

Kualitas Layanan Rumah Sakit

by Woro Utari

Submission date: 11-May-2023 07:15PM (UTC+0700)

Submission ID: 2090341391

File name: BUKU_WORO_HIBAH_booklet_-_WORO_UTARI.pdf (783.29K)

Word count: 17724

Character count: 107797

KUALITAS LAYANAN RUMAH SAKIT

WORD UTARI



Kresna Bina Insan Prima

Kualitas Layanan Rumah Sakit

Penulis :

Woro Utari

ISBN : 978-602-0816-42-5

Penerbit :

Kresna Bina Insan Prima

Redaksi :

Jl. Klakahrejo No 77 Benowo Surabaya 60198

Tel./Fax. : +6231 7421067

Hp. : +6285330834377 ; +6285748655577

Email : ldp_kbip@yahoo.co.id

Facebook : Kresna Bip

Website : www.beritapendidikan.net

Cetakan Pertama, Juli 2015

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa ijin tertulis dari penerbit

KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT, karena atas kehendak-Nya, penulisan buku dengan judul “Kualitas Layanan Rumah Sakit” ini dapat terselesaikan.

Rumah sakit merupakan suatu organisasi yang sangat kompleks. Salah satu tolak ukur dalam pemberian layanan yang bersifat sosial kepada masyarakat dan juga memenuhi kebutuhan Rumah Sakit khususnya Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) adalah kualitas layanan yang diterima oleh pasien yang datang pada Rumah Sakit tersebut. Oleh karena itu diperlukan adanya suatu usaha yang berkelanjutan, berkesinambungan dan komprehensif dari pihak manajemen Rumah Sakit untuk memberikan perhatian, pemikiran dan kerja sama yang optimal dalam peningkatan kualitas pelayanan untuk mencapai kepuasan pasien dan mencapai pemanfaatan tingkat hunian yang optimal.

Semoga penulisan buku ini dapat membawa manfaat khususnya sebagai referensi bagi berbagai pihak yang memerlukannya. Akhirnya penulis mengucapkan terimakasih kepada pihak yang membantu dalam pelaksanaan penerbitan buku ini.

Surabaya, Juli 2015

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|--|----|
| KATA PENGANTAR..... | i |
| DAFTAR ISI | ii |
| DAFTAR TABEL | iv |
| DAFTAR GAMBAR | vi |
| BAB I. PENDAHULUAN | |
| 1.1. Latar Belakang Masalah | 1 |
| 1.2. Rumusan Masalah | 5 |
| 1.3. Tujuan Penelitian | 5 |
| 1.4. Urgensi Penelitian | 6 |
| 1.5. Urgensi Akademik/Teoritis | 6 |
| 1.6. Urgensi Praktis | 7 |
| BAB II. TINJAUAN PUSTAKA | |
| 2.1. Landasan Teori | 8 |
| 2.1.1. Kualitas Layanan | 8 |
| 2.1.2. Kualitas Pelayanan Publik | 14 |
| 2.1.3. Pelayanan Rumah Sakit | 18 |
| 2.1.4. Kepuasan Pasien | 20 |
| 2.1.5. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Pengguna Rumah sakit..... | 24 |
| 2.2. Kajian Empiris | 26 |
| BAB III. METODE PENELITIAN | |
| 3.1. Kerangka Pemikiran | 31 |

| | | |
|--|--|----|
| 3.2. | Populasi, Sampel dan Metode Penarikan Sampel | 32 |
| 3.3. | Definisi Operasional Variabel | 32 |
| 3.4. | Teknik pengumpulan data | 33 |
| 3.5. | Analisis Data | 34 |
| | | |
| BAB IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN | | |
| 4.1. | Hasil Penelitian | 58 |
| 4.1.1. | Diskripsi Obyek Penelitian | 35 |
| 4.1.2. | Karakteristik Responden | 36 |
| 4.1.3. | Diskripsi Variabel Penelitian | 41 |
| 4.2. | Analisis Data | 53 |
| 4.2.1. | Analisis Faktor Kualitas Layanan | 53 |
| 4.2.2. | Analisis Faktor Kepuasan Pengguna Rumah Sakit | 65 |
| 4.2.3. | Upaya yang Dilakukan Pemerintah dalam Meningkatkan Kualitas Layanan Kesehatan | 74 |
| 4.2.4. | Kendala yang dihadapi Pemerintah / RSUD dalam Meningkatkan Kualitas Layanan | 82 |
| 4.3. | Pembahasan | 86 |
| | | |
| BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN | | |
| 5.1. | Kesimpulan | 91 |
| 5.2. | Saran-Saran | 93 |

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

| | |
|---|----|
| Tabel 1 : Responden Berdasarkan Jenis Kelamin..... | 37 |
| Tabel 2 : Responden Berdasarkan Umur | 37 |
| Tabel 3 : Responden Berdasarkan Keikutsertaan Layanan Kesehatan..... | 38 |
| Tabel 4 : Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan | 39 |
| Tabel 5 : Responden Berdasarkan Pekerjaan..... | 40 |
| Tabel 6 : Distribusi Frekuensi Kualitas Layanan | 42 |
| Tabel 7 : Distribusi Kualitas Layanan Rumah Sakit | 47 |
| Tabel 8 : Distribusi Frekuensi Kepuasan Pengguna Layanan Rumah Sakit | 48 |
| Tabel 9 : Kepuasan Pengguna Layanan Rumah Sakit | 53 |
| Tabel 10 : <i>KMO and Bartlett's Test</i> | 54 |
| Tabel 11 : <i>Total Variance Explained</i> | 55 |
| Tabel 12 : Rotated Component Matrix ^a | 57 |
| Tabel 13 : Faktor Kejelasan Prosedur | 60 |
| Tabel 14 : Faktor Kemampuan Pegawai..... | 61 |
| Tabel 15 : Faktor Profesionalisme Pegawai | 62 |
| Tabel 16 : Efektivitas Pelayanan | 63 |
| Tabel 17 : Kompetensi Tenaga Medis | 64 |
| Tabel 18 : Distribusi Frekuensi Kualitas Layanan | 65 |
| Tabel 19 : Anti-image Matrices | 66 |
| Tabel 20 : <i>KMO and Bartlett's Test</i> | 67 |
| Tabel 21 : <i>Total Variance Explained</i> | 68 |
| Tabel 22 : Rotated Component Matrix ^a | 70 |

| | |
|---|----|
| Tabel 23 : Kepuasan Terhadap Fasilitas Layanan | 71 |
| Tabel 24 : Kepuasan Terhadap Peralatan Kedokteran | 72 |
| Tabel 25: Kepuasan Terhadap <i>Emphaty</i> | 73 |
| Tabel 26 : Distribusi Kepuasan Pengguna Rumah Sakit | 74 |

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 : Kerangka Pemikiran Pelaksanaan Penelitian31

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengamanatkan bahwa pembangunan kesehatan harus ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumberdaya masyarakat

Pembangunan kesehatan juga tidak terlepas dari komitmen Indonesia sebagai warga masyarakat dunia untuk mencapai *Millenium Development Goals* (MDGs). Lima (5) dari delapan (8) agenda MDGs berkaitan langsung dengan kesehatan, yaitu: Memberantas kemiskinan dan kelaparan, Menurunkan angka kematian anak, Meningkatkan kesehatan ibu, Memerangi HIV/AIDS, Malaria, dan penyakit lainnya, serta Melestarikan lingkungan hidup. Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan dan sekaligus mencapai tujuan MDGs harus dilakukan intervensi terhadap faktor penentu terbesar, yaitu perilaku dan lingkungan tanpa mengabaikan faktor keturunan dan pelayanan kesehatan.

Peran dunia usaha dan masyarakat sangat besar dalam pencapaian SJSN. Dalam mewujudkan Jaminan Kesehatan Nasional, Kementerian Kesehatan tidak dapat bekerja sendiri. Untuk memenuhi ketiga hal tersebut, diperlukan sinergi yang kuat antar sektor pemerintah, swasta (termasuk investor) maupun

2 masyarakat (*civil society*) untuk saling mengisi dan mendorong terpenuhinya kebutuhan tersebut salah satunya melalui mekanisme kemitraan atau *Public Private Partnership* (PPP) dan pemenuhan tanggung jawab sosial perusahaan (*Corporate Social Responsibility/CSR*) yang kini menjadi kewajiban setiap perusahaan. (Jurnal Kesehatan, 2013).

Persaingan bisnis di bidang kesehatan terjadi pada seluruh tingkat pelayanan, termasuk rumah sakit. Sebagaimana diketahui bahwa rumah sakit merupakan suatu organisasi yang sangat kompleks. Selain padat teknologi, padat karya dan padat pakar (Alfian, 2006). Rumah sakit khususnya Rumah Sakit Umum Daerah dituntut untuk memberikan pelayanan yang bersifat sosial kepada masyarakat dan juga memenuhi kebutuhan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) itu sendiri.

1 Salah satu tolak ukurnya adalah kualitas layanan yang diterima oleh pasien yang datang pada Rumah Sakit swasta tersebut. Oleh karena itu diperlukan adanya suatu usaha yang berkelanjutan, berkesinambungan dan komprehensif dari pihak manajemen Rumah Sakit Swasta untuk memberikan perhatian, pemikiran dan kerja sama yang optimal dalam peningkatan kualitas pelayanan untuk mencapai kepuasan pasien dan mencapai pemanfaatan tingkat hunian (BOR) yang optimal yaitu diatas 75% sebab banyak Rumah Sakit yang tingkat huniannya masih rendah yaitu dibawah 50%. (Hal ini disebabkan karena tingginya tingkat persaingan dan rendahnya tingkat kualitas pelayanan yang diterima oleh pasien. BOR merupakan perbandingan antara jumlah tempat

1
tidur dengan jumlah pasien yang menjalani perawatan rawat inap. BOR dapat dipakai sebagai tolak ukur efisiensi dari Rumah Sakit.

2
Terkait persoalan respon masyarakat terhadap kualitas pelayanan kesehatan, maka dapat dipahami bahwa penilaian terhadap baik buruknya pelayanan kesehatan cenderung ditentukan oleh persepsi, baik secara obyektif maupun subyektif oleh pengguna layanan (Yamit, 2004). Ada berbagai alasan penyebab tidak tertanganinya pelayanan kesehatan baik yang bersifat medis maupun non medis seperti keterbatasan APBD, prosedur administrasi rumah sakit, keterbatasan obat, keterbatasan SDM tenaga medis, prasarana fisik rumah sakit dll (Trisnantoro, 2005;47). Pelayanan kesehatan masih belum seperti yang diharapkan meskipun dewasa ini sudah ada 2.189 rumah sakit, 9599 Puskesmas dan 23.225 Puskesmas pembantu serta sebanyak 54.708 Poskesdes yang tersebar di seluruh Indonesia (Mimbar, 2013)

Ketersediaan sumber daya manusia mulai dari dokter spesialis, dokter, perawat dan tenaga medik lainnya serta peralatan sudah ada sehingga seyogyanya pelayanan minimal dapat dilakukan.

Buruknya pelayanan rumah sakit pemerintah dan swasta terhadap pasien miskin, tertuang dalam kesimpulan hasil survei *Citizen Report Card*, yang dikeluarkan oleh *Indonesian Corruption Watch (ICW)*. Banyak pasien mengeluhkan berbagai hal, diantaranya, administrasi rumah sakit yang rumit dan berbelit.

Rendahnya kunjungan dokter, tidak ramahnya perawat, buruknya kualitas toilet dan tempat tidur, serta pemberian obat non-generik.

16 Peneliti kesehatan ICW berpendapat, pemberian obat non-generik ini berhubungan dengan adanya target penjualan obat dari merek tertentu, yang dibebankan kepada dokter. Sehingga sampai kapanpun, harga obat tetap akan tinggi, karena dokter terikat untuk menjual obat dari merek tertentu yang memfasilitasi dokter itu. Untuk itu, ICW berharap agar pemerintah segera membentuk badan pengawas rumah sakit, sesuai dengan UU Rumah Sakit. ICW juga meminta rumah sakit untuk meningkatkan kualitas layanan terhadap pasien miskin, dan membuka mekanisme keluhan atau pengaduan dari pasien.

Pemerintah juga diminta untuk tidak segan memberikan tindakan administratif kepada rumah sakit yang memberikan pelayanan buruk kepada pasien miskin. Penindakan bisa berupa peringatan tertulis, pencabutan izin sementara, sampai pencabutan izin tetap. (Wihartoseno dan Medi Kuswedi : indosiar.com, 2010)

2 Permasalahan yang mendasar dalam layanan kesehatan di rumah sakit adalah buruknya layanan rumah sakit yang di sebabkan terbatasnya tenaga medis dan non medis, kurangnya sarana dan prasarana serta ketersediaan obat. Disamping juga keterbatasan kemitraan yang dilakukan oleh pemerintah dengan swasta khususnya dengan rumah sakit besar. (Wihartoseno dan Medi Kuswedi, 2010)

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang masalah, maka kami rumuskan masalah yang akan menjadi fokus penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana kualitas pelayanan Rumah Sakit di Jawa Timur ?
2. Faktor-faktor apakah yang mempengaruhi kualitas pelayanan Rumah Sakit di Jawa Timur ?
3. Bagaimana upaya pemerintah dalam meningkatkan kualitas pelayanan Rumah Sakit di Jawa Timur ?
4. Apa saja upaya yang dilakukan untuk mengatasi kendala-kendala dalam meningkatkan kualitas pelayanan Rumah Sakit di Jawa Timur ?

1.3. Tujuan Penelitian

Berdasarkan pada rumusan masalah penelitian di atas, maka tujuan penelitian adalah:

1. Untuk mendeskripsikan dan menganalisis kualitas pelayanan yang diterima pengguna Rumah sakit di Jawa Timur
2. Untuk mengembangkan, mendeskripsikan dan menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan Rumah Sakit di Jawa Timur
3. Untuk mendeskripsikan dan menganalisis upaya pemerintah dalam meningkatkan kualitas layanan rumah sakit di Jawa Timur.

4. Untuk mendeskripsikan dan menganalisis upaya pemerintah dalam mengatasi kendala-kendala dalam peningkatan kualitas pelayanan Rumah Sakit di Jawa Timur

1.4 Urgensi Penelitian

Berdasarkan tujuan yang ditetapkan maka output dalam penelitian ini terdiri dari dua macam output yaitu output antara dan output akhir output antara yang dimaksudkan adalah merupakan hasil dari pelaksanaan penelitian tahun pertama, dimana akan dijadikan materi dasar analisis pada penelitian tahun kedua output tahun pertama yaitu :

1. Mengetahui kualitas pelayanan rumah sakit di Jawa Timur serta menemukan faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas layanan rumah sakit di Jawa Timur
2. Menemukan dan mendeskripsikan permasalahan dan kendala yang dihadapi pemerintah dalam meningkatkan kualitas layanan rumah sakit di Jawa Timur
3. Menemukan upaya yang dilakukan pemerintah dalam mengatasi kendala tersebut.

1.4.1 Urgensi Akademik/Teoritis

1. Penelitian ini untuk mengembangkan dan menemukan model serta menambah khazanah ilmiah dalam rangka melaksanakan tugas mengajar mata kuliah manajemen pemasaran dan manajemen strategi

2. Akan diterbitkan menjadi buku yang ber ISBN hasil penelitian ini dengan judul “Model Kemitraan dalam meningkatkan kualitas layanan rumah sakit”
3. Sebagai buku ajar di Fakultas Ekonomi Universitas Wijaya Putra Surabaya (UWP) Surabaya, Jawa Timur, Indonesia
4. Publikasi pada jurnal ilmiah nasional terakreditasi dan jurnal internasional.

1.4.2 Urgensi Praktis

1. Sebagai kebijakan alternative yang dihasilkan dalam penelitian ini sangat berguna sebagai sumber informasi / referensi / acuan bagi pihak-pihak terkait dengan kesehatan yaitu Dinas Kesehatan, Rumah sakit dan Pemerintah Daerah.
2. Sebagai rujukan dalam membuat kebijakan berkaitan dengan kemitraan antara pemerintah dan swasta yang berkaitan dengan layanan rumah sakit

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Landasan Teori

Berikut ini akan diuraikan mengenai landasan teori yang digunakan dalam penelitian ini. Teori-teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah teori yang relevan dengan penelitian yaitu teori tentang kualitas layanan, teori kepuasan pasien dan tentang rumah sakit.

2.1.1. Kualitas Layanan

Kualitas layanan adalah total pengalaman yang hanya dapat di evaluasi oleh pasien (Zeithamal *et al*, 1988). Sedangkan kualitas jasa adalah tingkat keunggulan yang diharapkan dan pengendalian atas tingkat keunggulan tersebut untuk memenuhi keinginan pasien (Lovelock, 1988).

Kualitas mempunyai hubungan yang erat sekali dengan kepuasan pasien. Kualitas memberikan suatu dorongan kepada pasien untuk menjalin ikatan hubungan yang kuat dengan Rumah Sakit untuk memahami dengan seksama harapan pasien (Kotler, 1999). Kualitas layanan yang baik dalam jangka panjang akan menghasilkan loyalitas pasien, hal ini tentunya akan mengurangi biaya pengembangan profitabilitas dan *market share* (China, 1990; Daniel, 1992; Synchan, 1990) dalam Woro (2004). Oleh karena itu mengelola pasien melalui pemberian kualitas layanan yang baik adalah sangat penting.

Salah satu hal yang penting untuk diperhatikan dalam pelayanan, adalah kualitas pelayanan. Pada prinsipnya konsep kualitas memiliki dua dimensi yaitu dimensi produk dan dimensi hubungan antara produk dengan pemakai. Dimensi yang pertama berkaitan dengan produk, memandang kualitas barang jasa dan perspektif derajat konfirmasi dengan spesifikasinya perspektif ini memandang kualitas dari sosoknya yang dapat dilihat, yang kasat mata dan dapat diidentifikasi melalui pemeriksaan dan pengamatan.

Berkaitan dengan kualitas, diyakini bahwa harapan pelanggan mempunyai peranan yang besar dalam menentukan kualitas barang dan jasa, karena pada dasarnya ada hubungan yang erat antara penentuan kualitas dan kepuasan pelanggan. Karena pelanggan adalah orang yang menerima hasil pekerjaan seseorang atau suatu organisasi, maka hanya pelangganlah yang dapat menentukan kualitasnya seperti apa dan hanya mereka pula yang dapat menyampaikan apa dan bagaimana kebutuhan mereka.

Harapan pelanggan tersebut umumnya meliputi kebutuhan pribadi, pengalaman masa lampau, rekomendasi dari mulut ke mulut, dan Zeithaml *et al.* (1993) melakukan penelitian khusus dalam sektor jasa dan mengemukakan bahwa harapan pelanggan terhadap kualitas suatu jasa atau pelayanan terbentuk oleh beberapa faktor berikut :

1. *Enduring Service Intensifiers*
Faktor ini merupakan faktor yang bersifat stabil mendorong pelanggan untuk meningkatkan sensitivitasnya terhadap jasa.
2. *Personal Need*
Kebutuhan yang dirasakan seseorang mendasar bagi kesejahteraannya juga sangat menentukan harapannya.
3. *Transitory Service Intensifiers*
Faktor ini merupakan faktor individual yang bersifat sementara (jangka pendek) yang meningkatkan sensitivitas pelanggan terhadap jasa Manajemen Publik
4. *Perceived Service Alternatives*
Merupakan persepsi pelanggan terhadap tingkat atau derajat pelayanan organisasi lain yang sejenis.
5. *Self Perceived Role*
Faktor ini adalah persepsi pelanggan tentang tingkat atau derajat keterlibatan dalam mempengaruhi jasa yang diterimanya.
6. *Situational Factor*
Faktor situasional terdiri atas segala kemungkinan yang bisa mempengaruhi kinerja jasa, yang berada di luar kendali penyedia jasa.
7. *Explicit Service Promises*
Faktor ini merupakan pernyataan (secara personal atau nonpersonal) oleh organisasi tentang jasanya kepada pelanggan.

