kurang dan fasilitas ruangan rawat inap yang kurang memadai serta kebersihan dan kenyamanan ruang rawat inap.

Berdasarkan latar belakang di atas penulis tertarik untuk melaksanakan penelitian dengan judul “Analisis Kepuasan Pasien Rawat Inap terhadap Mutu Pelayanan di Rumah Sakit Umum Haji Medan”.

1.2. Tujuan Penelitian

- 1) Menganalisis kepuasan pasien rawat inap terhadap mutu pelayanan di Rumah Sakit Umum Haji Medan.
- 2) Menganalisis kepuasan pasien ditinjau dari dimensi Kompetensi Tehnis.
- 3) Menganalisis kepuasan pasien ditinjau dari dimensi Kesiambungan Pelayanan.
- 4) Menganalisis kepuasan pasien ditinjau dari dimensi Akses.
- 5) Menganalisis kepuasan pasien ditinjau dari dimensi Keselamatan.
- 6) Menganalisis kepuasan pasien ditinjau dari dimensi Kenyamanan.
- 7) Menganalisis kepuasan pasien ditinjau dari dimensi Efektifitas.
- 8) Menganalisis kepuasan pasien ditinjau dari dimensi Efisiensi.

1.3. Permasalahan

Berdasarkan survey pendahuluan terhadap pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Umum Haji Medan berupa survey kepuasan pasien ditemukan adanya ketidakpuasan terhadap pelayanan rawat inap. Temuan dari studi pendahuluan didapatkan persentase ketidakpuasan yang cukup besar. Ketidakpuasan tersebut berkaitan dengan kualitas pelayanan. Oleh karena itu, perlu adanya pengukuran kepuasan pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Haji Medan. Penilaian dilakukan terhadap lima dimensi mutu utama sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129 / Menkes / SK / II /2008 yaitu : Kompetensi Tehnis, Kesenambungan Pelayanan, Akses, Keselamatan, Kenyamanan, Efektifitas dan Efisiensi.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

- 1) Sebagai sarana penambah pengetahuan penulis tentang kepuasan pasien rawat inap terhadap mutu pelayanan rumah sakit.
- 2) Sebagai sarana pengetahuan bagi peneliti dan tenaga akademik dalam pengembangan ilmu antropologi yang mempelajari tentang manusia dan sosiologi kesehatan mengenai persepsi masyarakat dalam pelayanan kesehatan dengan perilaku masyarakat.

1.4.2. Manfaat Praktis

- 1) Sebagai informasi bagi dinas kesehatan sehingga dapat melakukan intervensi agar tidak terjadi keterlambatan pelayanan dan meningkatkan kepuasan pasien.

- 2) Sebagai bahan informasi bagi Rumah Sakit Umum Haji Medan mengenai hal-hal yang sudah dianggap baik maupun belum dianggap baik agar kiranya menjadi suatu perbaikan ke depan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Penelitian Terdahulu

Penelitian yang pernah dilakukan oleh Suvi Novida (2010) meneliti tentang tentang Hubungan Kenyamanan (*Convenience*) pada pasien dinas Kodam I/Bukit Barisan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Rawat Inap Rumah Sakit Tk II Putri Hijau Medan tahun 2010, hasil penelitian tersebut menunjukkan ada hubungan *decision convenience* ($p=0,000$), *access convenience* ($p=0,000$), *transaction convenience* ($p=0,000$), *benefit convenience* ($p=0,000$), dan *post benefit convenience* ($p=0,002$) dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Tk II Putri Hijau.¹⁶

Penelitian yang dilakukan oleh Roza Maya Sari (2011) meneliti tentang analisis pengaruh kualitas terhadap loyalitas pasien rawat inap Ruang Kelas I di rumah sakit tingkat II Putri Hijau dan menyimpulkan bahwa kualitas layanan terdiri dari bukti fisik, kehandalan, tanggapan, jaminan dan empati berpengaruh terhadap kepuasan pasien rawat inap serta kepuasan pasien rawat inap berpengaruh terhadap loyalitas pasien di Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Medan.¹⁷

Wibawani Yunestri Mukti, Asiah Hamzah, Mapeaty Nyorong (2013) meneliti pengaruh mutu pelayanan kesehatan terhadap kepuasan pasien rawat inap di rumah sakit Woodward Kota Palu dan menyimpulkan bahwa ada pengaruh dimensi kompetensi teknis terhadap kepuasan, ada pengaruh dimensi informasi terhadap kepuasan pasien dengan nilai p sebesar 0,023 ($p<0,05$), ada pengaruh

dimensi ketepatan waktu terhadap kepuasan pasien dengan nilai p sebesar 0,002 ($p < 0,05$) dan ada pengaruh dimensi hubungan antar manusia terhadap kepuasan pasien dengan nilai p sebesar 0,019 ($p < 0,05$) dan variabel yang paling berpengaruh adalah dimensi teknis dengan nilai besar pengaruh ($\text{Exp } \beta$) 0,172.¹⁸

Suas Robi Cahyadi, Ahmad Ahid Mudayana (2014) meneliti tentang Hubungan mutu pelayanan dengan kepuasan pasien di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dan menyimpulkan bahwa dari lima dimensi mutu dua diantaranya tidak ada hubungan yang signifikan antara mutu pelayanan dengan kepuasan pasien. Yakni dimensi tangibel dan empathy. Dimensi reliability, responsiveness, dan assurance memiliki hubungan yang signifikan dengan kepuasan dengan p value masing-masing sebesar 0,005, 0,028 dan 0,014 ($p < 0,05$).¹⁹

Hafizh Aulia (2015) meneliti pengaruh kualitas terhadap loyalitas pasien melalui kepuasan pasien di Rumah Sakit Tk II Putri Hijau Kesdam I / Bukit Barisan menyimpulkan bahwa ada pengaruh variabel bukti fisik, ketanggapan, keandalan, jaminan, empati dan kepuasan pasien terhadap loyalitas melalui pengujian koefisien determinasi yang disesuaikan (Adjusted R Square) diperoleh nilai sebesar 0,809.²⁰

Sutrisno (2015) meneliti pengaruh kualitas layanan, dan Customer Relationship Manajement terhadap Kepuasan pasien dan Loyalitas pasien di Rumah sakit Tingkat II Tentara Nasional Indonesia dan menyimpulkan bahwa kualitas layanan dan *Customer Relationship Management* (CRM) secara signifikan berpengaruh terhadap kepuasan pasien rumah sakit Tingkat II TNI.

