

**PENGARUH KUALITAS PELAYANAN TERHADAP KEPUASAN
PASIEN RAWAT INAP PADA RUMAH SAKIT
PKU MUHAMMADIYAH SURAKARTA**



SKRIPSI

Diajukan untuk Melengkapi Tugas-tugas dan Memenuhi
Syarat-syarat untuk Mencapai Gelar Sarjana Ekonomi Jurusan Manajemen
Fakultas Ekonomi Universitas Sebelas Maret Surakarta

Diajukan Oleh:

RAHADI FITRA NOVA
F. 1206538

**FAKULTAS EKONOMI
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
SURAKARTA
2010**

HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING

Skripsi dengan judul :

**PENGARUH KUALITAS PELAYANAN TERHADAP KEPUASAN
PASIEN RAWAT INAP PADA RUMAH SAKIT
PKU MUHAMMADIYAH SURAKARTA**

Surakarta, 26 Juli 2010

Telah disetujui dan diterima oleh
Pembimbing



Drs. Amien Gunadi, MP
NIP : 19561023 198601 1 001


HALAMAN PENGESAHAN

Telah disetujui dan diterima dengan baik oleh tim penguji skripsi Fakultas Ekonomi Universitas Sebelas Maret guna melengkapi tugas-tugas dan memenuhi syarat-syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Ekonomi Jurusan Manajemen

Surakarta, 26 Juli 2010

Tim Penguji Skripsi :

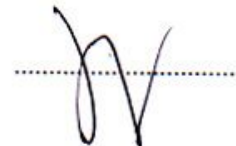
1. Dra. Soemarjati, TJ, MM (Ketua Penguji)
NIP : 19510809 198503 2 001



2. Drs. Amien Gunadi, MP (Pembimbing)
NIP : 19561023 198601 1 001



3. Drs. Wiyono, MM (Anggota Penguji)
NIP : 19550505 198503 1 002



MOTTO

Innasshalati wa nusuki wamahyaya wamamati lillahirabbil'amin..

Sesungguhnya shalatku, ibadahku, hidupku, dan matiku hanyalah untuk Allah

Tuhan Semesta Alam...

(QS. Al An'am: 162)

Fa innama'al'usri yusra, innama'al'usri yusra...

Maka sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan, sesungguhnya bersama

kesulitan ada kemudahan...

(QS. Al Insyirah: 5-6)

If there is a will, there is a way...

Dimana ada kemauan, disitu ada jalan...

KATA PENGANTAR

Puji syukur setinggi tingginya penulis panjatkan kepada Allah SWT, Tuhan semesta Alam Yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang, atas ijin dan pertolongan-Nya, skripsi dengan judul “PENGARUH KUALITAS PELAYANAN TERHADAP KEPUASAN PASIEN RAWAT INAP PADA RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH SURAKARTA” dapat terselesaikan.

Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat guna memperoleh gelar kesarjanaan pada Fakultas Ekonomi Jurusan Manajemen Universitas Sebelas Maret. Penulis menyadari bahwa terselesaikannya skripsi ini atas bantuan dari berbagai pihak. Dan dalam kesempatan ini penulis ucapkan terimakasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr. Bambang Sutopo, M. Com, Ak selaku Dekan Fakultas Ekonomi Universitas Sebelas Maret.
2. Bapak Drs. Moch Amien Gunaidi, MP. Selaku Pembimbing skripsi yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan saran kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
3. Ayah, Ibu, dan Adik sebagai bagian kehidupan penulis yang sangat bearati. Terimakasih atas segalanya.
4. Seluruh Bapak dan Ibu Dosen FE UNS atas ilmu yang disampaikan selama penulis menuntut ilmu di FE UNS ini.
5. seluruh teman-teman terimakasih atas segala kebersamaan yang diberikan selama 4 tahun ini.
6. Civitas Akademika Fakultas Ekonomi UNS atas segala bantuannya.
7. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dan kelemahan dalam penulisan skripsi ini. Saran dan kritik dari pembaca sangat penulis harapkan untuk perbaikan penelitian ini. Semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang membutuhkan.