8. *Implicit Service Promises*

Faktor ini menyangkut petunjuk yang berkaitan dengan jasa yang memberikan kesimpulan bagi pelanggan tentang jasa yang seharusnya dan yang akan diberikan.

9. *Word of Mouth* (Rekomendasi/saran dari orang lain) *Word of mouth* merupakan pernyataan (secara personal atau nonpersonal) yang disampaikan oleh orang lain selain organisasi (*service provider*) kepada pelanggan.

10. *Past Experience*

Pengalaman masa lampau meliputi hal-hal yang telah dipelajari atau diketahui pelanggan dari yang pernah diterimanya di masa lalu.

Perspektif ini melihat kualitas dari sudut pandang yang statis dan hanya menekankan pada aspek konformitas teknis. Pandangan yang lebih dinamis terhadap kualitas adalah yang lebih menekankan pada aspek kesesuaian suatu barang dan jasa sangat sempurna dilihat dari aspek teknis atau spesifikasinya, namun dari sisi lain sudah kadaluarsa dari sudut kegunaannya. Pada masyarakat yang mengalami perubahan dengan cepat, definisi kualitas dari perspektif konformitas teknik menjadi semakin kurang berguna. Rumah Sakit harus memperhatikan perkembangan yang terjadi diluar.

Perkembangan pada diri masyarakat, merupakan variabel penentu untuk mengontrol pelayanan dihasilkan. Jika demikian halnya maka keberhasilan suatu Rumah Sakit lebih ditentukan

kemampuannya didalam mengelola sistem eksternalnya daripada sistem internalnya.

Secara singkat, pelayanan yang diharapkan oleh masyarakat adalah pelayanan yang mudah dan cepat (tanpa hambatan), wajar, memperlakukan pasien secara adil (sama, tertib, tidak membeda-bedakan), serta yang jujur dan terbuka (Moenir, 2002).

Berkaitan dengan pelayanan yang berkualitas adalah pelayanan yang efektif. Efektivitas pelayanan dalam hal ini dapat diukur dengan menggunakan beberapa kriteria (LAN, 2005) :

1. Tepat, dalam arti sesuatu yang diberikan atau dilakukan benar-benar sesuai dengan yang dibutuhkan.
2. Cepat, dalam arti masyarakat memperoleh sesuatu yang diinginkannya dengan cepat.
3. Murah, dalam arti masyarakat memperoleh sesuatu yang diinginkannya dengan biaya murah
4. Ramah, dalam arti pelayanan atau hubungan antara petugas dengan masyarakat dilakukan dengan sopan dan berpedoman pada etika profesi.

Agar pelayanan dapat memuaskan orang atau kelompok orang lain yang dilayani, maka pelaku yang bertugas melayani harus memenuhi empat kriteria pokok (Moenir, 2002) yaitu 1). Tingkah laku yang sopan; 2). Cara menyampaikan sesuatu yang berkaitan dengan apa yang seharusnya diterima oleh orang yang bersangkutan; 3). Waktu menyampaikan yang tepat dan 4). Keramahtamahan.

6

Dari pengertian tersebut, kualitas mengandung elemen-elemen yang meliputi usaha memenuhi atau melebihi harapan pasien, yang mencakup produk, jasa, manusia, proses, dan lingkungan, serta merupakan kondisi yang selalu berubah. Terdapat lima sumber kualitas yang dijumpai (Tjiptono, 2005), yaitu:

1. Program, kebijakan, dan sikap yang melibatkan komitmen dari manajemen puncak;
2. Sistem informasi yang menekankan ketepatan, baik pada waktu maupun detail;
3. Produk yang menekankan keandalan dan perjanjian ekstensif produk sebelum dilepas ke pasar.
4. Kebijakan produksi dan tenaga kerja yang menekankan peralatan yang terpelihara dengan baik, pekerja yang terlatih dengan baik, dan penemuan penyimpangan secara cepat;
5. Manajemen vendor yang menekankan kualitas sebagai sasaran utama.

10

Sementara itu, Parasuraman *et al.* (2003) memodifikasi dimensi pokok yang berkaitan dengan kualitas yaitu :

1. Bukti langsung (*tangibles*), meliputi fasilitas fisik, penampilan personel, dan sarana komunikasi;
2. Keandalan (*reliability*), yakni kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat, dan memuaskan;

3. Daya tanggap (*responsiveness*), yaitu keinginan untuk memberikan pelayanan dengan tanggap;
4. Jaminan (*assurance*), mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan, dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki oleh staf
5. Empati, meliputi kemudahan dalam hubungan komunikasi yang baik, perhatian pribadi, dan memahami kebutuhan para pasien.

2.1.2. Kualitas Pelayanan Publik

Kualitas pelayanan publik yang prima sangat ditentukan oleh perangkat birokrasi. Institusi birokrasi pada jenjang ini dituntut memiliki kemampuan dan keterampilan terutama menyangkut pelayanan di bidang pendidikan, kesehatan, pelayanan sosial, keamanan dan ketertiban. Upaya meningkatkan birokrasi sangat terkait dengan peranan pemerintah, hubungan patron-klien, dan para profesional. Di samping itu, menempa ketrampilan birokrasi menuntut adanya komitmen kepemimpinan yang besar karena memerlukan sinergi sumber daya yang ada.

Beberapa substansi yang perlu dilakukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan publik, di mana hal ini sudah biasa dilakukan administrasi bisnis adalah meliputi:

1. *Core skills*, pengetahuan dan ketrampilan yang harus dimiliki perangkat birokrasi baik menyangkut profesionalisme individu maupun kolektif untuk mengantisipasi perubahan teknologi dan pasar secara kompetitif.

2. *Technicians*, adalah kemampuan birokrat untuk menguasai aspek teknis secara professional di bidang pekerjaan sehingga menunjukkan kinerja yang penuh rasa tanggung jawab (*responsibility*).
3. *Management*: kemampuan birokrat untuk dapat mengelola pekerjaan secara professional baik menyangkut kinerja individual, kinerja tim maupun aspek managerial dan leadership.
4. *Business knowledge*, tuntutan terhadap pemahaman pengetahuan bisnis khususnya menyangkut nilai-nilai keuntungan (*private making*) yang perlu diadopsi kesektor publik dengan tidak mengabaikan aspek pemertaan dan keadilan.
5. *Skill*, ketrampilan khusus yang harus dimiliki oleh setiap aparatur khususnya menyangkut bidang pekerjaannya, termasuk penyesuaian terhadap proses perubahan.
6. *Habits*, membiasakan bekerja secara profesional dengan tidak mengabaikan aspek etika dan moral sehingga akan tercipta kultur kinerja yang kondusif.
7. *Cohesion*, membiasakan bekerja secara sistemik atau keterpaduan antara berbagai komponen yang terlihat dalam organisasi untuk mencapai tujuan bersama.
8. *Collective Experience*, menjadikan pengalaman individu atau kelompok tentang keberhasilan atau kegagalan dalam bekerja sebagai pengalaman bersama.

9. *Knowledge of environment*, menyadari terjadinya perubahan setiap saat dalam suatu lingkungan sehingga pengetahuan tentang lingkungan untuk mengantisipasi perubahan sangat diperlukan.
10. *Technology*, diperlukan penguasaan teknologi sebagaimana persyaratan penting karena menguasai teknologi dapat diibaratkan menguasai dunia dan perubahan. (Moch Ichsan , 1998:22).

Adapun Indikator standar pelayanan minimal rumah sakit umum daerah diatur dengan keputusan menteri kesehatan nomor 228/MENKES/SK/III/2002. Dalam keputusan menteri ini dituliskan bahwa :

1. Standar pelayanan minimal rumah sakit daerah adalah penyelenggaraan pelayanan manajemen rumah sakit, pelayanan medik, pelayanan penunjang dan pelayanan keperawatan baik rawat inap maupun rawat jalan yang minimal harus diselenggarakan oleh rumah sakit.
2. Indikator. Indikator adalah merupakan variabel ukuran atau tolok ukur yang dapat menunjukkan indikasi-indikasi terjadinya perubahan tertentu.
3. Standar adalah spesifikasi teknis atau sesuatu yang dibakukan sebagai patokan dalam melakukan kegiatan. Standar ini dapat ditentukan berdasarkan kesepakatan provinsi, kabupaten/kota sesuai dengan *evidence base*.
4. Bahwa rumah sakit sesuai dengan kewenangannya wajib yang harus dilaksanakan oleh rumah sakit provinsi/kabupaten/kota,

maka harus memberikan pelayanan keluarga miskin dengan biaya ditanggung pemerintah.

5. Secara khusus selain pelayanan yang harus diberikan kepada masyarakat wilayah setempat maka rumah sakit juga harus meningkatkan manajemen dalam rumah sakit yang meliputi :
 - a. Manajemen sumber daya manusia.
 - b. Manajemen keuangan.
 - c. Manajemen sistem informasi rumah sakit, kedalam dan keluar rumah sakit.
 - d. Sarana prasarana .
 - e. Kualitas pelayanan.

Menurut Azwar (1996) secara umum indikator kualitas pelayanan rumah sakit dapat dibedakan menjadi dua, yaitu :

- a. Kepuasan yang mengacu pada kode etik dan standar pelayanan.
 1. Hubungan dokter atau perawat dan pasien
 2. Kenyamanan dan pelayanan yang menyangkut pada sarana dan prasarana dari rumah sakit
 3. Kebebasan dalam melakukan pilihan
 4. Pengetahuan dan kompetensi teknis yang merupakan prinsip pokok standar pelayanan
 5. Efektifitas pelayanan
- b. Kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan pelayanan meliputi :
 1. Ketersediaan pelayanan
 2. Kewajaran pelayanan

3. Kesiambungan pelayanan
4. Penerimaan pelayanan
5. Ketercapaian pelayanan

2.1.3. Pelayanan Rumah Sakit

Rumah sakit adalah suatu sarana kesehatan tempat menyelenggarakan upaya kesehatan. Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan. Upaya kesehatan dilakukan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan (*promotif*), pencegahan penyakit (*preventif*), penyembuhan (*kuratif*) dan pemulihan kesehatan (*rehabilitatif*) yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu, dan berkesinambungan.

Di Indonesia, rumah sakit merupakan rujukan pelayanan kesehatan untuk puskesmas terutama dalam upaya pemulihan dan penyembuhan sebab rumah sakit mempunyai fungsi utama menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat pemulihan dan pemeliharaan bagi penderita; yang berarti pelayanan rumah sakit untuk penderita rawat jalan dan rawat inap hanya bersifat spesialisik. Sedangkan pelayanan non spesialisik (dasar) dilakukan di puskesmas. Hal tersebut di perjelas dalam keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 983/ Menkes/SK /XI /1992 tentang pedoman organisasi rumah sakit umum.yang menjabarkan bahwa tugas rumah sakit mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.

4

Rumah sakit umum pemerintah pusat dan daerah di klasifikasikan menjadi rumah sakit kelas A, B, C dan D. Klasifikasi tersebut didasarkan pada unsur pelayanan, ketenagaan, fisik dan peralatan.

Perikut ini diuraikan mengenai tipe rumah sakit di Indonesia

4

1. Rumah sakit umum kelas A adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialistik yang luas dan sub spesialistik yang luas. Oleh pemerintah, rumah sakit kelas A ini ditetapkan sebagai tempat pelayanan rujukan tertinggi (*top referal hospital*) atau disebut pula sebagai rumah sakit pusat.
2. Rumah sakit umum kelas B adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik sekurang-kurangnya sebelas (11) spesialistik dan sub spesialistik terbatas. Direncanakan rumah sakit kelas B didirikan di setiap ibu kota provinsi yang menampung pelayanan rujukan dari rumah sakit kabupaten.
3. Rumah sakit umum kelas C adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialistik dasar. Pada saat ini ada empat macam pelayanan spesialis ini yang disediakan yakni pelayanan penyakit dalam, penyakit bedah, penyakit anak dan pelayanan penyakit kebidanan. Rumah sakit ini didirikan di setiap ibukota kabupaten yang menampung pelayanan rujukan dari puskesmas.

4. Rumah sakit umum kelas D adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik dasar sama halnya seperti rumah sakit C. Rumah sakit kelas D juga menerima pelayanan rujukan dari puskesmas.
5. Rumah sakit umum kelas E adalah rumah sakit khusus (*special hospital*) yang menyelenggarakan hanya satu macam pelayanan kedokteran saja. Pada saat ini banyak rumah sakit kelas E yang ditemukan misalnya rumah sakit kusta, rumah sakit paru, rumah sakit kanker, rumah sakit jantung, rumah sakit ibu dan anak dan lain sebagainya yang seperti ini.

2.1.4. Kepuasan Pasien

Kepuasan didefinisikan oleh Zeithaml et al (2000) sebagai :
“satisfaction is the customer’s fulfillment response. It is a judgement that a product or service feature, or the product or service itself, provides a pleasurable level of consumption related fulfillment”.

Upaya mewujudkan kepuasan pasien total bukanlah hal yang mudah. Mudie dan Cottam (1993) menyatakan bahwa kepuasan pasien total tidak mungkin tercapai. Namun upaya perbaikan atau penyempurnaan kepuasan dapat dilakukan dengan berbagai strategi.

Salah satu penilaian tentang posisi dan keadaan Rumah Sakit bisa diketahui dari kepuasan pasien. Menurut Luthan (1995) kepuasan (*performance*) dapat didefinisikan sebagai pencapaian hasil atau *"the degree of accomplishment"*, atau dengan kata lain, kepuasan merupakan tingkat pencapaian tujuan Rumah Sakit.

Kepuasan pasien merupakan hal yang sangat penting dalam pemasaran modern. Setiap Rumah Sakit yang ingin tetap eksis dipasar harus mampu memberikan jaminan kepuasan pasien. Bahkan sekarang ini banyak Rumah Sakit yang berusaha memberikan kepuasan pasien yang tinggi, karena kepuasan pasien yang tinggi akan memperkuat ikatan pasien dengan Rumah Sakit (Utari, 2013).

Robbins (2003) mengatakan, bahwa kepuasan dapat diukur dari *out put oriented measures throughput, efficiency and effectiveness* (Robbins 2003). Sedangkan menurut Luthan (1995), kepuasan dapat diukur dari beberapa indikator antara lain *wordward/demand, economy, efficiency, effectiveness dan equity*.

Lebih lanjut Tangkilisan (2005) menilai ukuran kepuasan adalah volume pelayanan, kualitas pelayanan dan kemampuan memperoleh sumberdaya bagi pelaksana program. Thoha (2009) menjelaskan bahwa kepuasan yang berhubungan dengan penilaian atas kualitas pengelolaan dan kualitas pelaksanaan tugas/operasi Rumah Sakit. Aspek yang lain adalah hubungan Rumah Sakit dengan lingkungan sosial dengan lingkungan politiknya. Aspek terakhir mengenai pendayagunaan keahlian dan pengalaman para anggota Rumah Sakit.

Penilaian kepuasan, James (2005) memberikan ukuran atas efisiensi dan efektifitas. Pengertian efisiensi memperhatikan segi output maupun segi input dengan kata lain sesuatu kegiatan yang telah dikerjakan secara efisien jika pelaksanaan tersebut telah mencapai sasaran (output) dengan pengorbanan biaya (input) yang

terendah atau sedikit dengan pengorbanan biaya (input) yang minimal, diperoleh hasil (output) yang diinginkan.

Indikator dan konsep-konsep seperti efektifitas, efisiensi dan juga produktivitas dalam menentukan sejauh mana kemampuan suatu Rumah Sakit dalam mencapai tujuannya sangat tepat dan relevan apabila berbagai tujuan yang ingin dicapai oleh suatu Rumah Sakit dapat diwujudkan dalam ukuran-ukuran kuantitatif. Akan tetapi apabila tujuan yang ingin dicapai oleh suatu Rumah Sakit sukar diterjemahkan dalam ukuran-ukuran kuantitatif, maka untuk mengetahui kepuasan Rumah Sakit menggunakan dimensi keadilan dan pemerataan pelayanan (Reichard, 2002)

Pasien yang merasa puas akan cenderung mengatakan hal-hal yang baik tentang produk dan Rumah Sakit yang bersangkutan kepada orang lain, Oleh karena itu sebenarnya pasien yang puas merupakan iklan yang baik (Bayus dalam kotler, et al, 1996). Sebaliknya pasien yang tidak puas akan bereaksi dengan tindakan yang berbeda, Ada tiga kategori tanggapan atau komplain terhadap ketidakpuasan (Singh, 1988) yaitu :

1. *Voice response*

Kategori ini meliputi usaha menyampaikan keluhan secara langsung dan atau meminta ganti rugi kepada Rumah Sakit.

2. *Private response*

Tindakan yang dilakukan antara lain memperingatkan atau memberitahu kolega, teman atau keluarganya mengenai pengalaman dengan produk atau Rumah Sakit tersebut.

3. *Third-party response*

Tindakan yang dilakukan meliputi minta ganti rugi secara hukum, mengadu lewat media massa atau secara langsung mendatangi lembaga pasien.

Kepuasan pasien bukan merupakan hal yang tidak mungkin diterima/ dirasakan oleh pasien. Ada cara mengukur kepuasan pasien (Kotler, 2000) dalam Alma 2000 ;

1. *Complaint and Suggestion System* (system keluhan dan saran)
Dalam upaya untuk memuaskan pasien, maka Rumah Sakit biasanya membuka peluang untuk menerima saran atau keluhan yang dialami pasien. Seorang pasien akan merasa puas apabila keluhan yang disampaikan cepat ditanggapi oleh Rumah Sakit. Apabila keluhan yang disampaikan tidak mendapat tanggapan, maka pasien akan merasa tidak diperhatikan dan dia akan mengatakan pada siapapun.
2. *Customer Satisfaction Survey* (survey kepuasan pasien)
Upaya untuk mengetahui kepuasan pasien tidak bisa dilaksanakan begitu saja, akan tetapi melalui proses penelitian / survei misalnya dengan menggunakan kuesioner, wawancara, telepon, pos dll. Dari hasil penelitian inilah baru diketahui tentang kepuasan pasien.
3. *Ghost Shopping* (pembeli bayangan)
Yang dimaksud dengan pembeli bayangan adalah pembeli yang berasal dari Rumah sakit tersebut, artinya pegawai yang menyamar sebagai pembeli dan menilai tentang layanan yang diterima dari Rumah Sakit tersebut. Dari sini pegawai

melaporkan kejadian-kejadian yang dialami ke Rumah sakit sehingga akan merupakan masukan bagi Rumah Sakit.