Kebutuhan spesifik pasien rumah sakit Tingkat II TNI antara lain kemudahan dan kenyamanan dalam memperoleh layanan.²¹

Penelitian yang sama juga dilakukan oleh Saragih tahun 2010 dengan judul Pengaruh Mutu Pelayanan Kesehatan Terhadap Loyalitas Pasien Rumah Sakit Umum Herna Medan dan menyimpulkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara tangibles ($p=0,000$), responsiveness ($p=0,000$), assurance ($p=0,002$) dan empathy ($p=0,014$) terhadap loyalitas pasien Rumah Sakit Umum Herna Medan.²²

Penelitian yang dilakukan oleh Ekayanti tahun 2013 dengan judul Pengaruh Persepsi Pasien tentang Kualitas Pelayanan Rawat Inap terhadap Image di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin tahun 2013 dan menyimpulkan bahwa *professionalism and skills, attitude and behaviour, accessibility and flexibility, service recovery dan servicecape* berpengaruh positif secara signifikan terhadap image.²³

Penelitian terdahulu yang dilakukan Firdaus (2015) tentang kualitas pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Adjidarmo terhadap pengguna program Kartu Lebak Sehat (KLS) di Kabupaten Lebak Provinsi Banten, menyimpulkan bahwa kualitas pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Adjidarmo terhadap pengguna program Kartu Lebak Sehat (KLS) di Kabupaten Lebak Provinsi Banten sudah cukup baik, namun untuk terciptanya pelayanan sesuai harapan pasien masih ada beberapa hal yang perlu diperbaiki seperti masih ada beberapa petugas medis dan petugas administrasi yang kurang ramah dalam memberikan pelayanan kepada pasien,

terutama tenaga medis yang berusia muda dan ketidaksesuaian jadwal yang sudah ditentukan dengan pelaksanaannya.²⁴

Penelitian tentang Kepuasan Pasien juga dilakukan oleh Pangestu (2013) dengan judul “Gambaran Kepuasan Pasien pada Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Kota Tangerang Selatan tahun 2013:”, menyimpulkan bahwa dari lima dimensi *service quality* pada dimensi *tangibles* belum memuaskan pasien, dimana atribut kebersihan dan kenyamanan ruang tunggu pendaftaran serta kebersihan dan kenyamanan ruang tunggu poli belum memuaskan pasien. Pada dimensi *reliability* sudah memuaskan pasien, namun ada atribut kehandalan petugas pendaftaran belum memuaskan pasien. Pada dimensi *responsiveness* sudah memuaskan pasien, namun ada atribut ketanggapan petugas pendaftaran belum memuaskan pasien. Pada dimensi *assurance* sudah memuaskan pasien, namun ada atribut kejelasan petugas apotek belum memuaskan pasien. Pada dimensi *empathy* belum memuaskan pasien, dimana atribut keramahan petugas pendaftaran, keramahan perawat dan keramahan dokter belum memuaskan pasien.²⁵

Penelitian terdahulu juga dilakukan Aryani (2015) dengan judul “Analisa Kepuasan Pasien Rawat Jalan terhadap Kualitas Pelayanan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru”, yang dilakukan secara cross sectional menggunakan kuesioner berdasarkan nilai gap yaitu selisih antara nilai kinerja dan harapan. Hasil penelitian menyimpulkan bahwa dari hasil penelitian didapatkan nilai gap terbesar pada aspek *reliability* yakni -0,85, *assurance* yakni -0,73, *emphaty* yakni -0,67, *tangible* yakni -0,59 dan aspek *responsiveness* -0,54. Hal ini

menunjukkan bahwa pasien rawat jalan di IFRS Islam Ibnu Sina Pekanbaru belum merasa puas terhadap pelayanan yang diberikan.²⁶

Penelitian yang sama juga dilakukan Chairunnisa (2015) tentang Gambaran Kepuasan Pasien Rawat Jalan terhadap Pelayanan di Rumah Sakit Islam Jakarta (RSIJS) tahun 2015 dengan alat analisis yang digunakan adalah Importance-Performance Analysis (IPA). Hasil uji IPA dalam diagram kartesius menunjukkan atribut yang masuk dalam kuadran A adalah kebersihan kamar mandi, kebersihan poli rawat jalan, keramahan dan kesantunan petugas pendaftaran dan kasir, ketepatan waktu dokter dalam memulai memberikan pelayanan dan kedisiplinan waktu pelayanan. Atribut yang masuk dalam kuadran B adalah prosedur penerimaan pasien dilayani secara cepat dan tidak berbelit-belit, kecepatan bagian pendaftaran dan kasir dalam pelayanan, ketepatan waktu perawat dalam memberikan pelayanan, cepat tanggap dokter, perawat, petugas pendaftaran dan kasir dalam membantu pasien, perawat memperhatikan sungguh-sungguh kepada pasien, pemberian pelayanan terhadap pasien tanpa pilih-pilih. Atribut yang masuk dalam kuadran C adalah terciptanya suasana kekeluargaan antara perawat dengan pasien, dan, adanya media elektronik tv di ruang tunggu. Atribut yang masuk dalam kuadran D adalah kebersihan dan kenyamanan ruang tunggu, terciptanya suasana kekeluargaan antara dokter dan pasien, dokter memberikan kesempatan bertanya kepada pasien dan waktu pelayanan yang cukup, adanya kotak saran untuk kritik dan keluhan, tenaga medis dan karyawan rumah sakit berpenampilan rapi dan bersih.²⁷

Penelitian yang sama juga dilakukan Rahmani (2009) dengan judul “Analisis Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Jalan terhadap Kualitas Pelayanan (Studi Kasus : Rumah Sakit Umum Bhakti Asih, Tangerang) didapati dari analisis IPA, diperoleh hasil bahwa atribut yang berada pada Kuadran A (Prioritas Utama) adalah ketepatan dokter mendiagnosa penyakit, keamanan lingkungan rumah sakit, kelengkapan obat-obatan di apotek dan kelengkapan fasilitas peralatan modern. Kuadran B (Pertahankan Prestasi) yaitu atribut kelengkapan penjelasan dokter, ketanggapan dokter dan perawat terhadap keluhan pasien, kesiapsediaan dokter dan perawat membantu pasien, pengetahuan dan keterampilan medis dokter, pelayanan dokter dan perawat meyakinkan, keramahan dan kesopanan dokter dan perawat dan kesetaraan pelayanan pengobatan. Kuadran C (Prioritas Rendah) terdapat atribut kecepatan pelayanan dokter dan perawat, pelayanan kasir yang prima, kecepatan pelayanan apotek, pelayanan petugas apotek yang meyakinkan, keramahan dan kesopanan petugas pendaftaran dan apotek, kesamaan pemahaman penyakit pasien antara dokter dan perawat, ketersediaan pusat pengaduan terhadap keluhan pasien serta kenyamanan dan kebersihan lingkungan RS. Atribut pada Kuadran D yaitu ketepatan tagihan biaya, kemudahan memperoleh informasi pelayanan, kesetaraan pelayanan apotek, ketersediaan petunjuk arah untuk tiap ruangan, kerapian dan kebersihan penampilan seluruh karyawan. Hasil analisis CSI menunjukkan bahwa pasien telah merasa puas terhadap kualitas pelayanan RSU Bhakti Asih. Hal ini dapat dilihat dari nilai CSI sebesar 80,43% dimana berada pada kategori ”sangat puas” (0,76-1,00).²⁸