Surakarta, 2010

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
ABSTRAK.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR	xi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	5
BAB II LANDASAN TEORI	
A. Kajian Teori	6
1. Pengertian Kualitas	6
2. Kualitas Pelayanan Kesehatan	8
3. Kepuasan Sebagai Indikator Kualitas Pelayanan.....	12
4. Pengukuran Kualitas Pelayanan.....	23
B. Kerangka Teori	28
C. Perumusan Hipotesis	29
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	
A. Metode/Desain dan Lokasi Penelitian	31
B. Populasi, Sampel dan Teknik Sampling	32
1. Populasi	32
2. Sampel	33
3. Teknik Pengambilan Sampel	33
C. Jenis Data.....	34

D. Data dan Sumber Data	34
E. Teknik Pengumpulan Data.....	35
F. Definisi Variabel Penelitian.....	35
G. Instrumen Penelitian	36
H. Rancangan Uji Hipotesis.....	37
I. Teknik Analisis Data.....	39
BAB IV ANALISIS DATA DAN PEMBAHASAN	
A. Deskripsi Objek Penelitian	44
1. Tentang PKU	44
2. Sejarah berdirinya RS. PKU Muhammadiyah Surakarta....	46
3. Visi, Misi, Tujuan, Motto dan Slogan RS. PKU Muhammadiyah Surakarta.....	47
4. Struktur Organisasi RS. PKU Muhammadiyah Surakarta..	47
5. Kapasitas Rawat Inap di RS. PKU Muhammadiyah Surakarta	48
6. Sarana dan Prasarana di RS. PKU Muhammadiyah Surakarta	50
7. Unit Pelayanan RS. PKU Muhammadiyah Surakarta.....	52
8. Sumber Daya Manusia di RS. PKU Muhammadiyah Surakarta	54
B. Pengujian Instrumen	57
1. Uji Validitas	57
2. Uji Reliabilitas	58
C. Analisis Gap.....	58
D. Uji Asumsi Klasik.....	60
1. Uji Normalitas.....	60
2. Uji Heterokedastisitas	61
3. Uji Multikolinieritas.....	62
E. Pengujian Hipotesis	63

1. Tingkat kesesuaian antara harapan pasien rawat inap terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta.....	63
2. Pengaruh yang signifikan kualitas pelayanan terhadap kepuasan pasien pada Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta.....	64
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan.....	66
B. Saran.....	67
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