4. *Lost Customer Analysis* (analisis pasien yang beralih)

Ketidakpuasan pasien akan berakibat pasien pindah ke Rumah Sakit lain. Bagi Rumah Sakit yang kehilangan pasiennya biasanya akan mencoba untuk menghubungi pasien tersebut. Mereka ditanya tentang mengapa mereka berhenti atau berpindah menggunakan produk lain. Dari kontak semacam ini akan diperoleh informasi yang akan digunakan oleh Rumah Sakit dalam memperbaiki kinerja Rumah sakit guna meningkatkan kepuasan mereka.

2.1.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Pengguna Rumah sakit

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap keberhasilan suatu Rumah Sakit melaksanakan tugas dan fungsinya dalam pencapaian misi, (Thoha, 2009) menyebutkan ada enam variabel yang perlu diperhatikan agar Rumah Sakit mencapai tingkat keberhasilan tinggi. Adapun variabel tersebut meliputi : 1) Tujuan, 2) Struktur, 3) Tata hubungan, 4) Penghargaan, 5) Kepemimpinan dan 6) Metode kerja. Namun demikian untuk menganalisis mekanisme kerja Rumah Sakit secara keseluruhan maka faktor lingkungan juga harus diperhatikan secara seksama.

Selanjutnya Luthans (1995) juga memberikan penekanan yang penting terhadap faktor lingkungan baik lingkungan internal maupun lingkungan eksternal sebagai faktor yang mempengaruhi kepuasan Rumah Sakit. Berdasarkan uraian diatas beberapa faktor

yang secara riil yang berpengaruh terhadap kepuasan pasien adalah adalah : 1) Sumberdaya manusia, 2) Sarana dan prasarana, dan 3) Komunikasi.

Kemudian Robbins (2003) menyebutkan adanya empat kelompok umum yang secara potensial mempengaruhi keberhasilan suatu Rumah Sakit mencapai tujuannya yaitu ; 1). Karakteristik Rumah Sakit, 2) Karakteristik lingkungan, 3). Karakteristik pekerja dan 4) Kebijakan dan praktek manajemen

Kepuasan pasien menjadi topik yang populer dalam pemasaran selama lebih dari 30 tahun tanpa munculnya definisi konsensus dari konsep ini (Host dan Knie-Anderson, 2004). Johnson, Anderson, dan Fornell (1995) berpendapat bahwa kepuasan pasien adalah susunan kumulatif yang dipengaruhi oleh ekspektasi-ekspektasi pasar dan persepsi-persepsi kinerja dalam periode apapun, dan juga dipengaruhi oleh kepuasan di masa lalu dari satu periode ke periode lain. Definisi ini didukung oleh Fornell (1992) yang mengartikan kepuasan pasien dan kinerja yang dirasakan. Definisi-definisi ini memfokuskan pada ekspektasi-ekspektasi dan kinerja sebagai kontrak instrumental dari kepuasan pasien.

Berdasarkan pada Oliver (1980) hasil-hasil kepuasan adalah fungsi dari kinerja yang dirasakan dan *disconfirmation* yang dirasakan. Penulis menjelaskan bahwa *disconfirmation* yang dirasakan tergantung pada kinerja yang dirasakan dan standar untuk perbandingan. Standar-standar perbandingan bisa mencakup ekspektasi-ekspektasi, gagasan-gagasan, pesaing, kategori-kategori

layanan lain, janji pelaku pasar dan norma-norma industri. Jika kinerja yang dirasakan secara signifikan lebih buruk dari standar perbandingan, maka pasien akan mengalami disconfirmation negatif; dengan kata lain, produk dan jasa tidak memenuhi standar perbandingan.

2.2. Kajian Empiris

Terhadap tema penelitian ini, peneliti perlu mengkaji penelitian sebelumnya. Hal ini bertujuan untuk memperjelas fokus kajian penulis.

Pasha and Nasar (2007) dalam pemikiran sederhana dikatakan bahwa pemerintah mampu membiayai semua sector sosial, namun dalam kenyataan sumber pembiayaan pemerintah sangat terbatas dan terdapat kendala. Pemerintah lebih mudah untuk memformulasikan kebijakan daripada mengimpelentasikannya. Hasil penelitian menunjukkan keberhasilan kemitraan antara pemerintah dan swasta dalam penyediaan kesehatan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Molachele (1993) yang berjudul Pengaruh Kualitas Layanan dokter, perawat, fasilitas medis, lingkungan fisik dan makanan terhadap Kepuasan Pasien. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas pelayanan dokter, perawat, fasilitas medic lingkungan fisik dan makanan secara parsial dan simultan berpengaruh signifikan terhadap kepiasan pasien di RS Fatmawati. Penelitian yang dilakukan di RS Fatmawati ini mempunyai unit analisis pasien yang rawat inap.

Dengan demikian, populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang ada di rawat inap.

Persamaan penelitian ini dengan penelitian Molachele adalah sama-sama meneliti tentang kepuasan pasien di Rumah Sakit dengan melihat pada aspek kualitas layanan. Sedangkan perbedaannya pada penelitian ini melihat aspek dimensi kualitas layanan yang terdiri dari *Tangible, Responsiveness, Emphaty, Reliability dan Assurance*.

Disamping penelitian Molachele, penelitian sejenis juga pernah dilakukan oleh Suprpto (2008), dimana hasil penelitian menunjukkan bahwa pelayanan dokter, perawat dan pelayanan administrasi mempunyai hubungan yang sangat kuat terhadap kepuasan pasien di RS Daerah Sampit. Unit analisis dalam penelitian ini adalah pasien yang rawat inap. Populasi adalah keseluruhan obyek penelitian, sedangkan sampel dalam penelitian ini adalah pasien yang rawat inap dan telah menginap selama lebih dari 3 hari.

Persamaan penelitian ini dengan penelitian Suprpto adalah sama-sama meneliti tentang kepuasan pasien Rumah Sakit. Perbedaannya pada variabel bebas yang digunakan, dimana pada penelitian ini kepuasan pasien dilihat dari aspek dimensi kualitas layanan. Sedangkan pada penelitian Suprpto ditinjau dari kualitas layanan dokter, perawat dan bagian administrasi

Hasil penelitian Situmorang (2007) tentang Pengaruh Faktor-Faktor Kualitas Layanan Terhadap Kepuasan pasien Pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Margono Purwokerto menunjukkan bahwa Kualitas pelayanan pegawai pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Margono Purwokerto berpengaruh terhadap kepuasan pasien di RSUD Dr. Margono. Adapun secara parsial kualitas layanan pegawai yang terdiri dari *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, dan *tangible*.

Persamaan penelitian ini dengan penelitian Situmorang adalah sama-sama meneliti tentang kualitas layanan dalam kaitannya dengan kepuasan pasien, sedangkan perbedaannya terletak pada analisis faktor. Penelitian Situmorang variabel kualitas layanan dan kepuasan pasien sudah ditentukan dimensinya, sedangkan pada penelitian ini dimensi atau faktor kualitas layanan dibentuk dari instrumen yang dibagikan kepada para responden.

Hasil penelitian yang dilakukan Woro Utari (2013) tentang analisis kualitas layanan serta dampaknya terhadap kepuasan pasien rumah sakit Nasrul Ummah Lamongan menunjukkan bahwa kualitas layanan di Rumah Sakit Nasrul Ummah sudah baik, hal ini ditunjukkan oleh nilai rata-rata hasil kuesioner. Kualitas layanan ini terdiri dari layanan medis, paramedis, penunjang medis serta layanan penunjang non medis. Hasil analisis data dengan menggunakan uji F diperoleh nilai F hitung mempunyai signifikansi kurang dari 0,05 yang berarti bahwa

secara simultan kualitas layanan berpengaruh signifikan terhadap kepuasan pasien. Demikian pula halnya dengan hasil analisis dengan menggunakan uji t diperoleh nilai t hitung untuk masing-masing variabel mempunyai tingkat signifikansi kurang dari 0,05 dengan demikian dapat dikatakan bahwa secara parsial kualitas layanan yang terdiri dari layanan medis, layanan paramedis, layanan penunjang medis dan layanan penunjang non medis berpengaruh signifikan terhadap kepuasan pasien.

Persamaan penelitian ini dengan penelitian Woro (2013) adalah sama sama meneliti tentang kualitas layanan di rumah sakit. Perbedaannya pada variabel penelitian, pada penelitian Woro variabel kualitas layanan terdiri dari layanan medis, layanan paramedis, layanan penunjang medis dan layanan penunjang non medis. Sedang dalam penelitian ini kualitas layanan diperoleh dari mengekstrak indikator yang ada menjadi variabel.

Hasil penelitian lain yang dilakukan Woro Utari (2011) tentang analisis strategi marketing mix pada PT Combiphar serta pengaruhnya terhadap peningkatan volume penjualan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor Marketing Mix yang terdiri dari Produk, Price, Place dan Promotion secara parsial mempunyai pengaruh signifikan terhadap peningkatan volume penjualan. Hal ini ditunjukkan oleh nilai t hitung yang memiliki signifikansi kurang dari 0,05. Demikian pula berdasarkan hasil analisis data dengan menggunakan uji F diperoleh nilai F hitung yang mempunyai signifikansi kurang dari 0,05. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa produk, price, place dan promotion

mempunyai pengaruh positif terhadap peningkatan volume penjualan.

Penelitian sejenis yang dilakukan Woro Utari (2010) berkaitan dengan Model Kepuasan Pelanggan Sebagai Moderating Variabel Guna Meningkatkan Loyalitas pelanggan pada Maskapai Penerbangan menunjukkan bahwa kualitas layanan, harga dan image berpengaruh signifikan terhadap kepuasan pelanggan demikian pula kualitas layanan, harga dan image berpengaruh terhadap loyalitas pelanggan maskapai penerbangan. Penelitian ini mengambil sampel sebanyak 100 orang berdasarkan quota sampling dan teknik sampling menggunakan *accidental sampling*. Ada pengaruh positif dan signifikan dari kualitas layanan terhadap kepuasan pelanggan dan terhadap loyalitas pelanggan. Artinya semakin bagus kualitas layanan maka akan semakin puas pelanggannya, yang pada akhirnya akan menjadi konsumen yang loyal.

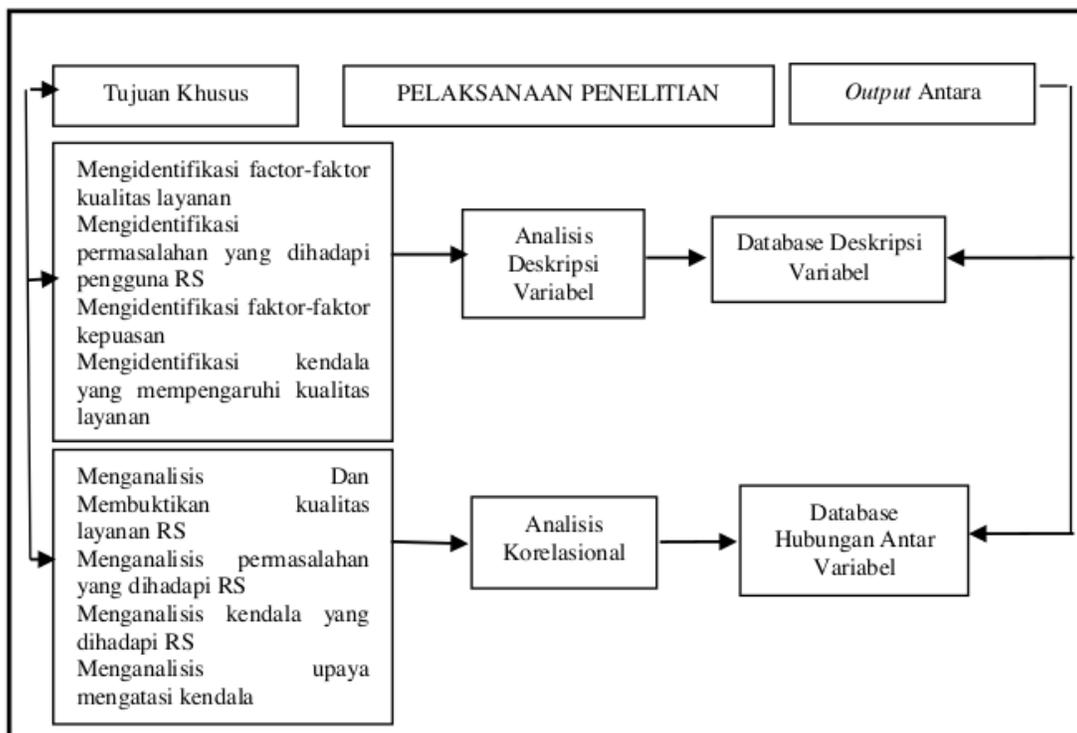
Penelitian lain menunjukkan bahwa kinerja pelayanan (*service performance*) secara langsung memiliki pengaruh terhadap kepuasan nasabah Bank BNI Cabang Surabaya. Kinerja pelayanan secara tidak langsung berpengaruh terhadap loyalitas nasabah bank BNI Cabang Surabaya. Kepuasan nasabah mempunyai pengaruh terhadap loyalitas nasabah. Woro Utari (2009).

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Kerangka Pemikiran

Kerangka pemikiran bertujuan untuk mempermudah pemahaman terhadap alur pikir penelitian, Kerangka pemikiran dalam penelitian ini tampak sebagaimana pada kerangka di bawah ini.

Gambar 1. Kerangka Pemikiran Pelaksanaan Penelitian



Sumber : tinjauan pustaka diolah (2015)

3.2 Populasi, Sampel dan Metode Penarikan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh rumah sakit di Jawa Timur, adapun sampel dalam penelitian ini adalah rumah sakit Tipe B yang ada di Jawa Timur. Pengambilan sampel dilakukan secara *Purposive Sampling* yaitu Rumah Sakit Tipe B yang ada di Jawa Timur, dengan alasan RS ini sudah memiliki standar Rumah Sakit yang baik dan bisa digunakan sebagai Rujukan bagi Rumah sakit dibawahnya. Adapun pemilihan rumah sakit didasarkan pada karakteristik responden berdasarkan karesidenan dan skala kota. Surabaya mewakili kota besar, Kota Madiun dan Jember mewakili kota sedang dan Kota Pasuruan, Pamekasan dan Bojonegoro mewakili kota kecil. Adapun rumah sakit tersebut adalah: RSUD Dr. Soebandi Jember, RSUD Dr. Soedarsono, Pasuruan, RSUD Dr. Soedono Madiun, RSUD Dr. Soewandhi di Surabaya, RSUD Dr. Slamet Martodirjo di Pamekasan dan RSUD Dr. Sosodoro Djatikoesoemo di Bojonegoro.

Selanjutnya untuk penentuan sampel responden di gunakan teknik *accidental sampling*, yaitu dari sejumlah populasi responden yang ada diambil keluarga pasien yang saat itu ditemui peneliti.

3.3. Definisi Operasional Variabel

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif, didalam penelitian ini tetap diperlukan fokus penelitian untuk

membatasi bidang studi atau bidang penelitian. Adapun yang menjadi fokus dalam penelitian ini adalah tentang :

1. Kualitas pelayanan dengan indikator :
 - a. Hubungan dokter atau perawat dan pasien
 - b. Kenyamanan dan pelayanan yang menyangkut pada sarana dan prasarana dari rumah sakit
 - c. Kebebasan dalam melakukan pilihan
 - d. Pengetahuan dan kompetensi teknis dokter atau perawat
 - e. Efektifitas pelayanan dokter atau perawat
2. Kepuasan pasien
 - a. Keandalan (*reliability*)
 - b. Daya Tanggap (*responsiveness*)
 - c. Kepastian /jaminan (*Assurance*)
 - d. Empati (*Emphaty*)
 - e. Berwujud (*Tangible*)

3.4. Teknik pengumpulan data

Dalam penelitian ini data dikumpulkan menggunakan kuesioner yang diberikan kepada responden, disamping itu data juga diambil dengan menggunakan interview yang dilakukan kepada pimpinan yang ada di rumah sakit.

Kuesioner berupa pertanyaan dengan jawaban tertutup dengan menggunakan skala likert yaitu 5 menunjukkan sangat baik / sangat puas skala 4 menyatakan baik / puas, skala 3 menyatakan cukup baik / cukup puas skala 2 menyatakan tidak

baik / tidak puas serta angka 1 menyatakan sangat tidak baik / sangat tidak puas

3.5. Analisis Data

Setelah data terkumpul selanjutnya dianalisis dengan menggunakan analisis diskriptif kuantitatif dan analisis faktor. Analisis diskriptif untuk mengetahui atau mendiskripsikan kondisi kualitas layanan yang ada di rumah sakit tipe B di Jawa Timur. Disamping itu juga untuk mendiskripsikan dan menganalisis kepuasan pengguna rumah sakit di Jawa Timur. Analisis diskriptif juga untuk mendiskripsikan permasalahan yang ada di rumah sakit beserta faktor kendala yang di hadapi pemerintah dalam mengatasi kendala tersebut.

Selanjutnya untuk menguji dan menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas layanan dan kepuasan pengguna rumah sakit di gunakan analisis faktor.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

4.1.1. Diskripsi Obyek Penelitian

Rumah sakit tipe B adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik sekurang-kurangnya sebelas (11) spesialisik dan sub spesialisik terbatas. Direncanakan rumah sakit tipe B didirikan di setiap ibu kota provinsi yang menampung pelayanan rujukan dari rumah sakit kabupaten. Rumah sakit tipe B yang ada di Jawa Timur ada sebanyak 43 Rumah Sakit. Dalam penelitian ini diambil sampel sebanyak 6 Rumah Sakit yang mewakili Karesidenan di Jawa Timur. Keenam Rumah Sakit tersebut adalah : RSUD Dr. Soewandi Surabaya, RSUD. Dr. Slamet Martodirjo Pamekasan, RSUD Dr. Soebandi Jember, RSUD. Dr. Soedono Madiun, RSUD Dr. Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro dan RSUD Dr. Soedarsono Pasuruan. Di samping itu sampel diharapkan juga mewakili karakteristik masyarakat berdasarkan skala kota besar, sedang dan kecil. Kota besar diwakili oleh Surabaya, Kota Sedang Madiun dan Jember, Kota Kecil diwakili oleh Pasuruan, Pamekasan dan Bojonegoro.

Berdasarkan hasil observasi diketahui bahwa Fasilitas rumah sakit untuk tiap RSUD tidak sama untuk masing-masing kelas. Ada RSUD yang kelas 1 (satu) sudah memakai fasilitas AC

tetapi ada juga yang belum. Ada juga RSUD yang kelas 3 berisi 3 tempat tidur tetapi ada juga yang berisi 8 tempat tidur.

Kelas 1 : Satu kamar isi 2 tempat tidur / 2 pasien

Fasilitas ada yang pakai AC ada yang pakai Kipas dilengkapi dengan satu kamar mandi dan perlengkapan kamar

Kelas 2 : Satu kamar ada yang berisi 3 tempat tidur ada yang berisi 4 tempat tidur, ada fasilitas kipas angin untuk tiap tempat tidur dan satu kamar ada satu kamar mandi

Kelas 3 : Satu kamar ada yang berisi 3 tempat tidur dan ada yang berisi 8 tempat tidur dan ada pula yang berisi 10 tempat tidur. Satu kamar ada satu kamar mandi yang artinya bahwa satu kamar mandi untuk 10 pasien, tidak ada fasilitas kipas angin. Masing-masing tempat tidur di beri pembatas tirai.