2.2. Telaah Teori

2.2.1. Rumah Sakit

2.2.1.1. Pengertian Rumah Sakit

Bedasarkan Undang-undang RI No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.(1) Berdasarkan pengertian tersebut rumah sakit adalah sebuah organisasi yang padat modal, padat karya, padat pakar, padat teknologi dan padat pula masalah yang dihadapinya sehingga rumah sakit sebagai organisasi yang sangat kompleks dan sangat sensitif dalam memberikan pelayanannya karena beragamnya jenis pelayanan yang harus dihasilkan dengan memperkerjakan berbagai tenaga ahli.

2.2.1.2. Fungsi Rumah Sakit

Bedasarkan Undang-undang RI No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Rumah sakit mempunyai beberapa fungsi, diantaranya: a) Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Rumah Sakit. b) Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis. Pelayanan kesehatan paripurna tingkat kedua adalah upaya kesehatan perorangan tingkat lanjut dengan mendayagunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialistik. Sedangkan pelayanan kesehatan paripurna tingkat ketiga adalah upaya kesehatan perorangan tingkat lanjut dengan mendayagunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan subspesialistik. c) Penyelenggaraan

pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan d) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan. Penapisan teknologi dimaksudkan dalam rangka perlindungan terhadap keamanan dan keselamatan pasien.¹

Sedangkan Menurut Milton Roemer dalam Aditama, menyatakan bahwa rumah sakit setidaknya memiliki lima fungsi, yaitu: 1) Harus ada pelayanan rawat inap dengan fasilitas diagnostik dan terapeutiknya. Berbagai jenis spesialisasi, baik bedah maupun non bedah harus tersedia. Pelayanan rawat inap, meliputi pelayanan keperawatan gizi, farmasi, laboratorium, radiologi dan berbagai pelayanan diagnostik serta terapeutiklainnya. 2) Rumah Sakit harus memiliki pelayanan rawat jalan. 3) Rumah Sakit juga mempunyai tugas untuk melakukan pendidikan danpelatihan. 4) Rumah Sakit perlu melakukan penelitian di bidang kesehatan dan kedokteran karena keberadaan pasien di rumah sakit merupakan modal besar untukpenelitian. 5) Rumah Sakit juga mempunyai tanggung jawab untuk program pencegahanpenyakit dan penyuluhan kesehatan bagi populasi di sekitarnya.²⁹

Berdasarkan fungsi tersebut bahwa rumah sakit adalah sebuah organisasi yang menjadikan pelayanan sebagai kata kunci keberhasilan. Pelayanan yang komprehensif dan berkualitas akan menjadi keunikan bagi rumah sakit untuk dapat tetap dipilih oleh pasien jika jatuh sakit.

2.2.1.3. Klasifikasi Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan rumah sakit:¹

- a) Rumah sakit umum kelas A, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik luas dan subspecialistik luas.
- b) Rumah sakit umum kelas B, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik sekurang-kurangnya sebelas spesialisik dan subspecialistik luas.
- c) Rumah sakit umum kelas C, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik dasar.
- d) Rumah sakit umum kelas D, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik dasar.

2.2.1.4. Pembagian Kepemilikan Rumah Sakit

Pembagian Rumah sakit bila dilihat dari kepemiliknya maka rumah sakit di Indonesia dapat dibedakan atas dua macam :

A. Rumah Sakit Pemerintah

Dapat dibedakan menjadi dua macam, yaitu :

1) Pemerintah pusat, dapat dibedakan atas dua macam :

- a) Dikelola Kementerian Kesehatan, seperti Rumah Sakit Haji Adam Malik Medan

- b) Dikelola oleh Kementerian lainnya, seperti Kementerian Pertambangan, Kementerian Pertahanan dan Keamanan, Kementerian Perhubungan.
- 2) Pemerintah daerah, sesuai dengan undang-undang pemerintah daerah No.32 tahun 2004, maka rumah sakit yang berada di daerah di kelola oleh pemerintah daerah. Pengelola yang dimaksud disini seperti keuangan, dan kebijakan, seperti pembangunan sarana, pengadaan peralatan, dan operasionalisasi Rumah Sakit, serta penetapan tarif pelayanan.

B. Rumah Sakit Swasta

Beberapa rumah sakit yang ada di Indonesia juga dikelola oleh pihak swasta. Sebagai akibat telah dibenarkannya pemilik modal bergerak dalam perumahsakitian, menyebabkan mulai banyak ditemukannya rumah sakit swasta yang telah dikelola secara komersial serta yang berorientasi mencari keuntungan, walaupun untuk yang terakhir ini harus tetap mempertahankan fungsi sosial rumah sakit swasta tersebut dan menyediakan sekurang-kurangnya 20% dari tempat tidurnya untuk masyarakat golongan tidak mampu.³⁰

2.2.1.5. Rumah Sakit Sebagai Industri Jasa

Sebagai suatu jasa yang bergerak dibidang kesehatan, rumah sakit harus mampu memenuhi kebutuhan konsumennya sehingga mampu bersaing dengan industri sejenis. Industri Rumah Sakit harus jelas mendefinisikan para pesaing ataupun substitusi yang ada di dalam industri kesehatan. Demikian suatu rumah sakit harus mampu mendefinisikan bisnisnya dengan tepat untuk mendapatkan posisi yang tepat sehingga mampu bertahan di dalam industri tersebut.

Bila dilihat dari klasifikasi industri jasa, maka rumah sakit termasuk dalam kategori “*people processing*”, yaitu masukan berupa orang sakit, kemudian dilakukan proses sehingga diinginkan orang tersebut menjadi lebih sehat dari sebelumnya.