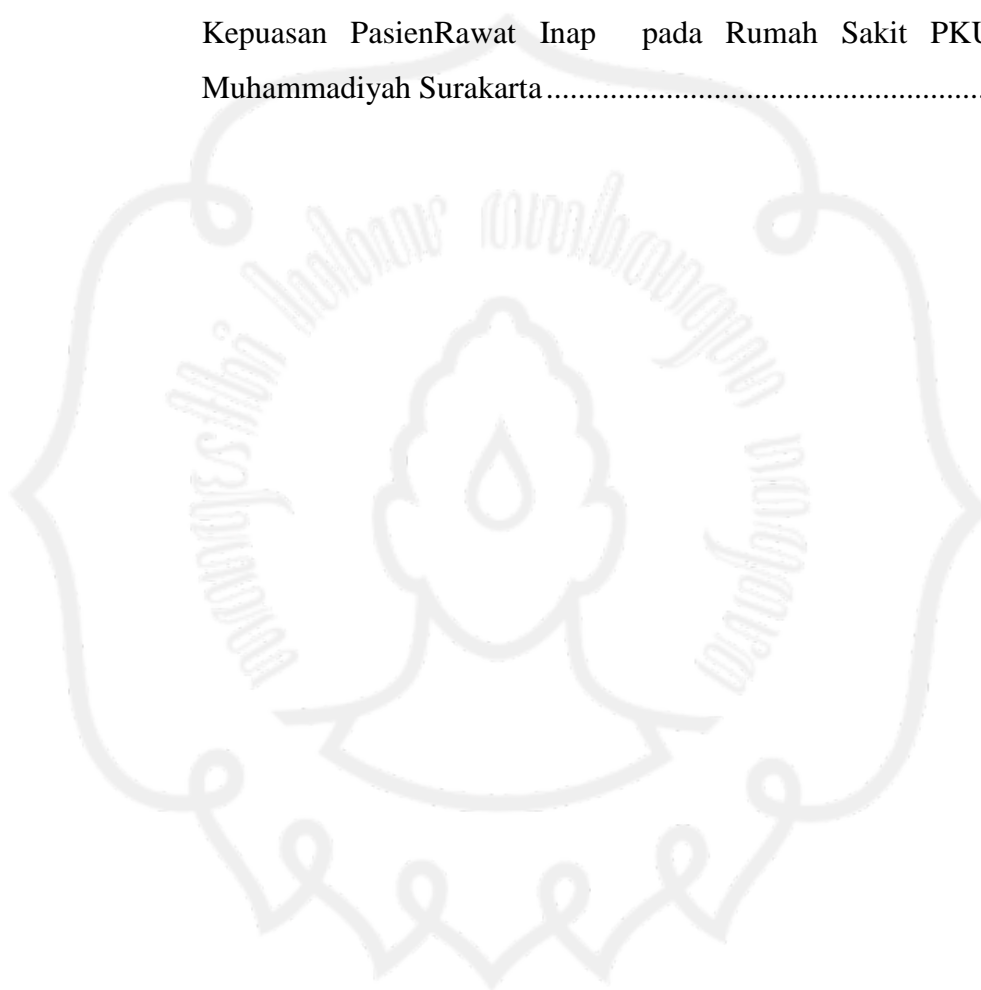


DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Jumlah Pasien RS PKU Muhammadiyah Surakarta	4
Tabel 3.1	Sampel Penelitian.....	34
Tabel IV.1	Deskripsi Responden Penelitian Berdasarkan Jenis Kelamin...	55
Tabel IV.2	Deskripsi Responden Penelitian Berdasarkan Pendidikan	55
Tabel IV.3	Deskripsi Responden Penelitian Berdasarkan Umur	56
Tabel IV.4	Deskripsi Responden Penelitian Berdasarkan Pekerjaan.....	56
Tabel IV.5	Hasil Uji Validitas.....	57
Tabel IV.6	Hasil Uji Reliabilitas.....	58
Tabel IV.6	Analisis Gap.....	58
Tabel IV.7	Hasil Uji Normalitas	60
Tabel IV.8	Hasil Uji Heterokedastisitas.....	61
Tabel IV.9	Hasil Uji Multikolinieritas	63
Tabel IV.10	Hasil Total Tanggapan Responden Tentang Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap	63
Tabel IV.11	Uji F	64
Tabel IV.11	Uji t	65
Tabel IV.12	R Square.....	65

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.	Model Konseptual Kualitas Jasa.....	24
Gambar 2.	Gap Antara Jasa yang Diharapkan dengan Jasa yang Dipersepsikan.....	26
Gambar 3	Kerangka Pemikiran Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan PasienRawat Inap pada Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta.....	29



ABSTRAK**PENGARUH KUALITAS PELAYANAN TERHADAP KEPUASAN
PASIEN RAWAT INAP PADA RUMAH SAKIT
PKU MUHAMMADIYAH SURAKARTA**

Oleh
RAHADI FITRA NOVA
NIM F 1206538

Studi ini bertujuan untuk mengetahui tingkat kesesuaian antara harapan pasien rawat inap terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta. Untuk mengetahui pengaruh kualitas pelayanan terhadap kepuasan pasien rawat inap di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta.