4.1.2. Karakteristik Responden

Sebelum sampai pada analisis data diskriptif dan inferensial, maka perlu diuraikan mengenai kondisi atau karakteristik pengguna rumah sakit. Adapun karakteristik yang akan dibahas adalah berdasarkan jenis, kelamin, pekerjaan dan pendidikan

Hasil penelitian berkaitan dengan jenis kelamin responden sebagaimana pada tabel berikut :

Tabel 1. Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

| No | Jenis kelamin | Jumlah | Persen |
|----|---------------|--------|----------|
| 1 | Laki laki | 81 | 47.09 % |
| 2 | Perempuan | 91 | 52.91 % |
| | Jumlah | 172 | 100.00 % |

Sumber : data primer diolah (2015)

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa responden dalam penelitian sebagian besar adalah perempuan yaitu sebesar 47.09 %. Sedangkan laki-laki sebanyak 47,09 %. Artinya bahwa sebagian besar yang menunggu pasien adalah perempuan. Hal ini dimungkinkan karena sebagian besar yang menunggu pasien adalah para ibu rumah tangga.

Selanjutnya berdasarkan hasil penelitian menggunakan kuesioner diperoleh hasil penelitian berkaitan dengan responden berdasarkan umur sebagaimana pada tabel berikut :

Tabel 2. Responden Berdasarkan Umur

| No | Usia | Jumlah | Persen |
|----|---------------|--------|---------|
| 1 | < 25 | 6 | 3,49 % |
| 2 | 25 – 35 tahun | 45 | 26,16 % |
| 3 | 36 – 45 tahun | 66 | 38,37 % |
| 4 | 46 – 55 tahun | 44 | 25,58 % |
| 5 | >55 tahun | 11 | 6,40 % |
| | Jumlah | 172 | 100 % |

Sumber : data primer diolah (2015)

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa responden yang berusia kurang dari 25 tahun ada sebanyak 6 (3,49 %), responden

yang berusia antara 25-35 tahun ada sebanyak 45 (26,16 %) dan responden yang berusia antara 36-45 tahun ada sebanyak 66 (38,37 %) dan responden yang berusia antara 46-55 tahun ada sebanyak 44 (25,58 %) serta responden yang berusia lebih dari 55 tahun ada sebanyak 11 (6,4 %). Dari uraian diatas diketahui bahwa sebagian besar responden berusia antara 36-45 tahun

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa para pasien di RSUD menggunakan kepesertaan layanan kesehatan baik dalam bentuk BPJS, ASKES maupun Jamkesmas / jamkesda. Sangat sedikit pasien yang tidak menggunakan kartu kepesertaan layanan kesehatan. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian berkaitan dengan kepesertaan layanan kesehatan sebagai berikut.

Tabel 3. Responden Berdasarkan Keikutsertaan Layanan Kesehatan

| No | Jenis layanan | Jumlah | Persen |
|----|---------------|--------|---------|
| 1 | Umum | 41 | 23,84 % |
| 2 | BPJS | 98 | 56,98 % |
| 3 | ASKES | 19 | 11,05 % |
| 4 | JAMKESMAS/DA | 29 | 16,86 % |
| | Jumlah | 172 | 100,0 % |

Sumber : data primer diolah (2015)

Berdasarkan hasil penelitian sebagaimana pada tabel di atas diketahui bahwa pengguna RSUD di Jawa Timur sebagian besar adalah pemilik atau peserta layanan kesehatan berupa BPJS. Secara rinci diketahui bahwa sebanyak 98 responden menjadi peserta layanan kesehatan dalam bentuk BPJS, sebanyak 19

responden (11,05 %) menjadi peserta layanan kesehatan dalam bentuk ASKES dan sebanyak 29 responden (16,86 %) menjadi peserta layanan kesehatan Jamkesmas / jamkesda serta sebanyak 41 responden (23,84 %) tidak memiliki kepesertaan dalam layanan kesehatan. Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa kesadaran masyarakat akan pentingnya keanggotaan layanan kesehatan sudah baik.

Hasil wawancara dengan beberapa responden yang belum menggunakan BPJS karena ketidaktahuan mereka akan pentingnya kepesertaan BPJS dan adanya ketidaktahuan cara mengurus BPJS. Oleh karena itu perlu ada sosialisasi melalui pemerintahan di tingkat desa atau RW kepada masyarakat akan pentingnya kepesertaan jaminan kesehatan baik berupa BPJS, askes, jamkesmas/da maupun asuransi umum.

Selanjutnya hasil penelitian berkaitan dengan Tingkat Pendidikan Terakhir responden dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4. Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

| No | Pendidikan Terakhir | Jumlah | Persen |
|----|---------------------|--------|----------|
| 1 | SD | 33 | 19,19 % |
| 2 | SMP | 28 | 16,29 % |
| 3 | SMA | 51 | 29,65 % |
| 4 | DIPLOMA | 39 | 22,67 % |
| 5 | SARJANA (S1) | 21 | 12,21 % |
| 6 | PASCASARJANA | 0 | 0 % |
| | Jumlah | 172 | 100,00 % |

Sumber : data primer diolah (2015)

Berdasarkan hasil penelitian yang dirangkum dalam tabel diatas diketahui bahwa responden atau keluarga pasien sebagian besar berpendidikan SMA yaitu sebanyak 51 orang (29,65 %) berikutnya sebanyak 28 orang (16,29 %) berpendidikan SMP dan sebanyak 39 orang (22,67 %) berpendidikan Diploma serta sebanyak 33 orang (19,19 %) berpendidikan SD serta sebanyak 21 orang (12,21 %) berpendidikan sarjana.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa responden yang lulusan SD dan SMP sebagian besar adalah keluarga pasien yang berasal dari desa, sehingga tingkat pendidikannya cenderung rendah. Disamping itu sebagian yang lulusan SD dan SMP adalah mereka para buruh tani dan ibu rumah tangga.

Berdasarkan Pekerjaan keluarga pasien tampak pada tabel berikut :

Tabel 5. Responden Berdasarkan Pekerjaan

| No | Jenis pekerjaan | Jumlah | Persen |
|----|-------------------|--------|----------|
| 1 | PNS | 45 | 26,16 % |
| 2 | TNI /POLRI | 7 | 4,07 % |
| 3 | Guru / Dosen | 8 | 4,65 % |
| 4 | Karyawan Swasta | 18 | 10,47 % |
| 5 | Wirausaha | 33 | 19,19 % |
| 6 | Lainnya (IRT) | 39 | 22,67 % |
| 7 | Tani / Buruh tani | 22 | 12,79 % |
| | Jumlah | 172 | 100,00 % |

Sumber : data primer diolah (2015)

Tabel diatas menunjukkan bahwa responden yang memiliki pekerjaan sebagai PNS (pegawai negeri sipil) sebanyak 45 orang (26,16 %), responden yang bekerja sebagai TNI / Polri sebanyak 7 orang (4,07%) responden yang bekerja sebagai guru / dosen sebanyak 8 orang (4,65 %), karyawan swasta 18 orang (10,47 %) sebagai wirausaha sebanyak 33 orang (19,19%) serta lainnya (ibu rumah tangga) sebanyak 39 orang (22,67 %) dan buruh tani/ tani sebanyak 22 orang (12,79 %). Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga pasien bekerja sebagai PNS.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa sebagian besar responden di Rumah Sakit atau keluarga pasien adalah perempuan dengan usia antara 36-45 tahun. Kebanyakan dari mereka berpendidikan SMA dan Diploma, keluarga pasien bekerja sebagai PNS dan Ibu rumah tangga.

4.1.3. Diskripsi Variabel Penelitian

a. Kualitas Layanan

Kualitas layanan sangat penting artinya dalam kegiatan jasa, kualitas layanan yang baik akan sangat berpengaruh terhadap keberlanjutan kegiatan. Kualitas layanan juga akan berkorelasi dengan kepuasan pelanggan. Semakin baik kualitas layanan maka akan semakin puas pelanggan / pengguna jasa tersebut.

Berikut ini merupakan hasil penelitian berkaitan dengan kualitas layanan rumah sakit Tipe B di Jawa Timur.

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Kualitas Layanan

| No | Item | STB | | TB | | CB | | B | | SB | |
|----|------------------|----------|-----|----------|-----|----------|------|----------|------|----------|------|
| | | Σ | % | Σ | % | Σ | % | Σ | % | Σ | % |
| 1 | X ₁₁ | 0 | 0.0 | 5 | 2.9 | 16 | 9.3 | 135 | 78.5 | 16 | 9.3 |
| 2 | X ₁₂ | 5 | 2.9 | 1 | 0.6 | 27 | 15.7 | 129 | 75.0 | 10 | 5.8 |
| 3 | X ₁₃ | 5 | 2.9 | 0 | 0 | 20 | 11.6 | 14 | 82.0 | 6 | 3.5 |
| 4 | X ₁₄ | 0 | 0.0 | 3 | 1.7 | 45 | 26.2 | 100 | 58.1 | 24 | 14.0 |
| 5 | X ₁₅ | 0 | 0.0 | 2 | 1.2 | 23 | 13.4 | 127 | 73.8 | 20 | 11.6 |
| 6 | X ₁₆ | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 37 | 21.5 | 112 | 65.1 | 23 | 13.4 |
| 7 | X ₁₇ | 0 | 0.0 | 8 | 4.7 | 37 | 21.5 | 97 | 56.4 | 30 | 17.4 |
| 8 | X ₁₉ | 0 | 0.0 | 1 | 0.6 | 25 | 14.5 | 120 | 69.8 | 26 | 15.1 |
| 9 | X ₁₁₀ | 0 | 0.0 | 1 | 0.6 | 53 | 30.8 | 91 | 52.9 | 27 | 15.7 |
| 10 | X ₁₁₁ | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 38 | 22.1 | 106 | 61.6 | 28 | 16.3 |
| 11 | X ₁₁₂ | 0 | 0.0 | 3 | 1.7 | 18 | 10.5 | 138 | 80.2 | 13 | 7.6 |
| 12 | X ₁₁₃ | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 46 | 26.7 | 105 | 61.0 | 21 | 12.2 |
| 13 | X ₁₁₄ | 0 | 0.0 | 3 | 1.7 | 62 | 36.0 | 87 | 50.6 | 2 | 11.6 |
| 14 | X ₁₁₅ | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 45 | 26.2 | 117 | 68.0 | 10 | 5.8 |
| 15 | X ₁₁₆ | 0 | 0.0 | 1 | 0.6 | 49 | 28.5 | 99 | 57.6 | 23 | 13.4 |
| 16 | X ₁₁₈ | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 58 | 33.7 | 103 | 59.9 | 11 | 6.4 |
| 17 | X ₁₁₉ | 0 | 0.0 | 1 | 0.6 | 37 | 21.5 | 111 | 64.5 | 23 | 13.4 |
| 18 | X ₁₂₀ | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 32 | 18.6 | 111 | 64.5 | 29 | 16.9 |

Sumber : Data primer diolah (2015)

Berdasarkan hasil analisis faktor dengan menggunakan loading faktor dan rotasi varimax, maka dari kedua puluh item pertanyaan tinggal 18 pertanyaan yang layak untuk dilanjutkan

dalam analisis. Adapun pertanyaan yang di keluarkan dalam analisis adalah pertanyaan no 4 dan pertanyaan no 17.

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa kualitas layanan di RSUD tipe B di Jawa Timur dapat di jelaskaan sebagai berikut :

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa sebanyak 16 orang (9.3 %) menyatakan bahwa prosedur pelayanan yang ada di rumah sakit cukup mudah. Sebanyak 135 orang (78.5 %) menyatakan bahwa prosedur pelayanan di rumah sakit baik dan sebanyak 16 orang (9.3 %) menyatakan bahwa prosedur pelayanan yang ada di rumah sakit sangat mudah.

Berkaitan dengan Kesesuaian persyaratan dengan jenis pelayanan, sebanyak 5 orang (2.9%) menyatakan bahwa kesesuaian antara persyaratan dengan jenis pelayanan sangat tidak baik, sebanyak 1 orang (0.6 %) menyatakan tidak baik, 27 (15.7 %) cukup baik 129 (75.0 %) baik dan sebanyak 10 orang (5.8 %) menyatakan sangat baik

Kejelasan dan kepastian pegawai merupakan salah satu faktor penting dalam upaya meningkatkan kualitas layanan, hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 5 orang (2.9 %) menyatakan sangat tidak baik /tidak jelas, sebanyak 20 orang (11.6 %) menyatakan cukup baik dan sebanyak 141 orang (82.0 %) menyatakan baik serta sebanyak 6 orang (3.5 %) menyatakan bahwa kejelasan dan kepastian pegawai menyatakan sangat baik.

Kedisiplinan pegawai sebanyak 3 orang (1.7 %) menyatakan tidak baik, 45 orang (26.2 %) , sebanyak 100 orang (58.1 %) menyatakan baik dan sebanyak 24 orang (14.0 %) menyatakan sangat baik.

Tanggung jawab pegawai dalam memberikan layanan sebanyak 2 orang (1.2 %) menyatakan tidak baik, sebanyak 23 orang (13.4 %) menyatakan cukup baik dan sebanyak 127 orang (73.8 %) menyatakan baik serta sebanyak 20 orang (11.6 %) menyatakan sangat baik

Kemampuan pegawai dalam memberi layanan sangat penting dalam memberikan layanan, sebanyak 37 orang (21.5 %) menyatakan cukup baik, sebanyak 112 orang (65.1 %) menyatakan baik dan sebanyak 23 orang (13.4 %) menyatakan sangat baik.

Kecepatan pelayanan sebanyak 8 orang (4.7 %) menyatakan tidak baik, sebanyak 37 orang (21.5 %) menyatakan cukup baik, sebanyak 97 orang (56.4 %) menyatakan baik dan sebanyak 30 orang (17.4 %) menyatakan sangat baik.

Kesopanan pegawai dalam memberikan layanan sebanyak 1 orang (0.6 %) menyatakan tidak baik / tidak sopan, sebanyak 25 orang (14.5 %) menyatakan cukup sopan dan sebanyak 120 orang (69.8 %) menyatakan sopan serta sebanyak 26 orang (15.1 %) menyatakan sangat sopan.

Berkaitan dengan keramahan pegawai dalam memberikan layanan diperoleh hasil bahwa sebanyak 1 orang

(0.6 %) menyatakan tidak ramah, sebanyak 53 orang (30.8 %) menyatakan cukup ramah dan sebanyak 91 orang (52.9 %) menyatakan ramah dan sebanyak 27 orang (15.7 %) menyatakan sangat ramah dalam memberikan layanan.

Kewajaran biaya untuk mendapatkan layanan ditemukan bahwa sebanyak 38 orang (22.1 %) menyatakan cukup wajar, sebanyak 106 (61.6 %) menyatakan wajar dan sebanyak 28 orang (16.3 %) menyatakan sangat wajar.

Hasil penelitian berkaitan dengan kesesuaian antara biaya dengan pelayanan menyatakan bahwa sebanyak 3 orang (1.7 %) menyatakan tidak baik, sebanyak 18 orang (10.5 %) menyatakan cukup baik, sebanyak 138 orang (80.2 %) menyatakan baik dan sebanyak 13 orang (7.6 %) menyatakan sangat baik.

Berkaitan dengan ketepatan pelaksanaan jadwal pelayanan menunjukkan bahwa sebanyak 46 orang (26.7 %) menyatakan cukup baik, sebanyak 105 (61.0 %) menyatakan baik dan sebanyak 21 orang (12.2 %) menyatakan sangat baik / sangat tepat waktu.

Kenyamanan di lingkungan unit pelayanan menunjukkan bahwa sebanyak 3 orang (1.7 %) menyatakan tidak baik sebanyak 62 orang (36.0 %) menyatakan cukup baik dan sebanyak 87 orang (50.6 %) menyatakan sudah baik serta sebanyak 20 orang (11.16 %) menyatakan sangat baik.

Berkaitan dengan keamanan yang telah diterima oleh pengguna layanan rumah sakit diperoleh hasil bahwa sebanyak

45 orang (26.2 %) menyatakan bahwa keamanan layanan di rumah sakit cukup aman, sebanyak 117 (68.0 %) menyatakan baik dan sebanyak 10 orang (5.8 %) menyatakan sangat baik

Hubungan tenaga medis dengan pasien secara psikologis berdampak pada kenyamanan pasien / keluarga pasien, semakin baik hubungannya maka akan semakin nyaman pengguna layanan rumah sakit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 1 orang (0.6 %) menyatakan hubungannya tidak baik sebanyak 49 orang (28.5 %) menyatakan cukup baik dan sebanyak 99 orang (57.6%) menyatakan baik serta sebanyak 23 orang (13.4 %) menyatakan sangat baik.

Kebebasan dalam melakukan pilihan layanan berdampak pada kualitas layanan, sebanyak 59 orang (33.7 %) menyatakan bahwa kebebasan dalam melakukan pilihan cukup baik sebanyak 103 (59.9 %) menyatakan baik dan sebanyak 11 orang (6.4 %) menyatakana sangat baik.

Pengetahuan dan kompetensi tenaga medis sangat penting artinya dalam upaya meningkatkan kualitas layanan. Berkaitan dengan pengetahuan dan kompetensi tenaga medis diketahui bahwa sebanyak 1 orang (0.6 %) menyatakan tidak baik, sebanyak 37 orang (21.5 %) menyatakan cukup baik dan sebanyak 111 orang (643.5 %) menyatakan baik serta sebanyak 23 ornag (13.4 %) menyatakan sangat baik

Hasil penelitian dengan menggunakan kuesioner berkaitan dengan Efektivitas pelayanan dokter dan perawat diketahui bahwa sebanyak 32 orang (183.6 %) menyatakan

cukup baik, sebanyak 111 (64.5 %) menyatakan baik dan sebanyak 29 orang (16.9 %) menyatakan sangat baik.

Berdasarkan pada uraian diatas dapat di rangkum dalam tabel sebagai berikut :

Tabel 7. Distribusi Kualitas Layanan Rumah Sakit

| No | Interval | Kategori | Jumlah | Persen |
|----|----------|-------------------|--------|---------|
| 1 | 1,0-1,8 | Sangat tidak baik | 0 | 0.0 % |
| 2 | 1,8-2,6 | Tidak baik | 0 | 0.0 % |
| 3 | 2,6-3,4 | Cukup baik | 24 | 13.95 % |
| 4 | 3,4-4,2 | Baik | 147 | 85.47 % |
| 5 | 4,2-5,0 | Sangat baik | 1 | 5.8 % |
| | | Jumlah | 172 | 100,0 % |

Sumber : Data Primer diolah (2015)

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa kualitas layanan rumah sakit di Jawa Timur secara umum sudah baik yaitu sebanyak 85.47 %, sedangkan keluarga pasien yang menyatakan bahwa kualitas layanan cukup baik ada sebanyak 13.95 %. Artinya bahwa secara umum kualitas layanan rumah sakit tipe B di Jawa Timur sudah dalam kategori baik. Hal ini disebabkan pada rumah sakit ini standar layanan yang di miliki sudah di standarisasikan melalui akreditasi. Namun demikian masih perlu ada upaya untuk meningkatkan kualitas layanan tersebut karena berdasarkan hasil penelitian masih ada beberapa hal yang menjadikan kualitas layanan tidak baik.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa layanan yang diberikan kepada peserta layanan kesehatan sama dengan yang

non peserta (umum), artinya bahwa pelayanan pengguna BPJS, Jamkesmas/da sama dengan layanan yang diberikan kepada pasien yang umum. Demikian halnya dengan penempatan kamar bagi pasien, kamar pasien peserta BPJS sama dengan pasien umum, layanan yang diberikan juga sama. Hanya apabila peserta BPJS / Askes berkeinginan untuk menaikkan layanan fasilitas kamar maka yang bersangkutan harus menambah selisih biaya kamar yang harus dibayar.

b. Kepuasan Pengguna Layanan

Berikut ini hasil penelitian berkaitan dengan **kepuasan pengguna layanan rumah sakit di Jawa Timur**.