Industri rumah sakit mempunyai ciri-ciri khusus sebagai berikut:

- 1) Kejadian penyakit tidak terduga. Secara umum orang tidak dapat membuat dugaan penyakit apa yang akan dialaminya di masa yang akan datang dan pelayanan apa yang ia butuhkan. Adanya ketidakpastian ini membuat orang harus menghadapi resiko pengeluaran biaya tanpa perencanaan terlebih dahulu.
- 2) Ketidaktahuan konsumen merupakan salah satu ciri yang sangat khusus sehingga ketergantungan konsumen kepada penyedia jasa pelayanan kesehatan amat besar. Hal ini disebabkan karena umumnya konsumen tidak tahu tentang jenis pemeriksaan maupun pengobatan yang diperlukannya.
- 3) Sehat dan pelayanan kesehatan merupakan hak semua sehingga hidup sehat adalah unsur kebutuhan hidup manusia yang harus diusahakan untuk dipenuhi.
- 4) Motif non profit yang menurut pendapat umum yang dianut adalah “orang tidak layak mengambil keuntungan dari penyakit/musibah orang lain”.
- 5) Padat Karya dimana kemajuan teknologi medis ternyata tidak membuat pelayanan kesehatan semakin bebas dari campur tangan tenaga kerja manusia. Hal ini dapat dilihat dari masih berperannya tenaga manusia berupa dokter dan paramedis di industri rumah sakit.
- 6) *Mix Output* yaitu beragamnya jenis pelayanan yang ditawarkan kepada pasien.
- 7) Restriksi berkompetisi yaitu adanya pembatasan praktek berkompetisi menyebabkan mekanisme pasar dalam pelayanan kesehatan tidak bisa sesempurna

mekanisme pasar untuk komoditi lain sehingga di dalam kesehatan tidak pernah terdengar adanya promosi, potongan tarif, bonus ataupun banting harga.³¹

2.2.2. Kualitas Pelayanan

2.2.2.1. Pengertian Kualitas Pelayanan

Pelayanan yang berkualitas merupakan tujuan akhir dalam setiap pelayanan, khususnya dalam bidang kesehatan pelayanan yang diterima merupakan rangkaian dari beberapa kegiatan yang membentuk satu set pelayanan. Pelayanan kesehatan yang berkualitas tergantung dengan tujuan dan apa yang akan dilakukan dengan pelayanan tersebut. Misalnya, seseorang yang mendapatkan pelayanan transfusi darah akan merasa puas jika stok darah yang sesuai tersedia pada saat di butuhkan, tidak menunggu terlalu lama dan dengan harga yang terjangkau.

Kualitas mengandung banyak definisi dan makna karena orang yang berbeda akan mengartikannya secara berlainan, seperti kesesuaian dengan persyaratan atau tuntutan, kecocokan untuk pemakaian perbaikan berkelanjutan, bebas dari kerusakan atau cacat dan pemenuhan kebutuhan pelanggan.

Kualitas adalah konsep yang kompleks yang telah menjadi salah satu daya tarik dalam semua teori manajemen. Revolusi terhadap kualitas sedang terjadi dalam semua lini bisnis. Semua produk ataupun jasa ingin menawarkan sesuatu yang berkualitas dengan perkataan lain mengartikan produk atau jasa yang lebih baik dari rata-rata, dapat berprestasi sampai tingkat yang diperlukan, dan harganya terjangkau.

Konsep kualitas lebih banyak dibicarakan dan berkembang pada industri manufaktur dikarenakan permasalahannya lebih nyata sehingga lebih mudah untuk diformulasikan dibandingkan dengan industri jasa. Akibatnya banyak konsep kualitas jasa dipengaruhi dan mengacu pada konsep kualitas yang berkembang pada industri manufaktur.

Menurut Winston Dictionary, kualitas adalah tingkat kesempurnaan dari penampilan sesuatu yang sedang diamati. Selain itu menurut Crosby, kualitas adalah kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan. Kualitas menurut Goetsh & Davis adalah suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses, dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan.³²

Berdasarkan beberapa definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa kualitas adalah sesuatu yang diharapkan dapat dirasakan dan menjadi suatu kenyataan sehingga individu atau kelompok merasakan kesempurnaan.

2.2.2.2. Total Quality Management

Tahun 1961, Dr. AV Feigenbaum memperkenalkan konsep *make it right at the first time*. Konsep ini akan berkembang dan menjadi salah satu dasar *Total Quality Management (TQM)*. TQM adalah suatu komitmen budaya organisasi untuk memuaskan pelanggan lewat penggunaan struktur terintegrasi dari peralatan, teknik, dan pelatihan. TQM mencakup perbaikan terus menerus dalam proses organisasi dengan hasil produk dan jasa yang bermutu tinggi. Pendekatan TQM tergantung pada pemahaman sistem organisasi, Dobyns dan Crawford Mason menggambarkan tiga sistem utama yang menjadi tanggung jawab manajer yaitu 1) sistem sosial atau budaya 2) sistem manajerial 3) sistem teknik.³¹

Sistem dalam sebuah organisasi merupakan serangkaian fungsi atau aktivitas di dalam organisasi yang bekerja sama untuk tujuan organisasi. Sistem budaya adalah serangkaian keyakinan dan tingkah laku sebagai hasil yang dimiliki di seluruh organisasi. Beberapa organisasi mulai menerapkan inisitif mutu mereka dengan mencoba untuk mengubah sistem budaya. Sedangkan sistem teknik adalah berbagai faktor, seperti teknologi dan infrastruktur fisik, serta investasi modal yang diperlukan oleh sebuah organisasi untuk mencapai sasarnya. Berikutnya sistem manajemen adalah sebagai proses yang dipergunakan organisasi untuk mengelola sumber daya manusia dan fisik serta asetnya.

2.2.2.3. Kualitas Pelayanan di Rumah Sakit

Menurut Nursalam, kualitas pelayanan adalah derajat memberikan pelayanan secara efisien dan efektif sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan yang dilaksanakan secara menyeluruh sesuai dengan kebutuhan pasien, memanfaatkan teknologi tepat guna dan hasil penelitian dalam pengembangan pelayanan kesehatan sehingga tercapai derajat kesehatan yang optimal.³² Sedangkan menurut Wyckof dalam Tjiptono, kualitas jasa merupakan tingkat keunggulan (*excellence*) yang diharapkan dan pengendalian atas keunggulan tersebut untuk memenuhi keinginan pelanggan atau pasien. Menurut Lovelock, kualitas jasa adalah sejauh mana jasa memenuhi atau melampaui harapan pelanggan.³²

Kualitas pelayanan di rumah sakit merupakan faktor dasar yang dapat memengaruhi pilihan konsumen untuk berbagai jenis pelayanan yang tersedia. Usaha penilaian dan peningkatan kualitas menjadi faktor terpenting dalam

keberhasilan industri rumah sakit. Menurut Azwar, ada lima bagian utama yang diidentifikasi dari kualitas pelayanan yang berhubungan dengan pasien yaitu:

- 1) Proses masuk rumah sakit yang merupakan waktu tunggu, prosedur mendapatkan pelayanan, penetapan ruang perawatan, keramahan dan bantuan personil.
- 2) Pelayanan perawatan oleh perawat, informasi dari perawat dan daya tanggap perawat terhadap kebutuhan pasien.
- 3) Pelayanan makanan, dihidangkan dengan temperatur yang sesuai dan waktu yang tepat, sesuai dengan kondisi penyakit pasien, serta kepuasan keseluruhan pada makanan yang dihidangkan.
- 4) Pemeliharaan rumah sakit dimana kesiapan ruangan pada saat pasien datang, kebersihan ruangan, kamar mandi, petugas kebersihan yang ramah.
- 5) Pelayanan teknis di rumah sakit, waktu tunggu pemeriksaan laboratorium dan radiologi, keramahan personilnya, adanya informasi yang cukup dari dokter tentang jadwal pemeriksaan, jadwal pengobatan serta keramahan dokter.³²

Selain faktor tersebut ada dua faktor utama yang mempengaruhi kualitas pelayanan di rumah sakit yaitu pelayanan yang diinginkan (*expected service*) dan pelayanan yang diterima (*perceived service*). Apabila yang diterima konsumen sudah sesuai dengan yang diinginkan maka kualitas pelayanan tersebut dianggap baik atau memuaskan. Di lain pihak bila kualitas pelayanan yang diterima ternyata belum sesuai dengan yang diinginkan maka kualitas pelayanan tersebut belum dapat dikatakan baik.

2.2.2.4. Faktor yang Memengaruhi Kualitas Pelayanan di Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan suatu tempat untuk melakukan upaya meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan. Masyarakat telah menganggap bahwa rumah sakit adalah harapan terakhir bagi orang yang sedang sakit. Bahkan menurut Sudarwanto, ada sebagian masyarakat yang berperilaku untuk cepat-cepat berobat ke rumah sakit, jika mereka menderita suatu penyakit tertentu. Agar dicapai tingkat pelayanan kesehatan yang berkualitas, rumah sakit mengupayakannya dengan meningkatkan berbagai fasilitas pelayanan.³³

Menurut Sulastomo, peningkatan kualitas sebagai salah satu upaya yang merupakan tujuan fundamental dari pelayanan kesehatan, yakni melindungi pasien, tenaga kesehatan, dan organisasi tersebut. Hal ini merupakan suatu proses dengan output yang baru akan dapat terlihat pada program jangka menengah ataupun program jangka panjang.²³ Kotler, menjelaskan beberapa karakteristik pelayanan yang akan memengaruhi kualitas pelayanan sebagai berikut: 1) *Intangibility* (tidak berwujud), yaitu suatu pelayanan mempunyai sifat tidak berwujud, tidak dapat dirasakan atau dinikmati, tidak dapat dilihat, didengar dan dicium sebelum dibeli oleh konsumen. Misalnya: pasien dalam suatu rumah sakit akan merasakan bagaimana pelayanan perawat yang diterimanya setelah menjadi pasien rumah sakit tersebut. 2) *Inseparability* (tidak dapat dipisahkan), yaitu pelayanan yang dihasilkan dan dirasakan pada waktu bersamaan dan apabila dikehendaki oleh seseorang untuk diserahkan kepada pihak lainnya, dia akan tetap merupakan bagian dari pelayanan tersebut. Pelayanan dapat diproduksi dan

dikonsumsi atau dirasakan secara bersamaan. Misalnya: pelayanan keperawatan di rumah sakit yang diberikan pada pasien dapat langsung dirasakan kualitas pelayanannya.³³) *Variability* (bervariasi), yaitu pelayanan bersifat sangat bervariasi karena merupakan *non standardized* dan senantiasa mengalami perubahan tergantung dari siapa pemberi pelayanan, penerima pelayanan dan kondisi dimana serta kapan pelayanan tersebut diberikan. Misalnya: pelayanan yang diberikan kepada pasien di ruang rawat inap kelas VIP berbeda dengan kelas tiga. 4) *Perishability* (tidak tahan lama), dimana pelayanan itu merupakan komoditas yang tidak tahan lama dan tidak dapat disimpan. Misalnya: jam tertentu tanpa ada pasien di ruang perawatan, maka pelayanan yang biasanya terjadi akan hilang begitu saja karena tidak dapat disimpan untuk dipergunakan lain waktu.³⁴

Menurut Ely Nurachma, pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan bentuk pelayanan yang diberikan kepada klien oleh suatu tim multi disiplin. Pelayanan kesehatan pada masa kini sudah merupakan industri jasa kesehatan utama dimana setiap rumah sakit bertanggung gugat terhadap penerima jasa pelayanan kesehatan. Keberadaan dan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan ditentukan oleh nilai-nilai dan harapan dari penerima jasa pelayanan tersebut. Disamping itu, penekanan pelayanan kepada kualitas yang tinggi tersebut harus dapat dicapai dengan biaya yang dapat dipertanggungjawabkan.³⁵

2.2.3. Kepuasan Pasien

2.2.3.1. Pengertian Pelanggan dalam Pelayanan Kesehatan

Pelanggan dalam pelayanan kesehatan secara umum adalah masyarakat (individu atau kelompok) atau institusi pengguna jasa pelayanan kesehatan yang

mempunyai kebutuhan pelayanan kesehatan atau yang punya potensi membayar jasa pelayanan kesehatan. Mereka dimasukkan sebagai pelanggan dari luar (*eksternal customer*) institusi. Institusi pelayanan kesehatan juga memiliki pelanggan dari dalam (*internal customer*) yaitu mereka yang bekerja di instansi tersebut sebagai staf administrasi, juru masak, satpam, petugas laundry, pimpinan rumah sakit, dokter, perawat, bidan dan sebagainya. Setiap kelompok tersebut diberi pelayanan sebaik-baiknya oleh pihak manajemen pelayanan institusi sesuai dengan kebutuhan.³⁶

Pelanggan eksternal, yaitu pelanggan yang sesungguhnya menjadi sasaran dari misi organisasi pelayanan kesehatan, yaitu para pasien, famili dan sahabatnya serta pihak-pihak lain yang berkepentingan dalam organisasi.