Tabel 8. Distribusi Frekuensi Kepuasan Pengguna Layanan Rumah Sakit

| No | Item | STP | | TP | | CP | | P | | SP | |
|----|----------------|-----|-----|----|------|----|------|-----|------|----|------|
| | | Σ | % | Σ | % | Σ | % | Σ | % | Σ | % |
| 1 | Y ₁ | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 22 | 12.8 | 135 | 78.6 | 15 | 8.7 |
| 2 | Y ₂ | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 42 | 24.4 | 117 | 68.0 | 13 | 7.6 |
| 3 | Y ₄ | 0 | 0.0 | 2 | 1.2 | 41 | 23.8 | 109 | 63.4 | 20 | 11.6 |
| 4 | Y ₅ | 0 | 0.0 | 6 | 3.5 | 40 | 23.3 | 107 | 62.2 | 19 | 11.0 |
| 5 | Y ₆ | 0 | 0.0 | 5 | 2.9 | 49 | 28.5 | 95 | 55.2 | 23 | 13.4 |
| 6 | Y ₇ | 0 | 0.0 | 7 | 4.1 | 72 | 41.9 | 86 | 50.0 | 7 | 4.1 |
| 7 | Y ₈ | 0 | 0.0 | 18 | 10.5 | 47 | 27.3 | 93 | 54.1 | 14 | 8.1 |
| 8 | Y ₉ | 0 | 0.0 | 3 | 1.7 | 47 | 27.3 | 102 | 59.3 | 20 | 11.6 |

Sumber : Data Primer diolah (2015)

Kepuasan pengguna rumah sakit sangat penting artinya dalam mengukur kualitas layanan. Kepuasan pengguna layanan

sangat di pengaruhi oleh kualitas layanan yang diberikan oleh rumah sakit, semakin baik kualitas layanannya maka akan semakin tinggi tingkat kepuasannya.

15

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa kepuasan pengguna layanan rumah sakit di Jawa Timur tampak sebagaimana pada tabel. Secara rinci dapat dijelaskan sebagai berikut :

Hasil penelitian menunjukkan bahwa berkaitan dengan Keandalan /reliability janji yang diberikan oleh rumah sakit kepada pengguna layanan menyatakan bahwa sebanyak 22 orang (12.8 %) menyatakan bahwa mereka cukup puas dengan keandalan yang diberikan rumah sakit. Sebanyak 135 orang (78.6 %) menyatakan puas dan sebanyak 15 orang (8.7%) menyatakan sangat puas terhadap keandalan layanan rumah sakit.

Daya tanggap merupakan salah satu faktor penting dalam upaya meningkatkan pelayanan. Respon yang bagus dari seorang perawat akan membantu meningkatkan kualitas layanan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa berkaitan dengan daya tanggap / *responsiveness* pegawai menunjukkan bahwa sebanyak 42 orang (24.4 %) menyatakan bahwa respon pegawai sudah cukup memuaskan, sebanyak 117 orang (68.0 %) menyatakan bahwa mereka puas dengan respon pegawai dan sebanyak 13 orang (7.6 %) menyatakan bahwa mereka sangat puas dengan daya tanggap dari perawat maupun pegawai.

Hasil penelitian menggunakan kuesioner berkaitan dengan Kepedulian (*emphaty*) pegawai menunjukkan bahwa sebanyak 2 orang (1.2 %) menyatakan tidak puas dengan kepedulian pegawai, sebanyak 41 orang (23.8 %) menyatakan bahwa pengguna merasa cukup puas terhadap kepedulian pegawai dan sebanyak 109 orang (63.4 %) menyatakan bahwa pengguna merasa puas terhadap kepedulian pegawai serta sebanyak 20 orang (11.6%) menyatakan bahwa pengguna merasa sangat puas dengan kepedulian pegawai.

Peralatan yang tersedia di RS menjadikan para pengguna merasa nyaman dengan kondisi rumah sakit tersebut. Sebanyak 6 orang (3.5 %) menyatakan bahwa mereka tidak puas dengan peralatan yang tersedia di rumah sakit, sebanyak 40 orang (23.3 %) menyatakan cukup puas dengan ketersediaan peralatan yang ada di rumah sakit dan sebanyak 107 orang (62.2 %) menyatakan bahwa pengguna merasa puas dengan ketersediaan peralatan di rumah sakit serta sebanyak 19 orang (11.0 %) menyatakan sangat puas dengan ketersediaan peralatan yang ada di rumah sakit. Secara umum dapat dikatakan bahwa rumah sakit masih perlu meningkatkan ketersediaan peralatan supaya mampu meningkatkan kepuasan pengguna rumah sakit.

Fasilitas parkir yang tersedia di RS sangat penting bagi para pengguna, terutama pada saat jam bezuk pagi serta pada jam kerja fasilitas parkir kurang memadai sehingga kadang pengguna harus paker diluar rumah sakit. Hasil penelitian

menunjukkan sebanyak 5 orang (2.9 %) menyatakan bahwa mereka tidak puas dengan fasilitas parkir yang ada. Sebanyak 49 orang (28.5 %) menyatakan cukup puas dengan fasilitas parkir dan sebanyak 95 orang (55.2 %) menyatakan puas dengan fasilitas parkir serta sebanyak 23 orang (13.4 %) menyatakan sangat puas dengan fasilitas parkir yang ada di rumah sakit.

Fasilitas kamar / ruangan pasien akan sangat berpengaruh terhadap kenyamanan pasien maupun keluarga pasien. Berdasarkan hasil observasi diketahui bahwa ada rumah sakit yang kamarnya / ruangnya sudah nyaman karena dihuni oleh sedikit pasien, namun ada juga rumah sakit yang masih memiliki kamar dengan banyak pasien. Secara umum menunjukkan bahwa sebanyak 7 orang (4.1 %) menyatakan tidak puas dengan fasilitas kamar di RS sebanyak 72 orang (41.9 %) menyatakan cukup puas dengan fasilitas kamar dan sebanyak 86 orang (50.0 %) menyatakan puas serta sebanyak 7 orang (4.1 %) menyatakan sangat puas dengan fasilitas kamar yang ada di rumah sakit.

Ketersediaan kamar mandi sangat dibutuhkan baik oleh pasien maupun keluarga pasien. Fasilitas kamar mandi / toilet di RS dipandang masih kurang, hal ini sesuai dengan hasil penelitian dengan menggunakan kuesioner sebagai berikut : sebanyak 18 orang (10.5 %) responden menyatakan tidak puas dengan fasilitas kamar mandi, sebanyak 47 orang (27.3 %) responden menyatakan cukup puas dengan fasilitas kamar

11
mandi yang ada dan sebanyak 93 orang (54.1 %) responden menyatakan puas dengan fasilitas kamar mandi yang ada serta sebanyak 14 orang (8.1 %) responden menyatakan sangat puas dengan fasilitas kamar mandi yang ada. Kondisi ini sangat mungkin terjadi karena pada rawat inap kelas 3 satu kamar berisi 10 pasien dengan fasilitas kamar mandi hanya 1, oleh karena itu mereka menganggap bahwa fasilitas kamar mandi masih kurang. Dilihat dari kebersihan kamar mandi, untuk tiap ruangan sudah baik artinya setiap hari kamar mandi dibersihkan. Hanya dari sisi jumlah masih kurang.

Salah satu indikator kualitas layanan bisa dilihat dari menu makanan yang di sajikan kepada pasien, hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 3 orang (1.7%) responden menyatakan tidak puas dengan menu makanan pasien, sebanyak 47 orang (27.3 %) responden menyatakan cukup puas dengan menu makanan pasien dan sebanyak 102 orang (59.3 %) responden menyatakan puas dengan menu makanan serta sebanyak 20 orang (11.6 %) responden menyatakan sangat puas dengan menu makanan.

Secara umum untuk kepuasan pengguna rumah sakit bisa di lihat pada tabel berikut :

Tabel 9. Kepuasan Pengguna Layanan Rumah Sakit

| No | Interval | Keterangan | Jumlah | Persen |
|----|----------|-------------------|--------|---------|
| 1 | 1,0-1,8 | Sangat tidak puas | 0 | 0.0 % |
| 2 | 1,8-2,6 | Tidak puas | 1 | 0.6 % |
| 3 | 2,6-3,4 | Cukup puas | 12 | 7.0 % |
| 4 | 3,4-4,2 | Puas | 144 | 83.7 % |
| 5 | 4,2-5,0 | Sangat puas | 15 | 8.7 % |
| | | Jumlah | 172 | 100.0 % |

Sumber: ² Data Primer diolah (2015)

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa kepuasan pengguna layanan rumah sakit di Jawa Timur pada kategori sudah puas yaitu sebesar 83.7 %, artinya mereka merasa puas atas layanan yang diberikan kepada pasien.

4.2. Analisis Data

4.2.1. Analisis Faktor Kualitas Layanan

Selanjutnya untuk mengetahui faktor-faktor yang membentuk kualitas layanan digunakan analisis faktor. Berdasarkan tahapan dalam analisis faktor maka diketahui bahwa dari keduapuluh item pertanyaan terdapat 2 item pertanyaan yang memiliki MSA (*Measure of Sampling Adequacy*) paling kecil (kurang dari 0,5) yaitu X₈, sehingga item ini tidak bisa dilanjutkan untuk analisis faktor. Oleh karena itu item pertanyaan X₈ di keluarkan dari analisis. Selanjutnya berdasarkan hasil analisis faktor kedua diketahui bahwa item pertanyaan X₁₇ juga memiliki MSA kurang dari 0,5. Oleh karena itu, item pertanyaan X₁₇ juga

dikeluarkan dari analisis karena tidak bisa dilanjutnya untuk analisis faktor. Dengan demikian dari 20 pertanyaan hanya tinggal 18 pertanyaan yang bisa di lanjutkan untuk analisis faktor.

Berdasarkan hasil analisis data diketahui nilai KMO sebagaimana tabel berikut :

Tabel 10. KMO and Bartlett's Test

| | | |
|---|---|---------|
| <i>Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.</i> | | .692 |
| <i>Bartlett's Test</i> | <i>Approx. Chi-Square of Sphericity</i> | 870.578 |
| | <i>Df</i> | 153 |
| | <i>Sig.</i> | .000 |

Sumber : analisis data (2015)

Berdasarkan *Bartlett's Tes of Spehericity* dengan *Chi Square* 870.578 (df 154) dan nilai sig =0,000 <0,05 menunjukkan bahwa matriks korelasi bukan merupakan matriks identitas sehingga dapat dilakukan analisis komponen utama. Di samping itu nilai KMO yang dihasilkan adalah sebesar 0.692 serta p value sebesar 0.000 (0.05) nilai tersebut masuk dalam kategori “lebih dari cukup” sehingga layak untuk kepentingan analisis faktor. Oleh karena itu variabel dapat dianalisis lebih lanjut.

Selanjutnya untuk mengetahui faktor-faktor yang membentuk kualitas layanan rumah sakit digunakan analisis faktor. Hasil analisis awal diketahui bahwa dari dua puluh item pertanyaan / indikator variabel harus di keluarkan karena tidak bisa

dilanjutkan untuk dilakukan analisis faktor. ¹ Berdasarkan hasil analisis data diperoleh tabel sebagai berikut :

Tabel 11. Total Variance Explained

| Component | Initial Eigenvalues | | | Extraction Sums of Squared Loadings | | | Rotation Sums of Squared Loadings | | |
|-----------|---------------------|---------------|--------------|-------------------------------------|---------------|--------------|-----------------------------------|---------------|--------------|
| | Total | % of Variance | Cumulative % | Total | % of Variance | Cumulative % | Total | % of Variance | Cumulative % |
| 1 | 3.689 | 20.493 | 20.493 | 3.689 | 20.493 | 20.493 | 2.786 | 15.476 | 15.476 |
| 2 | 2.698 | 14.988 | 35.481 | 2.698 | 14.988 | 35.481 | 2.158 | 11.990 | 27.465 |
| 3 | 1.579 | 8.774 | 44.255 | 1.579 | 8.774 | 44.255 | 2.114 | 11.742 | 39.207 |
| 4 | 1.374 | 7.636 | 51.891 | 1.374 | 7.636 | 51.891 | 1.816 | 10.086 | 49.294 |
| 5 | 1.136 | 6.312 | 58.203 | 1.136 | 6.312 | 58.203 | 1.604 | 8.910 | 58.203 |
| 6 | .997 | 5.538 | 63.742 | | | | | | |
| 7 | .961 | 5.338 | 69.080 | | | | | | |
| 8 | .911 | 5.060 | 74.141 | | | | | | |
| 9 | .789 | 4.382 | 78.523 | | | | | | |
| 10 | .715 | 3.973 | 82.496 | | | | | | |
| 11 | .586 | 3.257 | 85.753 | | | | | | |
| 12 | .542 | 3.009 | 88.762 | | | | | | |
| 13 | .416 | 2.311 | 91.074 | | | | | | |
| 14 | .410 | 2.277 | 93.351 | | | | | | |
| 15 | .361 | 2.008 | 95.359 | | | | | | |
| 16 | .327 | 1.817 | 97.176 | | | | | | |
| 17 | .270 | 1.502 | 98.678 | | | | | | |
| 18 | .238 | 1.322 | 100.000 | | | | | | |

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Hasil analisis berikutnya berkaitan dengan *Total Variance Explained* yang menunjukkan besarnya keragaman total yang mampu diterangkan oleh keragaman faktor-faktor yang terbentuk.

Faktor analisis akan ditunjukkan oleh komponen yang memiliki *eigenvalue* > 1 adalah komponen yang dipakai.

Hasil ekstrak *Principal Component Analysis* menunjukkan keragaman yang dibentuk untuk tiap faktor, dari tabel di atas juga terlihat nilai *eigenvalue* untuk tiap-tiap faktor yang terbentuk. Faktor 1 memiliki *eigenvalue* sebesar 3,689, faktor 2 sebesar 2,698, faktor 3 sebesar 1,579 dan faktor 4 sebesar 1,374 serta faktor 5 sebesar 1,136.

Besarnya keragaman yang bisa diterangkan oleh faktor pertama sebesar 20,493 persen menurut metode ekstraksi dengan analisis faktor (sebelum rotasi) dan dengan analisis faktor (setelah rotasi) keragaman data awal dapat di jelaskan sebesar 15,476 persen. Faktor kedua menerangkan keragaman data awal dengan proporsi sebesar 14,988 persen menurut metode ekstraksi dengan analisis faktor (sebelum rotasi) dan dengan analisis faktor (setelah rotasi) keragaman data awal dapat di jelaskan sebesar 11,990 persen. Faktor ketiga menerangkan keragaman data awal dengan proporsi sebesar 8,774 persen menurut metode ekstraksi dengan analisis faktor (sebelum rotasi) dan dengan analisis faktor (setelah rotasi) keragaman data awal dapat di jelaskan sebesar 11,742 persen. Faktor keempat menerangkan keragaman data awal dengan proporsi sebesar 7,636 persen menurut metode ekstraksi dengan analisis faktor (sebelum rotasi) dan dengan analisis faktor (setelah rotasi) keragaman data awal dapat di jelaskan sebesar 10,086 persen. Faktor kelima menerangkan keragaman data awal dengan proporsi sebesar 6,312 persen menurut metode ekstraksi dengan

analisis faktor (sebelum rotasi) dan dengan analisis faktor (setelah rotasi) keragaman data awal dapat di jelaskan sebesar 8,910 persen. Berikut ini hasil analisis faktor untuk variabel kualitas layanan.

Tabel 12. Rotated Component Matrix^a

| | Component | | | | |
|-----|-----------|-------|-------|-------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| x1 | .815 | -.008 | -.111 | -.093 | .029 |
| x2 | .824 | .139 | .195 | .035 | -.181 |
| x3 | .803 | .051 | -.101 | -.058 | -.104 |
| x4 | .116 | .287 | .515 | -.034 | .000 |
| x5 | .143 | .048 | .600 | .217 | -.016 |
| x6 | .421 | .473 | .287 | .228 | -.104 |
| x7 | .262 | .615 | .176 | -.008 | -.166 |
| x9 | -.074 | .163 | .547 | -.009 | .147 |
| x10 | -.078 | -.075 | .741 | .037 | .078 |
| x11 | .501 | -.148 | .243 | -.047 | .494 |
| x12 | .449 | -.146 | .403 | .362 | .211 |
| x13 | -.026 | .338 | .205 | .669 | -.297 |
| x14 | -.048 | -.103 | -.010 | .742 | .133 |
| x15 | -.153 | -.020 | .081 | .056 | .695 |
| x16 | .013 | .610 | .410 | -.136 | .333 |
| x18 | -.152 | .765 | -.088 | .151 | .073 |
| x19 | -.068 | .448 | .137 | .391 | .508 |
| x20 | -.025 | .301 | .051 | .609 | .491 |

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 9 iterations.

Dari kedua puluh item pertanyaan, tinggal 18 pertanyaan yang kemudian berdasarkan hasil analisis faktor dengan menggunakan rotasi komponen matrik dapat dikelompokkan menjadi 5 (lima) kelompok.

Setelah dilakukan rotasi faktor dengan metode varimax, diperoleh tabel seperti di atas yaitu *Rotated Component Matrix* terlihat ada perbedaan nilai korelasi variabel pada setiap faktor. Terlihat pula bahwa setiap variabel hanya berkorelasi kuat dengan salah satu faktor saja.

Berdasarkan hasil analisis faktor sebagaimana pada tabel di atas, maka diperoleh 5 (lima) faktor analisis. Masing-masing faktor terdiri dari beberapa indikator atau item pertanyaan. Adapun anggota masing-masing faktor sebagai berikut :

1. Faktor 1 : beberapa variabel memiliki korelasi yang kuat dengan faktor 1 yaitu X_1, X_2, X_3, X_{11} dan X_{12}
2. Faktor 2 : beberapa variabel memiliki korelasi yang kuat dengan faktor 2 yaitu X_6, X_7, X_{16} dan X_{18}
3. Faktor 3 beberapa variabel memiliki korelasi yang kuat dengan faktor 3 yaitu X_4, X_5, X_9 dan X_{10}
4. Faktor 4 beberapa variabel memiliki korelasi yang kuat dengan faktor 4 yaitu X_{13}, X_{14} dan X_{20}
5. Faktor 5 beberapa variabel memiliki korelasi yang kuat dengan faktor 5 yaitu X_{15} dan X_{19}

Berdasarkan hasil kajian maka faktor pertama di beri nama kejelasan prosedur, faktor kedua diberi nama kemampuan

pegawai, faktor ketiga profesionalisme, faktor keempat efektivitas layanan dan faktor kelima kompetensi Tim Medis.