2.2.3.2. Pengertian Kepuasan Pasien

Kepuasan menurut kamus bahasa indonesia adalah puas; merasa senang; perihal (hal yang bersifat puas, kesenangan, kelegaan dan sebagainya). Kepuasan dapat diartikan sebagai perasaan puas, rasa senang dan kelegaan seseorang dikarenakan mengkonsumsi suatu produk atau jasa untuk mendapatkan pelayanan suatu jasa. Mendefinisikan kepuasan sebagai tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakannya dengan harapannya. Tingkat kepuasan merupakan fungsi dari perbedaan antara kinerja yang dirasakan dengan harapan. Apabila kinerja dibawah harapan, maka pelanggan akan sangat kecewa. Bila kinerja sesuai dengan harapan, maka pelanggan akan puas. Sedangkan bila kinerja melebihi harapan, pelanggan akan sangat puas. Harapan pelanggan dapat dibentuk oleh pengalaman masa lampau, komentar dari

kerabatnya serta janji dan informasi dari berbagai media. Pelanggan yang puas akan setia lebih lama, kurang sensitif terhadap harga dan memberi komentar yang baik tentang perusahaan tersebut.³⁷

Tingkat kepuasan adalah suatu fungsi dari membedakan antara penampilan dengan harapan. Ada tiga tingkat kepuasan, bila penampilan kurang dari harapan, pelanggan tidak puas. Bila penampilan sama dengan harapan, pelanggan puas. Bila penampilan melebihi harapan pelanggan amat puas.

Memahami kebutuhan dan keinginan konsumen dalam hal ini pasien adalah hal penting yang mempengaruhi kepuasan pasien. Pasien yang puas merupakan aset yang sangat berharga karena apabila pasien puas, maka mereka akan terus melakukan pemakaian terhadap jasa pilihannya, tetapi jika pasien merasa tidak puas mereka akan memberitahukan dua kali lebih hebat kepada orang lain tentang pengalaman buruknya. Untuk menciptakan kepuasan pasien suatu perusahaan atau rumah sakit harus menciptakan dan mengelola suatu sistem untuk memperoleh pasien yang lebih banyak dan kemampuan untuk mempertahankan pasiennya.⁶

Pasien adalah orang yang karena kelemahan fisik atau mentalnya menyerahkan pengawasan dan perawatannya, menerima dan mengikuti pengobatan yang diterapkan oleh tenaga kesehatan. Sedangkan menurut Aditama dalam Triwibowo, pasien adalah mereka yang diobati di rumah sakit. Berdasarkan uraian dari beberapa ahli tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa kepuasan pasien adalah perasaan senang, puas individu karena terpenuhinya harapan atau keinginan dalam menerima jasa pelayanan kesehatan.⁶

2.2.3.3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Pasien

Berdasarkan prinsip pelayanan sebagaimana telah ditetapkan dalam Kepmenpan Nomor: 63 Tahun 2003 tentang pedoman umum penyelenggaraan layanan publik, dimana standar layanan publik perlu memperhatikan dan menerapkan prinsip, standar, pola penyelenggaraan biaya, pelayanan bagi penyandang cacat, lanjut usia, wanita hamil dan balita. Pelayanan khusus, biro jasa pelayanan, tingkat kepuasan masyarakat, pengawasan penyelenggaraan, penyelesaian pengaduan dan sengketa, serta evaluasi kinerja penyelenggara layanan publik.³⁸

Pengembangan menjadi 14 unsur yang relevan, valid dan variabel, sebagai unsur minimal yang harus ada untuk dasar pengukuran indeks kepuasan pasien adalah sebagai berikut:⁶

- 1) Prosedur pelayanan, yaitu kemudahan tahapan pelayanan yang diberikan kepada masyarakat dilihat dari sisi kesederhaan alur pelayanan.
- 2) Persyaratan pelayanan, yaitu persyaratan teknis dan administratif yang diperlukan untuk mendapatkan pelayanan sesuai dengan jenis pelayanannya.
- 3) Kejelasan petugas pelayanan, yaitu keberadaan dan kepastian petugas yang memberikan pelayanan (nama, jabatan serta kewenangan dan tanggung jawabnya).
- 4) Kesidiplinan petugas pelayanan, yaitu kesungguhan petugas dalam memberikan pelayanan terutama terhadap konsistensi waktu kerja sesuai ketentuan yang berlaku.

- 5) Tanggung jawab petugas pelayanan, yaitu tingkat keahlian dan keterampilan yang dimiliki petugas dalam memberikan atau menyelesaikan pelayanan kepada pasien.
- 6) Kemampuan petugas pelayanan, yaitu tingkat keahlian dan keterampilan yang dimiliki petugas dalam memberikan atau menyelesaikan pelayanan kepada pasien.
- 7) Kecepatan pelayanan, yaitu target waktu pelayanan dapat diselesaikan dalam waktu yang ditentukan oleh unit penyelenggara pelayanan.
- 8) Keadilan mendapatkan pelayanan, yaitu pelaksanaan pelayanan dengan tidak membedakan golongan atau status pasien yang dilayani.
- 9) Kesopanan dan keramahan petugas, yaitu sikap dan perilaku petugas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat secara sopan dan ramah serta saling menghargai dan menghormati.
- 10) Kewajaran biaya pelayanan, yaitu keterjangkauan masyarakat terhadap besarnya biaya yang ditetapkan oleh unit pelayanan.
- 11) Kepastian biaya pelayanan, yaitu kesesuaian antara biaya yang dibayarkan dengan biaya yang ditetapkan.
- 12) Kepastian jadwal pelayanan, yaitu pelaksanaan waktu pelayanan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.
- 13) Kenyamanan lingkungan, yaitu kondisi sarana dan prasarana pelayanan yang bersih, rapi dan teratur sehingga dapat memberikan rasa nyaman kepada penerima pelayanan.

- 14) Keamanan pelayanan, yaitu terjaminnya tingkat keamanan lingkungan unit penyelenggara pelayanan ataupun sarana yang digunakan, sehingga masyarakat merasa tenang untuk mendapatkan pelayanan terhadap resiko – resiko yang diakibatkan dari pelaksanaan pelayanan.