Dengan demikian faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas layanan terdiri dari 5 (lima) faktor yaitu :

1. Kejelasan prosedur meliputi: kemudahan prosedur pelayanan, kesesuaian persyaratan pelayanan, kewajaran biaya untuk mendapatkan layanan
2. Kemampuan pegawai meliputi : kemampuan pegawai, kecepatan pelayanan, hubungan tenaga medis dengan pasien dan kebebasan pasien dalam menentukan pilihan
3. Profesionalisme meliputi : kedisiplinan pegawai, tanggung jawab pegawai dalam memberikan layanan, kesopanan pegawai dan keramahan pegawai
4. Efektivitas layanan meliputi : ketepatan pelaksanaan layanan, kenyamanan lingkungan, efektifitas pelayanan dokter dan perawat
5. Kompetensi tim medis meliputi : keamanan dalam pelayanan pengetahuan dan kompetensi tenaga medis.

Berdasarkan hasil analisis data dengan menggunakan SPSS diketahui bahwa kualitas layanan yang terdiri dari 5 (lima) faktor sebagaimana di atas dapat diuraikan secara rinci sebagai mana pada tabel berikut :

Tabel 13. Faktor Kejelasan Prosedur

| No | Interval | Keterangan | Jumlah | Persen |
|----|----------|-------------------|--------|---------|
| 1 | 1,0-1,8 | Sangat tidak baik | 0 | 0.0 % |
| 2 | 1,8-2,6 | Tidak baik | 5 | 2.9 % |
| 3 | 2,6-3,4 | Cukup baik | 5 | 2.9 % |
| 4 | 3,4-4,2 | Baik | 150 | 87.3 % |
| 5 | 4,2-5,0 | Sangat baik | 12 | 6.9 % |
| | | Jumlah | 172 | 100.0 % |

Sumber : data primer diolah (2015)

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa kualitas layanan dari faktor kejelasan prosedur pelayanan sudah baik, yaitu sebanyak 87.3 % namun demikian layanan rumah sakit masih perlu ditingkatkan karena masih ada responden yang menyatakan bahwa layanan rumah sakit masih belum baik, yaitu sejumlah 2.9 %. Oleh karena itu perlu ada upaya untuk meningkatkan kualitas layanan dari perspektif prosedur pelayanan. Upaya meningkatkan kualitas layanan dari segi kejelasan prosedur bisa dilakukan dengan cara memberikan kemudahan prosedur pelayanan misalnya mengurangi jumlah antrian, mempermudah kesesuaian persyaratan pelayanan, kewajaran biaya untuk mendapatkan layanan

Kemampuan pegawai sangat penting dalam pelaksanaan pelayanan. Semakin tinggi kemampuan pegawai maka akan semakin baik pula layanannya. Hasil penelitian berkaitan

dengan kualitas layanan di tinjau dari faktor kemampuan pegawai sebagaimana pada tabel berikut :

Tabel 14. Faktor Kemampuan Pegawai

| No | Interval | Keterangan | Jumlah | Persen |
|----|----------|-------------------|--------|---------|
| 1 | 1,0-1,8 | Sangat tidak baik | 0 | 0.0 % |
| 2 | 1,8-2,6 | Tidak baik | 0 | 0.0 % |
| 3 | 2,6-3,4 | Cukup baik | 24 | 13.9 % |
| 4 | 3,4-4,2 | Baik | 106 | 61.7 % |
| 5 | 4,2-5,0 | Sangat baik | 42 | 24.4 % |
| | | Jumlah | 172 | 100.0 % |

Sumber : data primer diolah (2015)

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa kualitas layanan dari faktor kemampuan pegawai menunjukkan bahwa kemampuan pegawai dalam memberikan layanan sudah baik, hal ini ditunjukkan oleh nilai hasil penelitian. Sebanyak 61.7 % responden menyatakan bahwa kemampuan pegawai rumah sakit dalam memberikan layanan pada kategori baik, sebanyak 24.4 % menyatakan bahwa kemampuan pegawai sudah sangat baik, namun masih ada sebanyak 13.9 % menyatakan bahwa kemampuan pegawai pada kategori cukup baik.

Kemampuan pegawai meliputi kemampuan pegawai, kecepatan pelayanan, hubungan tenaga medis dengan pasien dan kebebasan pasien dalam menentukan pilihan. Beberapa pengguna rumah sakit menyatakan bahwa kualitas layanan dari faktor kemampuan pegawai masih dirasa kurang, hal ini

terutama berkaitan dengan kecepatan pegawai dalam memberikan layanan dirasa masih kurang, demikian halnya dengan keadilan dalam memperoleh layanan.

Faktor kualitas layanan yang lain adalah profesionalisme pegawai dalam memberikan layanan, faktor ini sangat penting untuk diperhatikan oleh penyedia layanan. Berikut ini hasil penelitian berkaitan dengan profesionalisme pegawai.

Tabel 15. Faktor Profesionalisme Pegawai

| No | Interval | Keterangan | Jumlah | Persen |
|----|----------|-------------------|--------|---------|
| 1 | 1,0-1,8 | Sangat tidak baik | 0 | 0.0 % |
| 2 | 1,8-2,6 | Tidak baik | 1 | 0.6 % |
| 3 | 2,6-3,4 | Cukup baik | 13 | 7.6 % |
| 4 | 3,4-4,2 | Baik | 112 | 65.1 % |
| 5 | 4,2-5,0 | Sangat baik | 46 | 26.7 % |
| | | Jumlah | 172 | 100.0 % |

Sumber : Data primer diolah (2015)

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebanyak 65.1 % pengguna layanan rumah sakit merasa bahwa layanan yang diberikan sudah baik artinya rumah sakit sudah bekerja secara profesional. Pegawai sudah bekerja sesuai dengan ketentuan, dari segi kedisiplinan para pegawai sudah sangat disiplin, disamping itu mereka juga bertanggung jawab atas pekerjaannya dan melayani pengguna rumah sakit secara sopan dan ramah.

Selanjutnya kualitas layanan dilihat dari efektivitas layanan dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 16. Efektivitas Pelayanan

| No | Interval | Keterangan | Jumlah | Persen |
|----|----------|-------------------|--------|---------|
| 1 | 1,0-1,8 | Sangat tidak baik | 0 | 0.0 % |
| 2 | 1,8-2,6 | Tidak baik | 0 | 0.0 % |
| 3 | 2,6-3,4 | Cukup baik | 37 | 21.5 % |
| 4 | 3,4-4,2 | Baik | 95 | 55.2 % |
| 5 | 4,2-5,0 | Sangat baik | 40 | 23.3 % |
| | | Jumlah | 172 | 100.0 % |

Sumber : Data primer diolah (2015)

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa para pegawai sudah bekerja secara efektif. Efektivitas pelayanan dilihat dari ketepatan pelayanan dalam arti kehadiran dokter dan perawat senantiasa sesuai dengan kebutuhan pasien. Perawat segera hadir ketika pasien / keluarga pasien tersebut membutuhkan pertolongan. Demikian pula dengan jam kunjungan dokter pada pasien relative baik. Dalam memberikan pelayanan, para dokter dan perawat tersebut memberikan pelayanan dengan baik dan komunikatif sehingga pengguna layanan merasa nyaman, efektivitas pelayanan dokter dan perawat sudah baik.

Selanjutnya hasil penelitian berkaitan dengan kompetensi tenaga medis (dokter dan perawat) dapat dilihat pada tabel berikut

:

Tabel 17. Kompetensi Tenaga Medis

| No | Interval | Keterangan | Jumlah | Persen |
|----|----------|-------------------|--------|---------|
| 1 | 1,0-1,8 | Sangat tidak baik | 0 | 0.0 % |
| 2 | 1,8-2,6 | Tidak baik | 1 | 0.6 % |
| 3 | 2,6-3,4 | Cukup baik | 11 | 6.4 % |
| 4 | 3,4-4,2 | Baik | 136 | 79.1 % |
| 5 | 4,2-5,0 | Sangat baik | 24 | 13.9 % |
| | | Jumlah | 172 | 100.0 % |

Sumber : Data primer diolah (2015)

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa kompetensi tenaga medis dalam hal ini kompetensi dokter dan perawat serta keamanan dalam memberikan layanan. Pengguna layanan merasa bahwa kemampuan tenaga medis sudah sangat baik sehingga mereka tidak perlu mengkhawatirkan tentang keamanan layanannya. Artinya bahwa ketika pengguna layanan merasa yakin dengan kompetensi tim medis, maka mereka beranggapan bahwa pasien akan aman dalam layanannya.

Berdasarkan analisis data diperoleh hasil distribusi frekuensi kualitas layanan menurut persepsi pengguna, dapat diketahui bahwa sebanyak 82.0 % pengguna rumah sakit menyatakan bahwa kualitas layanan sudah baik dan secara umum kualitas layanan rumah sakit tipe B di Jawa Timur pada kategori baik (skor rata-rata 3,87).

Tabel 18. Distribusi Frekuensi Kualitas Layanan

| No | Interval | Keterangan | Jumlah | Persen |
|----|----------|-------------------|--------|---------|
| 1 | 1,0-1,8 | Sangat tidak baik | 0 | 0.0 % |
| 2 | 1,8-2,6 | Tidak baik | 0 | 0.0 % |
| 3 | 2,6-3,4 | Cukup baik | 9 | 5.2 % |
| 4 | 3,4-4,2 | Baik | 141 | 82.0 % |
| 5 | 4,2-5,0 | Sangat baik | 22 | 12.8 % |
| | | Jumlah | 172 | 100.0 % |

Sumber : Data primer diolah (2015)

4.2.2. Analisis Faktor Kepuasan Pengguna Rumah Sakit

Hasil analisis faktor yang dilakukan terhadap sejumlah indikator variabel kepuasan pengguna rumah sakit diperoleh bahwa dari kesembilan item pertanyaan / indikator diketahui bahwa nilai MSA pada indikator y_3 relatif kecil yaitu kurang dari 0,5, oleh karena itu indikator tersebut tidak bisa digunakan dalam analisis. Dengan demikian indikator untuk y_3 di keluarkan dari analisis data.

Hasil analisis faktor berkaitan dengan nilai (*Measure of Sampling Adequacy*) MSA dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 19. Anti-image Matrices

| | | y1 | y2 | y4 | y5 | y6 | y7 | y8 | y9 |
|--------------------------|---------------------------|-------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Anti-image Covariance | y1 | .779 | -.135 | -.271 | -.121 | .005 | .066 | -.068 | .105 |
| | y2 | -.135 | .791 | .017 | .031 | -.130 | -.149 | .085 | -.180 |
| | y4 | -.271 | .017 | .768 | -.080 | .045 | -.119 | .024 | -.096 |
| | y5 | -.121 | .031 | -.080 | .603 | -.303 | -.115 | .163 | -.091 |
| | y6 | .005 | -.130 | .045 | -.303 | .608 | -.054 | -.133 | .134 |
| | y7 | .066 | -.149 | -.119 | -.115 | -.054 | .565 | -.267 | .004 |
| | y8 | -.068 | .085 | .024 | .163 | -.133 | -.267 | .565 | -.249 |
| | y9 | .105 | -.180 | -.096 | -.091 | .134 | .004 | -.249 | .722 |
| | Anti-image Correlation | y1 | .585 ^a | -.172 | -.350 | -.177 | .008 | .100 | -.103 |
| y2 | | -.172 | .667 ^a | .022 | .045 | -.187 | -.224 | .127 | -.239 |
| y4 | | -.350 | .022 | .663 ^a | -.117 | .066 | -.181 | .037 | -.129 |
| y5 | | -.177 | .045 | -.117 | .565 ^a | -.501 | -.197 | .278 | -.139 |
| y6 | | .008 | -.187 | .066 | -.501 | .599 ^a | -.093 | -.227 | .202 |
| y7 | | .100 | -.224 | -.181 | -.197 | -.093 | .683 ^a | -.473 | .006 |
| y8 | | -.103 | .127 | .037 | .278 | -.227 | -.473 | .518 ^a | -.390 |
| y9 | | .140 | -.239 | -.129 | -.139 | .202 | .006 | -.390 | .550 ^a |

a. Measures of Sampling Adequacy(MSA)

Sumber : Analisis data diolah (2015)

Hasil analisis data kepuasan pengguna layanan dengan SPSS diperoleh angka untuk KMO Bartlett's sebagai berikut :

Tabel 20. KMO and Bartlett's Test

| | |
|--|---------|
| Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy. | .600 |
| Bartlett's Test o Approx. Chi-Square of Sphericity | 288.995 |
| Df | 28 |
| Sig. | .000 |

Sumber : Analisis data diolah (2015)

Berdasarkan Bartlett's Tes of Spehericity dengan Chi Square 94,304 (df 28) dan nilai sig =0,000 <0,05 menunjukkan bahwa matriks korelasi bukan merupakan matriks identitas sehingga dapat dilakukan analisis komponen utama. Di samping itu nilai KMO yang dihasilkan adalah sebesar 0.600 serta p value sebesar 0.000 (<0.05) nilai tersebut terletak pada kategori "lebih dari cukup" layak untuk kepentingan analisis faktor dan variabel dapat dianalisis lebih lanjut.

Selanjutnya untuk mengetahui faktor-faktor yang membentuk kepuasan pengguna rumah sakit digunakan analisis faktor.

Berdasarkan hasil analisis awal diketahui bahwa dari sembilan item pertanyaan / indikator variabel harus di keluarkan karena tidak bisa dilanjutkan untuk dilakukan analisis faktor.

Hasil analisis berikutnya berkaitan dengan *Total Variance Explained* yang menunjukkan besarnya keragaman total yang mampu diterangkan oleh keragaman faktor-faktor yang terbentuk. Faktor analisis akan ditunjukkan oleh komponen yang memiliki *eigenvalue* > 1 adalah komponen yang dipakai. Berdasarkan hasil

analisis data diperoleh tabel Total Variance Explained sebagai berikut :

Tabel 21. Total Variance Explained

| Component | Initial Eigenvalues | | | Extraction Sums of Squared Loadings | | | Rotation Sums of Squared Loadings | | |
|-----------|---------------------|---------------|--------------|-------------------------------------|---------------|--------------|-----------------------------------|---------------|--------------|
| | Total | % of Variance | Cumulative % | Total | % of Variance | Cumulative % | Total | % of Variance | Cumulative % |
| 1 | 2.625 | 32.817 | 32.817 | 2.625 | 32.817 | 32.817 | 1.935 | 24.192 | 24.192 |
| 2 | 1.440 | 18.005 | 50.823 | 1.440 | 18.005 | 50.823 | 1.771 | 22.135 | 46.328 |
| 3 | 1.087 | 13.592 | 64.414 | 1.087 | 13.592 | 64.414 | 1.447 | 18.087 | 64.414 |
| 4 | .828 | 10.356 | 74.771 | | | | | | |
| 5 | .698 | 8.728 | 83.499 | | | | | | |
| 6 | .592 | 7.400 | 90.899 | | | | | | |
| 7 | .442 | 5.523 | 96.422 | | | | | | |
| 8 | .286 | 3.578 | 100.000 | | | | | | |

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Sumber : Analisis data diolah (2015)

Hasil ekstrak *Principal Component Analysis* untuk kepuasan pengguna rumah sakit menunjukkan keragaman yang dibentuk untuk tiap faktor, dari tabel di atas juga terlihat nilai *eigenvalue* untuk tiap-tiap faktor yang terbentuk. Faktor 1 memiliki *eigenvalue* sebesar 2,625, faktor 2 sebesar 1,440, faktor 3 sebesar 1,087.

Besarnya keragaman yang bisa diterangkan oleh faktor pertama sebesar 32,817 persen menurut metode ekstraksi dengan analisis faktor (sebelum rotasi) dan dengan analisis faktor (setelah rotasi) keragaman data awal dapat di jelaskan sebesar 24,192 persen. Faktor kedua menerangkan keragaman data awal dengan

proporsi sebesar 18,005 persen menurut metode ekstraksi dengan analisis faktor (sebelum rotasi) dan dengan analisis faktor (setelah rotasi) keragaman data awal dapat di jelaskan sebesar 22,135 persen. Faktor ketiga menerangkan keragaman data awal dengan proporsi sebesar 13,592 persen menurut metode ekstraksi dengan analisis faktor (sebelum rotasi) dan dengan analisis faktor (setelah rotasi) keragaman data awal dapat di jelaskan sebesar 18,087 persen.

Setelah melalui proses analisis faktor, KMO Bartlett dan uji Rotasi Komponen Matrix maka dari sembilan item pertanyaan, tersisa 8 pertanyaan yang kemudian berdasarkan hasil analisis faktor dapat dikelompokkan menjadi 3 (tiga) kelompok.

Setelah dilakukan rotasi faktor dengan metode varimax, diperoleh *Rotated Component Matrix* terlihat ada perbedaan nilai korelasi variabel pada setiap faktor. Terlihat pula bahwa setiap variabel hanya berkorelasi kuat dengan salah satu faktor saja.

Berdasarkan hasil analisis faktor, maka diperoleh 3 (tiga) faktor analisis. Masing-masing faktor terdiri dari beberapa indikator atau item pertanyaan. Adapun anggota masing-masing faktor sebagai berikut :

1. Faktor 1 : beberapa variabel yang memiliki korelasi kuat dengan faktor 1 yaitu y_2 , y_7 , y_8 dan y_9
2. Faktor 2 : beberapa variabel yang memiliki korelasi kuat dengan faktor 2 yaitu y_5 , y_6
3. Faktor 3 beberapa variabel yang memiliki korelasi kuat dengan faktor 3 yaitu y_1 , y_4

Untuk lebih jelasnya, Hasil analisis faktor untuk variabel kepuasan pengguna rumah sakit dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 22. Rotated Component Matrix^a

| | Component | | |
|----|-----------|-------|-------|
| | 1 | 2 | 3 |
| y1 | -.051 | .189 | .807 |
| y2 | .378 | .363 | .212 |
| y4 | .208 | .051 | .811 |
| y5 | -.028 | .789 | .270 |
| y6 | .125 | .880 | -.018 |
| y7 | .680 | .427 | .097 |
| y8 | .826 | .088 | -.032 |
| y9 | .765 | -.122 | .103 |

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 4 iterations.

Sumber : Analisis data diolah (2015)

Berdasarkan hasil kajian maka faktor pertama di beri nama kepuasan terhadap fasilitas layanan (*tangible*), faktor kedua diberi nama kepuasan terhadap peralatan rumah sakit (*reliability*), faktor ketiga diberi nama kepuasan terhadap kepedulian pegawai (*emphaty*)

¹⁵ Dengan demikian faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pengguna rumah sakit terdiri dari 3 (tiga) faktor yaitu :

Faktor 1 : kepuasan terhadap fasilitas layanan (*tangible*),

Faktor 2 : kepuasan terhadap peralatan rumah sakit (*reliability*),
Faktor 3 : kepuasan terhadap kepedulian pegawai (*emphaty*)

Kepuasan pengguna rumah sakit merupakan hasil dari layanan yang baik. Apabila layanan yang diberikan rumah sakit pada kategori sudah baik, maka pengguna akan merasa puas. Sebagaimana pada uraian di atas diketahui bahwa dalam penelitian ini kepuasan pengguna dibangun dari 3 (tiga) faktor, berikut ini hasil analisis data menggunakan SPSS.

Tabel 23. Kepuasan Terhadap Fasilitas Layanan

| No | Interval | Keterangan | Jumlah | Persen |
|----|----------|-------------------|--------|---------|
| 1 | 1,0-1,8 | Sangat tidak puas | 0 | 0.0 % |
| 2 | 1,8-2,6 | Tidak puas | 1 | 0.6 % |
| 3 | 2,6-3,4 | Cukup puas | 32 | 18.6 % |
| 4 | 3,4-4,2 | Puas | 117 | 68.0 % |
| 5 | 4,2-5,0 | Sangat puas | 22 | 12.8 % |
| | | Jumlah | 172 | 100.0 % |

Sumber : Data primer diolah (2015)

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa pengguna rumah sakit merasa puas terhadap fasilitas layanan yang ada di rumah sakit. Fasilitas rumah sakit dalam hal ini terdiri dari fasilitas tempat tidur, kamar mandi/ toilet dan menu makanan. Berdasarkan fasilitas kamar tidur, rumah sakit ini berbeda dalam ketersediaan / kapasitas kamar dan fasilitas yang di miliki. Kondisi kamar ini tergantung pada kelas dan rumah sakit yang ditempati. Kelas kamar yang sama bisa jadi memberikan fasilitas yang berbeda. Pada umumnya rumah sakit dengan kelas 3 dalam satu kamar

ditempati oleh 6-8 pasien dengan fasilitas setiap kamar ada satu kamar mandi. Namun ada juga rumah sakit yang kelas 3 dalam satu kamarnya ditempati oleh 3 pasien dengan fasilitas satu kamar mandi. Sedangkan untuk kamar kelas 2 ditempati oleh 3-6 pasien dengan tambahan fasilitas 1 kamar mandi ditambah dengan kipas angin. Sedangkan untuk kelas satu fasilitas kamar ditempati 2-4 pasien dengan fasilitas satu kamar mandi dan AC. Namun ada juga rumah sakit yang kamar kelas satupun tidak ada fasilitas AC. Meskipun kelas 3 dengan satu kamar ditempati oleh 8 pasien namun kondisinya relative bersih dan longgar sehingga masih terasa nyaman. Disamping itu masing-masing pasien diberi pembatas dengan tirai sehingga masih memiliki privacy.

Selanjutnya berkaitan dengan kepuasan peralatan rumah sakit berikut ini hasil analisis dengan SPSS.

Tabel 24. Kepuasan Terhadap Peralatan Kedokteran

| No | Interval | Keterangan | Jumlah | Persen |
|----|----------|-------------------|--------|---------|
| 1 | 1,0-1,8 | Sangat tidak puas | 0 | 0.0 % |
| 2 | 1,8-2,6 | Tidak puas | 9 | 5.2 % |
| 3 | 2,6-3,4 | Cukup puas | 25 | 14.5 % |
| 4 | 3,4-4,2 | Puas | 99 | 57.6 % |
| 5 | 4,2-5,0 | Sangat puas | 39 | 22.7% |
| | | Jumlah | 172 | 100.0 % |

Sumber : Data primer diolah (2015)

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa pengguna layanan merasa puas terhadap peralatan yang ada di rumah sakit. Sebanyak 22.7 persen menyatakan sangat puas, sebanyak 57.6

persen menyatakan puas dan sebanyak 14.5 % menyatakan cukup puas dan sebanyak 5,2 % menyatakan tidak puas. Kepuasan pengguna peralatan rumah sakit bisa di lihat dari ketersediaan peralatan di rumah sakit.

Kepedulian pegawai terhadap pengguna layanan kesehatan sangat penting artinya dalam membangun kepuasan pelanggan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa empathy pegawai sangat baik terhadap pengguna layanan rumah sakit. Hal ini dapat dilihat dari tabel berikut :

Tabel 25. Kepuasan Terhadap *Emphaty*

| No | Interval | Keterangan | Jumlah | Persen |
|----|----------|-------------------|--------|---------|
| 1 | 1,0-1,8 | Sangat tidak puas | 0 | 0.0 % |
| 2 | 1,8-2,6 | Tidak puas | 1 | 0.6 % |
| 3 | 2,6-3,4 | Cukup puas | 9 | 5.2 % |
| 4 | 3,4-4,2 | Puas | 137 | 79.7% |
| 5 | 4,2-5,0 | Sangat puas | 25 | 14.5 % |
| | | Jumlah | 172 | 100.0 % |

Sumber : Data primer diolah (2015)

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa sebanyak 14.5 persen pengguna rumah sakit menyatakan sangat puas terhadap sikap empathy pegawai, sebanyak 79.7 persen menyatakan puas dengan empathy pegawai dan sebanyak 5.2 persen menyatakan cukup puas.

Selanjutnya untuk mengetahui tingkat kepuasan pengguna rumah sakit secara keseluruhan dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 26. Distribusi Kepuasan Pengguna Rumah Sakit

| No | Interval | Keterangan | Jumlah | Persen |
|----|----------|-------------------|--------|---------|
| 1 | 1,0-1,8 | Sangat tidak puas | 0 | 0.0 % |
| 2 | 1,8-2,6 | Tidak puas | 1 | 0.6 % |
| 3 | 2,6-3,4 | Cukup puas | 23 | 13.4 % |
| 4 | 3,4-4,2 | Puas | 134 | 77.8% |
| 5 | 4,2-5,0 | Sangat puas | 14 | 8.1 % |
| | | Jumlah | 172 | 100.0 % |

Sumber : Data primer diolah (2015)

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa secara umum dapat dikatakan bahwa sebanyak 77.8 % pengguna layanan rumah sakit berada pada kategori puas terhadap layanan yang ada. Namun demikian, masih perlu ada upaya untuk meningkatkan kepuasan pengguna karena masih ada sebanyak 13,4 % pengguna menyatakan cukup puas.

4.2.3. Upaya yang Dilakukan Pemerintah dalam Meningkatkan Kualitas Layanan Kesehatan

Meskipun secara umum hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas layanan yang ada di RS Tipe B di Jawa Timur pada kategori baik, namun masih perlu pembenahan untuk meningkatkan kualitas layanan. Ada beberapa cara yang telah dan akan dilakukan oleh pemerintah dalam upaya meningkatkan kualitas layanan Rumah Sakit di Jawa Timur. Adapun upaya pemerintah dalam meningkatkan kualitas layanan rumah sakit adalah sebagai berikut :

1. Peningkatan kompetensi SDM

Sumberdaya manusia merupakan faktor penting dalam setiap kegiatan organisasi, maju tidaknya sebuah organisasi sangat tergantung pada manusianya. Semakin baik sumberdaya manusianya maka akan semakin cepat organisasi tersebut berkembang. Sama dengan organisasi yang lain, rumah sakit sebagai organisasi yang bergerak dibidang pelayanan sangat tergantung pada SDM. Sebagai organisasi yang padat karya, padat teknologi dan padat pakar, rumah sakit dituntut untuk memberikan layanan yang baik pada masyarakat. Mengingat keterbatasan tenaga medis dan non medis yang ada di RSUD, maka perlu ada upaya untuk meningkatkan kompetensi bagi tenaga medis. Adapun upaya yang mestinya dilakukan oleh pemerintah dalam meningkatkan kompetensi tenaga medis diantaranya adalah :

- Pengembangan ilmu dan teknologi
- Memberi kesempatan kepada para dokter untuk spesialis

Berikut ini hasil wawancara dengan Wakil direktur RSUD Dr. Sosodoro Djatikoesoemo (dr. Hastono Isnain, Sp.KK) menyatakan bahwa :

2
Kualitas layanan rumah sakit di Bojonegoro memang masih kurang, oleh karena itu ada berbagai upaya yang dilakukan rumah sakit diantaranya adalah peningkatan kompetensi dari para dokter dan paramedic yang lain. Selain itu pemerintah memberikan kesempatan kepada para dokter untuk mengambil spesialis (wawancara tgl)

Berkaitan dengan upaya peningkatan kualitas layanan, hal senada juga disampaikan oleh Kabag SDM RSUD Dr. Slamet Martodirjo Pemekasan (Drs. Cahyono. MM)

Upaya yang dilakukan pemerintah dalam meningkatkan kualitas layanan rumah sakit adalah peningkatan kualitas dan kuantitas SDM, artinya bahwa perlu ada penambahan jumlah dokter baik dokter umum maupun dokter spesialis, karena dari sisi rasio pasien dan dokter masih dirasa kurang (wawancara tgl 21 Mei 2015)

Kualitas layanan sangat penting artinya dalam upaya meningkatkan kepuasan, kualitas layanan dipengaruhi oleh berbagai indikator. Rendahnya kualitas layanan diantaranya terbatasnya tenaga medis dan non medis yang ada di rumah sakit, sebagaimana disampaikan oleh Kabidyanmed RSUD Dr. Soebandi Jember (Dr. Hendra)

Salah satu cara yang dilakukan oleh pemerintah dalam meningkatkan kualitas layanan adalah menambah jumlah tenaga medis spesialis, karena tenaga ini sangat dibutuhkan oleh rumah sakit sementara jumlahnya sangat terbatas. Disamping itu pemerintah melakukan evaluasi kinerja pelayanan secara benar supaya hasilnya maksimal. (wawancara tgl 15 juni 2015)

2. Peningkatan sarana prasarana rumah sakit

Pemerintah senantiasa berusaha untuk meningkatkan kualitas layanan rumah sakit, salah satu kendala yang dihadapi oleh rumah sakit adalah keterbatasan jumlah kamar, sehingga pada kondisi tertentu pasien harus ditempatkan di ruang IGD karena belum ada kamar. Oleh karena itu pemerintah dalam hal ini rumah sakit pemerintah perlu meningkatkan kualitas layanan berkaitan dengan ketersediaan

kamar untuk pasien. Disamping itu, perlu ada penambahan peralatan yang dibutuhkan oleh rumah sakit, saat sekarang masih ada beberapa alat yang belum cukup tersedia. Oleh karena itu perlu ada kerjasama dengan pihak lain untuk memenuhi peralatan tersebut. Adapun upaya yang dilakukan oleh pemerintah adalah :

- Penambahan jumlah kamar
- Peningkatan kualitas rumah sakit
- Peningkatan peralatan kedokteran rumah sakit

Sebagaimana hasil wawancara dengan Wakil Direktur RSUD Dr. Sosodoro Djatikoesoemo (dr. Hastono Isnain, Sp.KK) sebagai berikut:

Kalau mengenai sarana prasarana termasuk gedung, sebenarnya sudah tidak memadai, oleh karena itu perlu segera merelokasi rumah sakit ke gedung baru supaya layanan kepada masyarakat semakin baik. Di samping itu, dengan kondisi rumah sakit yang sekarang jumlah kamarnya sangat terbatas, sehingga untuk kelas 3 terpaksa dalam satu ruangan di tempati oleh 8-10 pasien.

Disamping itu, perlu ada penambahan peralatan yang dibutuhkan oleh rumah sakit, saat sekarang masih ada beberapa alat yang belum cukup tersedia. Oleh karena itu perlu ada kerjasama dengan pihak lain untuk memenuhi peralatan tersebut.

Ketersediaan peralatan kesehatan sangat penting artinya dalam melakukan pelayanan yang baik kepada pasien. Sebagaimana hasil wawancara dengan *Kabid Diklit (Indarsih, SKM,MM)*

Upaya pemerintah dalam meningkatkan kualitas layanan berkaitan dengan ketersediaan peralatan medis dengan cara melakukan kerjasama dengan pihak luar. Terutama untuk peralatan kesehatan yang harganya sangat mahal. Kerjasama ini merupakan kerjasama dalam bentuk KSO. (wawancara tgl 3 juni 2015)

Upaya meningkatkan kualitas layanan senantiasa dilakukan oleh rumah sakit dengan cara apapun. Hal ini mengingat bahwa kualitas layanan akan sangat mempengaruhi kepuasan dan kepercayaan masyarakat. Ketersediaan peralatan kedokteran / peralatan medis akan sangat berpengaruh terhadap layanan. Mengingat harga peralatan kedokteran sangat mahal maka upaya yang dilakukan oleh rumah sakit adalah menjalin kerjasama dengan stakeholder. Sebagaimana yang disampaikan pimpinan di RS Dr. Slamet Martodirjo (Noor Wiyono, SE., MM)

Mengingat harga peralatan kedokteran sangat mahal, maka ada beberapa peralatan yang pengadaannya dengan cara kerjasama (KSO) dengan pihak swasta, hal ini akan sangat membantu rumah sakit, alat tersebut adalah Hemodialisa untuk cuci darah. (wawancara tgl 21 Mei 2015)

3. Peningkatan mutu layanan

Upaya peningkatan mutu rumah sakit terus dilakukan dari waktu ke waktu, salah satu upaya yang dilakukan dalam rangka meningkatkan kualitas layanan adalah dengan

mengusulkan ISO rumah sakit, disamping itu pemerintah juga senantiasa menjaga standarisasi mutu layanan melalui akreditasi. Sebagaimana organisasi yang harus menjaga mutu melalui akreditasi, maka apabila mutu tidak sesuai dengan standar maka klasifikasi / tipe rumah sakitpun biasa mengalami penurunan.

Sebagaimana hasil wawancara dengan Kasie SDM RSUD Dr. Slamet Martodirjo (Drs. Cahyono., MM) :

Kita menyadari bahwa kualitas layanan di rumah sakit ini masih harus terus ditingkatkan sekaligus menghilangkan image negatif masyarakat bahwa RSUD layanannya tidak baik. Salah satu upaya yang dilakukan adalah dengan melakukan standarisasi mutu layanan dan akreditasi. (wawancara tgl 21 Mei 2015)

Peningkatan kualitas layanan rumah sakit melalui standarisasi sudah merupakan keharusan bagi rumah sakit, sebagaimana hasil wawancara dengan Kabid Pengembangan dan Pengaduan RSUD Dr. Soedarsono Pasuruan (ibu Koesparyani, S.Ked.Nurse)

Sebagai pelayan masyarakat memang agak berat, karena masyarakat memiliki persepsi masing-masing, terkadang masyarakat tidak mau tau dengan kondisi di rumah sakit. Oleh karena itu yang penting bagi kita senantiasa melakukan pelayanan sesuai dengan standarisasi mutu layanan dan meningkatkan mutu layanan melalui akreditasi. Disamping itu juga melalui standarisasi SOP

dan pengembangan bidang ilmu kesehatan dan teknologi
(wawancara tgl 26 Juni 2015)

² Upaya yang dilakukan rumah sakit dalam meningkatkan kualitas layanan sangatlah kompleks diantaranya adalah peningkatan mutu layanan melalui akreditasi dan ISO sebagaimana yang disampaikan oleh Wakil Direktur RSUD Dr. Sosodoro Djatikoesoemo (dr. Hastono Isnain, Sp.KK) sebagai berikut :

Pengakuan mutu dilaksanakan melalui Kegiatan Akreditasi RS dan sertifikasi ISO 9001:2008. RSUD Dr.R.Sosodoro telah terakreditasi 16 jenis pelayanan (Penuh Tingkat Lanjut) Sejak tahun 2013, dan Tersertifikasi ISO 9001 : 2008 oleh WQA sejak tahun 2010, sertifikasi ISO dilaksanakan secara rutin setiap tahun

4. Pengembangan jenis layanan unggulan

² Pengembangan jenis layanan merupakan salah satu upaya yang dilakukan oleh rumah sakit dalam meningkatkan kualitas layanan. Semakin banyak pasien dengan penyakit yang bermacam-macam maka perlu ada pengembangan jenis layanan. Layanan unggulan yang dimaksud disini adalah layanan tambahan yang mendukung layanan kesetahan. Layanan tambahan ini sangat bermanfaat bagi para pengguna rumah sakit. Ada berbagai layanan unggulan yang dimiliki oleh rumah sakit dalam upaya meningkatkan kualitas layanan. Sebagaimana hasil wawancara dengan pimpinan Wakil

Direktur RSUD Dr. Sosodoro Djatikoesoemo (dr. Hastono Isnain, Sp.KK)

Dalam upaya meningkatkan kualitas layanan rumah sakit, maka kami berusaha memberikan layanan unggulan yang mampu meningkatkan kualitas layanan, diantaranya adalah : Layanan *High Care Unit (HCU)* jantung, Layanan *Pediatric Intensive Care Unit (PICU)* dan *Neonatal Intensive Care Unit (NICU)*, Layanan *CT Scan 64 Slices*, Layanan Bedah Mata Minimal Invasive, Layanan Instalasi Bedah Sentral (IBS), Layanan PONEK 24 jam (wawancara tgl 11 Mei 2015)

5. Pengembangan program inovasi

Rumah sakit diharapkan mampu membuat program inovasi berkaitan dengan kegiatan kesehatan, misalnya mengadakan seminar ilmiah yang bertujuan untuk alih informasi ilmu kedokteran terbaru kepada tenaga kesehatan maupun masyarakat. Sasarannya adalah tenaga kesehatan dan masyarakat Umum.

Disamping itu, pemerintah melalui rumah sakit melakukan penyuluhan kesehatan, konsultasi gizi, konsultasi psikologi, penyediaan makanan yang bergizi, serta pemeriksaan kesehatan sederhana seperti pemeriksaan tekanan darah, Cek Gula Darah, Asam urat dan kolesterol, dan penimbangan Berat Badan.

6. Peningkatan kuantitas SDM

Salah satu penyebab rendahnya kualitas layanan rumah sakit adalah terbatasnya tenaga medis dan paramedis. Oleh karena itu perlu ada upaya penambahan tenaga medis dalam upaya meningkatkan kualitas layanan.

Upaya yang dilakukan pemerintah dalam meningkatkan jumlah SDM diantaranya adalah menambah jumlah tenaga medis dan paramedis, mengadakan pemerataan penempatan dokter umum maupun spesialis pada rumah sakit yang ada di Jawa Timur.

4.2.4. **Kendala yang dihadapi Pemerintah / RSUD dalam Meningkatkan Kualitas Layanan**

Pemerintah senantiasa berusaha untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan dari waktu ke waktu, hal ini terbukti dari semakin baiknya layanan kesehatan pada masyarakat. Semakin banyaknya rumah sakit yang muncul menunjukkan kepedulian pemerintah terhadap layanan kesehatan. Hanya saja munculnya rumah sakit swasta menjadi kendala bagi pemerintah untuk meningkatkan layanan rumah sakit umum daerah. Hal ini berdampak pada rasio dokter dan pasien di rumah sakit umum daerah semakin tinggi yang selanjutnya akan menurunkan kualitas layanan. Disamping terbatasnya jumlah dokter yang ada di rumah sakit umum, kendala yang lain dalam upaya meningkatkan kualitas layanan adalah terbatasnya sarana dan prasarana di RS saat ini, termasuk bangunan. Ada rumah sakit yang daya tampungnya

sudah tidak memadai, sehingga perlu ada penambahan bangunan gedung.