Kepuasan pengguna jasa pelayanan kesehatan dapat disimpulkan sebagai selisih kinerja institusi pelayanan kesehatan dengan harapan pelanggan (pasien atau kelompok). Dari penjelasan ini, kepuasan pasien (customer satisfaction) dapat dirumuskan sebagai berikut:³⁶

$$\text{Satisfaction} = f(\text{performance} - \text{expectation})$$

Dalam rumus ini dihasilkan tiga kemungkinan :

- 1) *Performance < Expectation*

Jika kinerja institusi pelayanan kesehatan lebih jelek dari apa yang diharapkan oleh penggunanya (pasien dan keluarganya), kinerja pelayanan kesehatan akan dipandang jelek oleh pengguna, karena tidak sesuai dengan harapan pengguna sebelum menerima pelayanan kesehatan. Hasilnya, pengguna merasa kurang puas dengan pelayanan yang diterima.

- 2) *Performance = Expectation*

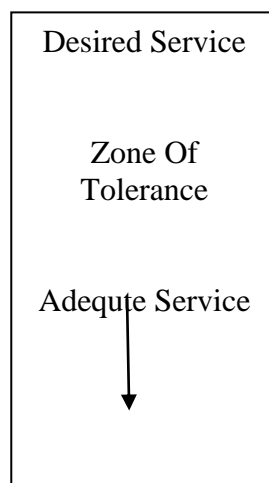
Jika kinerja institusi penyedia pelayanan kesehatan sama dengan harapan para penggunanya, pengguna jasa pelayanan kesehatan akan menerima kinerja pelayanan jasa dengan baik. Pelayanan yang diterima sesuai dengan yang diharapkan para penggunanya. Hasilnya para pengguna pelayanan merasa puas dengan pelayanan yang diterima.

3) *Performance > Expectation*

Jika kinerja institusi penyedia pelayanan kesehatan lebih tinggi dari harapan para penggunanya, pengguna jasa pelayanan kesehatan akan menerima kinerja pelayanan jasa melebihi harapannya. Hasilnya para pengguna pelayanan merasa sangat puas dengan pelayanan yang diterima

Di bidang kesehatan, ekspektasi atau kepentingan utama pasien dan keluarganya adalah kesembuhan atau kembalinya tubuh pasien berfungsi normal atau pasien mampu melakukan kegiatan sehari-hari. Salah satu kelemahan pelayanan kesehatan yang bisa memberikan kepuasan kepada pelanggan adalah ketidakpastian atas lemahnya jaminan kesembuhan pasien pada penyakit untuk penyakit yang serius atau penyakit yang belum tersedia obatnya. Kondisi ini dipengaruhi oleh beberapa faktor mulai dari tingkat keseriusan penyakit, penyebabnya, kemampuan tubuh pasien menerima terapi, kemauan pasien untuk sembuh dan kemampuan biaya yang dimiliki pasien atau keluarga dan sebagainya.³⁶

Model pada Gambar dibawah ini menunjukkan dua tingkat kepentingan pelanggan dalam memberikan tanggapan terhadap pelayanan kesehatan yang diterima yaitu *adequate service* dan *desired service*. *Adequate service* adalah tingkat kinerja minimal yang masih bisa diterima oleh para pengguna sesuai dengan batas toleransinya, perkiraan mutu pelayanan yang diterima dan alternatif lain yang mungkin disediakan oleh pihak institusi pelayanan kesehatan.



Gambar 2.1 Diagram Tingkat Kepentingan Pelanggan³⁶

Desired service adalah tingkat kinerja jasa institusi penyedia pelayanan kesehatan seperti yang diharapkan oleh para penggunanya. Tingkat kinerja seperti ini merupakan gabungan antara kepercayaan para pengguna pelayanan tentang apa yang dapat dan memang harus diterima oleh pelanggan dari pihak penyedia jasa pelayanan kesehatan. Kinerja pelayanan kesehatan juga dipengaruhi oleh faktor harapan (ekspektasi) dan kebutuhan para pengguna pelayanan, pengalaman masa lalu para pengguna pelayanan dan janji penyedia jasa pelayanan, seperti yang terdapat dalam promosi mereka dan komunikasi dari mulut ke mulut tentang jasa pelayanan tersebut.³⁶

Ruang diantara kedua tingkat kepentingan pelanggan ini merupakan batas toleransi yang dapat diterima (*zone of tolerance*) pihak institusi penyedia pelayanan kesehatan dan para pelanggan. Bila jasa yang diterima berada di bawah garis *adequate service*, penerima jasa akan merasa kecewa atau tidak puas. Sebaliknya jika pelayanan berada di atas garis *desired service*, penerima jasa akan “surprise” atau puas menerima jasa pelayanan. Pendekatan ini sering

digunakan untuk mengukur tingkat kepuasan pengguna pelayanan kesehatan dikaitkan dengan kualitas pelayanan atau kemampuan manajemen institusi penyedia pelayanan kesehatan memproduksi berbagai jenis pelayanan kesehatan yang disediakan untuk masyarakat.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif kualitatif yaitu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif, dengan metode wawancara semi terstruktur yaitu jenis wawancara yang sudah termasuk dalam kategori *indepth interview* yang direkam menggunakan *tape recorder* dimana dalam pelaksanaannya lebih bebas bila dibandingkan dengan wawancara terstruktur.⁴⁰

3.2. Lokasi dan Waktu penelitian

3.2.1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Haji Medan yang beralamat di Jalan Rumah Sakit Haji, Medan Estate - Percut Sei Tuan, Kenangan Baru, Percut Sei Tuan, Kota Medan provinsi Sumatera Utara.

3.2.2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari 2018 sampai dengan bulan April 2018, dimulai dari pelaksanaan survei awal, penyusunan proposal sampai selesai melakukan penelitian dan menyusun laporan penelitian.

3.3. Teknik Pengumpulan Data

3.3.1. Informan Penelitian

Informan sebagai sumber data kualitatif yang utama disamping data-rata lain yang diperoleh dari hasil studi pustaka, sehingga informan merupakan salah

satu sumber data yang penting dalam penelitian ini. Penentuan sumber data pada orang yang diwawancarai dilakukan secara *purposive*, yaitu dipilih dengan pertimbangan dan tujuan tertentu.⁴⁰ Maksud teknik pengambilan *purposive* ini adalah dengan peneliti mengambil sumber data dari beberapa orang yang dianggap mempunyai informasi yang relevan dengan fokus penelitian.