Rumah sakit umum daerah merupakan rumah sakit yang bertujuan untuk memberikan layanan kesehatan bagi masyarakat di daerah. Keberadaan rumah sakit umum daerah semakin terjepit dengan semakin banyaknya rumah sakit swasta. Apalagi image buruk layanan RS pemerintah yang telanjur melekat di masyarakat. Buruknya layanan rumah sakit umum daerah tersebut juga disebabkan karena kurangnya tenaga medis yang ada di rumah sakit tersebut. Image buruk masyarakat tentang rumah sakit umum daerah harus segera di hilangkan.

Menjamurnya rumah sakit swasta sangat berdampak terhadap keberadaan rumah sakit umum daerah, apalagi kalau tenaga dokternya diambil dari rumah sakit umum daerah. Keterbatasan SDM : jumlah tenaga yang belum memenuhi standar (rasio dokter dan pasien masih tinggi) : kurangnya tenaga dokter umum, spesialis, bidan, keperawatan, non medis keperawatan. Kondisi ini akan sangat mengganggu peningkatan kualitas layanan rumah sakit.

Berkaitan dengan jumlah tenaga medis yang sangat terbatas, hal ini disebabkan adanya dokter yang harus praktek di RS swasta sehingga pada saat di butuhkan di RSUD yang bersangkutan tidak bisa segera hadir, sebagaimana yang disampaikan oleh Kabidyanmed RS Dr. Soebandi Jember (dr. Hendra)

Sebenarnya jumlah tenaga medis kita cukup untuk melakukan layanan yang baik, namun karena ada rumah sakit swasta yang masih belum baik sehingga para dokter ada yang membantu di RS tersebut sehingga pada saat dibutuhkan yang bersangkutan tidak ada ditempat. Oleh karena itu ketersediaan dokter di RS swasta juga harus disiapkan supaya tidak banyak tergantung pada dokter di RSUD. (wawancara tgl 15 juni 2015)

Selain kondisi yang ada sebagaimana di atas, hasil wawancara lanjutan dengan Kepala Bidang Pelayanan Medis RS Dr. Soebandi Jember (dr. Hendra) menyatakan bahwa :

Berkaitan dengan kendala peningkatan kualitas layanan adalah karena di Jember ada 3 rumah sakit pemerintah daerah, maka pengalokasian anggaran tidak maksimal untuk 3 rumah sakit tersebut. Hal ini disebabkan terbatasnya anggaran bidang kesehatan.

Keterbatasan anggaran yang ada juga menjadi kendala bagi rumah sakit untuk menyediakan peralatan kedokteran, hal ini disebabkan mahalnya peralatan kedokteran tersebut. Sehingga untuk menyediakan peralatan tersebut pihak rumah sakit melakukan kerjasama dengan pihak swasta dengan model kerjasama operasional (KSO), lanjut dr. Hendra. (wawancara tgl 15 juni 2015)

15 Kendala lain yang dihadapi oleh rumah sakit umum daerah dalam meningkatkan kualitas layanan adalah terbatasnya peralatan medis dan non medis. Hal ini sangat memungkinkan karena

mahalnya harga peralatan tersebut. Sementara untuk mengadakan peralatan tersebut membutuhkan dana / anggaran yang sangat besar.

Berkaitan dengan upaya peningkatan kualitas layanan, maka kendala lain yang dihadapi pemerintah adalah terbatasnya sarana dan prasarana kesehatan yang merupakan faktor penting dalam upaya untuk meningkatkan kualitas layanan.

Wawancara dengan Kabid Pengembangan dan Pengaduan RS Dr. Soedarsono (Koesparyani, S.Ked.,Nurse) menyatakan :

Sebenarnya kita ingin memberikan yang terbaik, tapi prasarana / peralatan yang ada di sini masih kurang mendukung, sementara untuk mengadakan biayanya sangat besar, disamping itu juga pengadaannya harus melalui prosedur yang rumit dan lama.

Kendala lain yang dihadapi pemerintah dalam hal ini rumah sakit umum daerah dalam meningkatkan kualitas layanan adalah lemahnya dukungan masyarakat dalam mengikuti aturan yang ada di rumah sakit termasuk aturan untuk jam besuk. Sebagaimana yang disampaikan oleh pimpinan RSUD Dr. Slamet (Noor Wiyono, SE., MM)

Masyarakat di sini masih agak susah diajak tertib, khususnya berkaitan dengan jam bezuk, seringkali masyarakat tiak mentaati aturan rumah sakit. Oleh karena itu dalam upaya meningkatkan kualitas layanan perlu dukungan masyarakat untuk mengikuti aturan yang ada di RS (wawancara tgl 21 mei 2015)

Berdasarkan uraian di atas, secara umum kendala yang di hadapi pemerintah dalam meningkatkan kualitas layanan rumah sakit adalah sebagai berikut :

1. Terbatasnya tenaga medis dan paramedic
2. Terbatasnya sarana dan prasarana termasuk bangunan
3. terbatasnya peralatan medis maupun non medis
4. image buruk masyarakat terhadap rumah sakit umum daerah
5. dukungan masyarakat dalam mengikuti aturan rumah sakit
6. kurangnya pemahaman pengguna terhadap pelayanan kesehatan

4.3. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian dan analisis data dengan menggunakan analisis faktor diketahui bahwa kualitas layanan rumah sakit di bentuk dari beberapa faktor.

1. Kejelasan prosedur meliputi: kemudahan prosedur pelayanan, kesesuaian persyaratan pelayanan, kewajaran biaya untuk mendapatkan layanan
2. Kemampuan pegawai meliputi : kemampuan pegawai, kecepatan pelayanan, hubungan tenaga medis dengan pasien dan kebebasan pasien dalam menentukan pilihan
3. Profesionalisme meliputi : kedisiplinan pegawai, tanggung jawab pegawai dalam memberikan layanan, kesopanan pegawai dan keramahan pegawai

4. Efektivitas layanan meliputi : ketepatan pelaksanaan layanan, kenyamanan lingkungan, efektifitas pelayanan dokter dan perawat
5. Kompetensi tim medis meliputi : keamanan dalam pelayanan pengetahuan dan kompetensi tenaga medis.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kualitas layanan rumah sakit di Jawa Timur secara umum masuk kategori baik, namun demikian perlu ada upaya untuk meningkatkan kualitas layanan tersebut karena kualitas layanan masing-masing rumah sakit tidak sama meskipun dengan kualifikasi/tipe rumah sakit yang sama. Berdasarkan hasil penelitian dan analisis data dapat dijelaskan bahwa kualitas layanan yang dirasa masih kurang baik ada pada :

1. Faktor Kejelasan prosedur

Kejelasan prosedur pelayanan merupakan faktor penting dalam mewujudkan kualitas layanan yang baik. Prosedur pelayanan yang rumit dan tidak jelas akan membingungkan pengguna yang pada akhirnya akan menjadikan orang enggan untuk datang ke rumah sakit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa prosedur layanan masih dirasakan kurang jelas oleh pengguna. Disamping itu masih ada pengguna yang merasa kebingungan dalam melengkapi persyaratan yang ada ketika menggunakan BPJS. Sehingga perlu ada upaya untuk memberikan pemahaman kepada pengguna tentang bagaimana menggunakan BPJS. Hasil

penelitian menunjukkan masih ada sebanyak 5,8 % pengguna rumah sakit yang menyatakan prosedur pelayanan masih belum jelas. Oleh karena itu perlu ada perbaikan pada kejelasan prosedur pelayanan yang mudah di pahami oleh masyarakat, mengingat sebagian besar pengguna rumah sakit umum daerah adalah masyarakat dengan tingkat pendidikan SMA dan sebagian besar adalah ibu rumah tangga. Masih ada keluarga pasien yang belum memahami cara mengurus BPJS dan aturan atau ketentuan yang ada di BPJS.

2. Kemampuan pegawai

Kemampuan pegawai merupakan faktor penting dalam meningkatkan kualitas layanan. Semakin baik kemampuan pegawainya maka akan semakin baik kualitas layanan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kemampuan pegawai yang terdiri kemampuan pegawai, kecepatan pelayanan, hubungan tenaga medis dengan pasien dan kebebasan pasien dalam menentukan pilihan menunjukkan bahwa kemampuan pegawai pada kategori baik, namun demikian masih perlu upaya untuk meningkatkan kemampuan tersebut. Kecepatan pelayanan berhubungan dengan kemampuan, artinya semakin cepat pegawai melayani pasien menunjukkan semakin mampu pegawai tersebut dalam bekerja. Namun hasil penelitian menunjukkan bahwa kemampuan pegawai dari sisi kecapatan melayani

masih di rasa kurang baik, hal ini ditunjukkan oleh hasil kuesioner dimana sebanyak 26,2 % dalam kategori cukup. Padahal semakin tinggi kemampuannya maka akan semakin cepat melayaninya. Mengingat kemampuannya masih kurang brarti kecepatan melayanipun juga masih kurang. Oleh karena itu perlu ada upaya untuk meningkatkan kemampuan pegawai dalam memberikan pelayanan diantaranya melalui pelatihan pelayanan prima kepada para pegawai.

3. Faktor Profesionalisme

Profesionalisme adalah kemampuan seseorang untuk melakukan pekerjaannya secara professional. Profesionalisme pegawai dalam memberikan layanan meliputi kedisiplinan pegawai, tanggung jawab pegawai dalam memberikan layanan, kesopanan pegawai dan keramahan pegawai

4. Efektivitas layanan meliputi : ketepatan pelaksanaan layanan, kenyamanan lingkungan, efektifitas pelayanan dokter dan perawat

5. Kompetensi tim medis meliputi : keamanan dalam pelayanan pengetahuan dan kompetensi tenaga medis.

Berdasarkan hasil analisis faktor diperoleh bahwa kepuasan pengguna rumah sakit dibentuk oleh faktor

Faktor 1 : kepuasan terhadap fasilitas layanan (*tangible*),

Faktor 2 : kepuasan terhadap peralatan kedokteran
(*reliability*),

Faktor 3 : kepuasan terhadap kepedulian pegawai
(*emphaty*)

Kepuasan terhadap fasilitas berkaitan dengan fasilitas fisik, diantaranya adalah ketersediaan toilet yang memadai, ketersediaan lahan parkir yang luas, ruang kamar yang memadai baik dalam jumlah maupun dalam kualitas / perlengkapan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pengguna rumah sakit sudah puas terhadap fasilitas fisik yang terdapat di rumah sakit, namun masih ada juga pengguna yang merasa tidak puas. Oleh karena itu perlu ada upaya pemerintah untuk meningkatkan kualitas fasilitas agar mampu meningkatkan kepuasan terhadap fasilitas fisik.

Faktor kedua adalah kepuasan terhadap peralatan kedokteran, hasil penelitian menunjukkan bahwa masih ada pengguna rumah sakit yang sangat penting .

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan analisis data sebagaimana pada uraian di bab sebelumnya, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Menurut persepsi pengguna layanan rumah sakit tipe B di Jawa Timur menyatakan bahwa kualitas layanan rumah sakit pada kategori sudah baik, namun masih perlu ditingkatkan. Berdasarkan hasil analisis faktor diperoleh bahwa faktor-faktor yang membentuk kualitas layanan dikelompokkan menjadi 5 faktor yaitu : faktor kejelasan prosedur layanan, kemampuan pegawai, profesionalisme, efektivitas layanan dan kompetensi tenaga medis.
2. Berdasarkan hasil penelitian dengan menggunakan kuesioner diketahui bahwa kepuasan pengguna layanan rumah sakit tipe B di Jawa Timur sudah puas. Berdasarkan analisis faktor diperoleh bahwa faktor-faktor yang membentuk kepuasan pengguna layanan rumah sakit dikelompokkan menjadi 3 faktor yaitu kepuasan terhadap fasilitas fisik (tangible), kepuasan terhadap peralatan rumah sakit (reliability) dan kepuasan terhadap kepedulian tenaga medis dan non medis (emphaty).
3. Upaya pemerintah dalam meningkatkan kualitas layanan rumah sakit adalah sebagai berikut :

- a. Meningkatkan kualitas dan kuantitas SDM
 - b. Meningkatkan sarana dan prasarana
 - c. Meningkatkan mutu layanan termasuk menyediakan layanan unggulan
 - d. Pengembangan program inovasi
 - e. Penataan organisasi
4. Faktor kendala yang dihadapi oleh pemerintah dalam upaya untuk meningkatkan kualitas layanan rumah sakit adalah sebagai berikut :
- a. terbatasnya sarana dan prasarana di RS saat ini, termasuk bangunan
 - b. image buruk layanan RS pemerintah yang telanjur melekat di masyarakat
 - c. keterbatasan SDM : jumlah tenaga yang belum memenuhi standar (rasio dokter dan pasien masih tinggi) : kurangnya tenaga dokter umum, spesialis, bidan, keperawatan, non medis keperawatan.
 - d. terbatasnya peralatan medis maupun non medis
 - e. regulasi terkait pengembangan RSUD menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD)
 - f. dukungan masyarakat dalam mengikuti aturan yang ada di RS
 - g. kurangnya pemahaman pengguna terhadap pelayanan kesehatan

7.2. Saran

Berdasarkan uraian di atas, maka sangat dibutuhkan perbaikan layanan rumah sakit umum daerah dalam mengantisipasi persaingan dengan rumah sakit swasta. Di samping itu perlu ada perubahan image buruk masyarakat terhadap kualitas layanan rumah sakit umum daerah. Oleh karena itu dalam penelitian ini memberikan masukan kepada pemerintah dalam hal ini dinas terkait pemegang kebijakan sebagai berikut :

1. Peningkatan SDM yang baik secara kuantitas (jumlah sesuai standart) maupun kualitas
2. Peningkatan ketersediaan peralatan kesehatan
3. Pemenuhan sarana dan prasarana sesuai standar RS
4. Memperluas jejaring dengan stakeholder
5. Memperluas akses pelayanan
6. Pengadaan dan pemerataan SDM tentang tenaga spesialis
7. pengaturan tenaga sefektif mungkin

DAFTAR PUSTAKA

- Churchill and Suprenant, 1982; Oliver and De Sarbo, 1988; Spreng and Olshavsky, 1993, *International Journal Of Bank Marketing*, 16/2, 1998, p. 53)
- China, 1990; Daniel, 1992; Synchan, 1990, Implication of Loyalty Program Membership and Service Experiences for customer Retention Value, *Journal of Academy Marketing Science*.
- Cronin and Taylor, 1982, *Measuring service quality : a reexamination and extension*, *Journal of Marketing Vol. 56*, July, pp. 55-68.
- Dikson Yunus, 2008, "Kemitraan pada program penanggulangan kemiskinan perkotaan" *jurnal legalitas Vol 3 no 2*
- Evans, 1999. *Customer Relationship Management : Creating The Customer- Centric Financial Services Organization*. Lafferty Publications, Dublin Fitzsimmons
- Gerson, Richard, 1993. *Measuring Customer Satisfaction*. Crisp Publication, Inc
- Ivancevich, 2002, *Building customer loyalty*, *Business skill express series*, Irwin professional publishing & mirror press.
- J.A. and Fitzsimmons. 2001. *Service Management : Operations, Strategy, and Information Technology*. McGraw-Hill, Singapore
- Kotler, Philip, 2000, "Manajemen Pemasaran, konsep dan Teori" Penerbit Ghalia Indonesia, Jakarta

- Mahmudi. 2007 “ Kemitraan Pemerintah Daerah dan Efektivitas Pelayanan Publik” Jurnal Sinergi, Kajian Bisnis dan Manajemen Vol 9 No.1
- Sulistiani A, 2004, “Kemitraan dan Model-model Pemberdayaan”, Gaya Media, Yogyakarta.
- Thoha (2009, Birokrasi Indonesia Dalam Era Globalisasi, PD Batang Gadis, Jakarta
- Tjiptono Fandy, “*Manajemen pemasaran Jasa* “, Penerbit andi Offset, Yogyakarta, 2001
- Trisnantoro, Laksono, 2005, Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi Dalam Manajemen Rumah Sakit, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta
- Woro Utari, 2008, ”Analisis Fundamental Ekonomi Makro serta Pengaruhnya terhadap Penerimaan Pajak Pertambahan Nilai”, Jurnal Neobis
- Woro Utari, 2009, ”Pengaruh Dimensi Kualitas Layanan terhadap Kepuasan Nasabah Kredit Cepat Aman (KCA) pada Perum Pegadaian di Surabaya”, Jurnal Ekonomi Sains dan Pendidikan; Swastika, ISSI 2085-5680, Vol 2 Nomor 1
- Woro Utari, 2010, “Model Kepuasan Pelanggan sebagai Moderating Variabel guna meningkatkan Loyalitas Pelanggan pada Maskapai Penerbangan” Jurnal Mitra Ekonomi dan Manajemen Bisnis- ISSN 2087-1090, Vol 1 nomor 2
- Woro Utari, 2011, “Analisis Marketing Mix serta pengaruhnya terhadap peningkatan Volume Penjualan pada PT.

- Combiphar Surabaya”. *Jurnal Mitra Ekonomi dan Manajemen Bisnis*- ISSN 2087-1090, Vol 2 Nomor 2
- Woro Utari, 2013, “Analisis Kualitas Layanan serta Dampaknya terhadap Kepuasan Pasien Rumah Sakit Nasrul Ummah Lamongan”, *jurnal Neo Bis*, ISSN 1978-5275, Vol 7 No 1.
- Yamit Zulian, 2004, *Manajemen Kualitas Produk dan Jasa*, Ekonesia, Yogyakarta
- Zeithaml et al, 1985, a Conceptual Model of Service Quality and Its Implication for Feature Research, *Journal of Marketing*, Vol 49.
- Zeithamal *et al*, 1988, Serqual a Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality, *Journal Retailing*
- Zeithamal, 2000, *Consumer Quality, Profitability and the Economics Worth of Customer : What We know and what we need to learn*, *Journal of the Academy of Marketing Science*

Kualitas Layanan Rumah Sakit

ORIGINALITY REPORT

21 %
SIMILARITY INDEX

21 %
INTERNET SOURCES

3 %
PUBLICATIONS

7 %
STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

| | | |
|----------|--|------------|
| 1 | adoc.tips Internet Source | 2 % |
| 2 | ejournal.unitomo.ac.id Internet Source | 2 % |
| 3 | Submitted to Trisakti University Student Paper | 2 % |
| 4 | repositori.usu.ac.id Internet Source | 2 % |
| 5 | www.slideshare.net Internet Source | 1 % |
| 6 | text-id.123dok.com Internet Source | 1 % |
| 7 | hallosains.blogspot.com Internet Source | 1 % |
| 8 | e-journal.unmas.ac.id Internet Source | 1 % |
| 9 | qdoc.tips Internet Source | 1 % |

| | | |
|----|--|-----|
| 10 | adoc.pub Internet Source | 1 % |
| 11 | repository.uin-suska.ac.id Internet Source | 1 % |
| 12 | docshare.tips Internet Source | 1 % |
| 13 | jia.stialanbandung.ac.id Internet Source | 1 % |
| 14 | Submitted to iGroup Student Paper | 1 % |
| 15 | anzdoc.com Internet Source | 1 % |
| 16 | 123dok.com Internet Source | 1 % |
| 17 | fr.scribd.com Internet Source | 1 % |
| 18 | journal1.iain-samarinda.ac.id Internet Source | 1 % |

Exclude quotes On

Exclude matches < 1%

Exclude bibliography On