Peneliti menyimpulkan, bahwa informan merupakan orang yang dimanfaatkan untuk memberikan informasi tentang data yang diinginkan oleh peneliti. Pemilihan sampel sebagai informan pada penelitian ini berdasarkan prinsip kesesuaian (*appropriateness*). Kesesuaian adalah sampel dipilih berdasarkan pengetahuan yang dimiliki yang berkaitan dengan topik penelitian. Berdasarkan prinsip tersebut diatas, maka yang dipilih menjadi informan yang terlibat langsung maupun tidak langsung dalam pelayanan di ruang rawat inap sebanyak 8 orang pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Haji Medan dan 2 orang perawat pelaksana yang bertugas di ruang rawat inap.

Pemilihan informan utama (pasien) berdasarkan kriteria sebagai berikut :

1. Kriteria Inklusi :

- 1) Pasien rawat inap yang sudah dirawat inap minimal 3 (tiga) hari
- 2) Usia pasien diatas 18 tahun
- 3) Bersedia dijadikan informan

2. Kriteria Eksklusi :

- 1) Pasien rawat inap yang dirawat inap kurang dari 3 (tiga) hari
- 2) Usia pasien kurang dari 18 tahun
- 3) Tidak bersedia dijadikan informan.

Data Primer didapatkan dari hasil wawancara mendalam kepada pasien, keluarga pasien, kerabat pasien, perawat dan petugas administrasi. Wawancara mendalam dilakukan dengan menggunakan daftar pertanyaan pada panduan wawancara mendalam dan hasilnya dicatat atau direkam dengan menggunakan *recording handphone*. Analisis komponen hasil penelitian dengan pendekatan analisis isi (*content analysis*) yaitu membandingkan hasil penelitian dengan teori-teori yang ada dikepastakaan

3.3.2. Metode Pengumpulan Data

1. Jenis Data

Jenis data pada penelitian ini adalah :

- 1) Data primer dalam penelitian ini didapat dari jawaban subyek melalui wawancara mendalam maupun dengan observasi.
- 2) Data Skunder dalam penelitian ini diperoleh dari Rumah Sakit Umum Haji Medan, meliputi data jumlah pasien yang berkunjung ke Rumah Sakit Umum Haji Medan.
- 3) Data tertier dalam penelitian ini adalah data yang didapat dari studi kepustakaan, jurnal, dan *text book*.

2. Teknik Pengolahan Data

- 1) *In-depth interview*

Wawancara secara mendalam terhadap informan mengenai kualitas jasa layanan rawat jalan yang memengaruhi kepuasan pelanggan

2) Observasi

Untuk melihat latar informan, pendidikan, kebiasaan masyarakat, kepercayaan serta pandangan terhadap rumah sakit.

3.3.3. Metode Analisis Data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan deskriptif kualitatif. Analisis data kualitatif menurut Bogdan dan Bilken dalam Moleong (2014) merupakan upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja dengan data, memilah-milahnya menjadi satuan yang dapat dikelola, mensintesiskannya, mencari dan menentukan pola, menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari, dan memutuskan apa yang dapat diceritakan kepada orang lain.⁴¹

Pada penelitian ini data yang diperoleh dilapangan dianalisis menggunakan model Miles dan Huberman dalam Prastowo (2012) yaitu melalui proses pengolahan data dengan tahapan *data reduction*, *data display*, dan *conclusion or verification* dan triangulasi.⁴²

1) *Data reduction* (reduksi data)

Mereduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, mencari tema dan pola sehingga akan memberikan gambaran jelas, dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya dan mencarinya bila diperlukan.

2) *Data display* (penyajian data)

Penyajian data akan mempermudah untuk memahami apa yang terjadi, merencanakan kerja selanjutnya berdasarkan apa yang telah dipahami. Dalam

kualitatif, penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, dan hubungan antar kategori.

3) *Conclusion or verification* (kesimpulan atau verifikasi data)

Kesimpulan dalam penelitian kualitatif merupakan temuan baru yang sebelumnya belum pernah ada. Temuan dapat berupa deskripsi atau gambaran suatu objek yang sebelumnya masih remang-remang atau gelap sehingga setelah diteliti menjadi jelas, dan dapat berhubungan kausal atau interaktif, hipotesis atau teori. Kesimpulan awal masih bersifat sementara dan akan berubah bila tidak ditemukan bukti-bukti yang kuat yang mendukung pada tahap pengumpulan data berikutnya. Tetapi apabila kesimpulan yang dikemukakan pada tahap awal didukung oleh bukti-bukti valid dan konsisten maka kesimpulan yang dikemukakan merupakan kesimpulan yang kredibel.

Ketiga komponen tersebut saling interaktif yaitu saling memengaruhi dan saling terkait satu sama lain. Pertama-tama peneliti melakukan penelitian di lapangan dengan mengadakan observasi yang disebut dengan tahap pengumpulan data. Karena data yang terkumpul banyak maka perlu dilakukan tahap reduksi data untuk merangkum, memilih hal pokok, memfokuskan pada hal yang penting, mencari tema, dan polanya. Setelah direduksi kemudian diadakan penyajian data dengan teks yang bersifat naratif. Apabila kedua tahap tersebut telah selesai dilakukan, maka diambil suatu keputusan atau verifikasi.

4) Triangulasi

Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau

sebagai pembandingan terhadap data itu”. Denzin dalam Lexy J. Moleong, membedakan empat macam triangulasi sebagai teknik pemeriksaan yang memanfaatkan penggunaan sumber, metode, penyidik dan teori.

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan teknik pemeriksaan keabsahan data triangulasi dengan sumber dan triangulasi dengan metode. Menurut Patton dalam Lexy J. Moleong, triangulasi dengan sumber “berarti membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam penelitian kualitatif”. Sedangkan triangulasi dengan metode menurut Patton dalam Lexy J. Moleong, terdapat dua strategi, yaitu (1) pengecekan derajat kepercayaan penemuan hasil penelitian beberapa teknik pengumpulan data dan (2) pengecekan derajat kepercayaan beberapa sumber data dengan metode yang sama.⁴¹

Dengan teknik triangulasi dengan sumber, peneliti membandingkan hasil wawancara yang diperoleh dari masing-masing sumber atau informan penelitian sebagai pembandingan untuk mengecek kebenaran informasi yang didapatkan. Selain itu peneliti juga melakukan pengecekan derajat kepercayaan melalui teknik triangulasi dengan metode, yaitu dengan melakukan pengecekan hasil penelitian dengan teknik pengumpulan data yang berbeda yakni wawancara, observasi, dan dokumentasi sehingga derajat kepercayaan data dapat valid.⁴¹