Sejalan dengan masalah dan hipotesis penelitian tersebut maka penelitian ini dilaksanakan dengan menggunakan desain survei yaitu penelitian yang mengambil sampel dari satu populasi dan menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpulan data pokok. Dalam penelitian ini menggunakan sampel sebanyak 100 pasien. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *proportional random sampling*. Analisis kuantitatif dalam penelitian ini akan digunakan uji validitas dan uji reliabilitas dengan *Cronbach's Alpha*. Uji asumsi klasik meliputi uji heteroskedastisitas dan uji normalitas. Untuk uji hipotesis menggunakan regresi linier berganda. Semua pengujian menggunakan program komputer *SPSS 11.5*.

Hasilnya didapat bahwa dimensi pelayanan secara keseluruhan, kesesuaian antara pelayanan yang diberikan oleh RS PKU Muhammadiyah Surakarta dengan harapan pasien terdapat *gap*/ tingkat kepuasan sebesar (-0,36), skor ini dikategorikan dalam kelompok sedang, meskipun belum sepenuhnya memenuhi harapan pasien tetapi pelayanan yang diberikan sudah cukup baik. Berdasarkan hasil analisis regresi diatas dapat disimpulkan bahwa semua variabel dari dimensi kualitas pelayanan (keandalan, ketanggapan, keyakinan, keberwujudan dan empati) secara bersama-sama memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan pasien rawat inap RS PKU Muhammadiyah Surakarta. Hasil tersebut menunjukkan bahwa hipotesis alternatif (H_a) dapat diterima dan hipotesis nihil (H_o) ditolak, pengaruhnya yang paling besar adalah variabel keberwujudan (5,191) diikuti ketanggapan (4,280), keandalan (4,059), empati (1,989), dan keyakinan (-4,205) terhadap kepuasan pasien rawat inap RS PKU Muhammadiyah Surakarta. Hasilnya adalah R^2 sebesar (0,789) menunjukkan bahwa 78,9 % variabel kepuasan pasien dapat dijelaskan oleh kualitas pelayanan yaitu keandalan, ketanggapan, keyakinan, keberwujudan dan empati sedangkan sisanya 21,1 % lainnya dijelaskan variabel lain yang tidak termasuk dalam model penelitian ini.

Kata Kunci: kualitas pelayanan dan kepuasan pasien

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Dewasa ini masalah kesehatan telah menjadi kebutuhan pokok bagi masyarakat. Dengan meningkatnya taraf hidup masyarakat, maka semakin meningkat pula tuntutan masyarakat akan kualitas kesehatan. Hal ini menuntut penyedia jasa pelayanan kesehatan seperti rumah sakit untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang lebih baik, tidak hanya pelayanan yang bersifat penyembuhan penyakit tetapi juga mencakup pelayanan yang bersifat pencegahan (*preventif*) untuk meningkatkan kualitas hidup serta memberikan kepuasan bagi konsumen selaku pengguna jasa kesehatan (Anonim, 2004).

Rumah sakit sebagai institusi yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan mengalami perubahan, pada awal perkembangannya, rumah sakit adalah lembaga yang berfungsi sosial, tetapi dengan adanya rumah sakit swasta, menjadikan rumah sakit lebih mengacu sebagai suatu industri yang bergerak dalam bidang pelayanan kesehatan dengan melakukan pengelolaan yang berdasar pada manajemen badan usaha. Seiring dengan itu, terjadi persaingan antara sesama rumah sakit baik rumah sakit milik pemerintah maupun rumah sakit milik swasta, semua berlomba-lomba untuk menarik konsumen agar menggunakan jasanya.

Rumah sakit memiliki peran yang sangat strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Paradigma baru pelayanan kesehatan mensyaratkan rumah sakit memberikan pelayanan berkualitas sesuai kebutuhan dan keinginan pasien dengan tetap mengacu pada kode etik profesi dan medis. Dalam perkembangan teknologi yang pesat dan persaingan yang semakin ketat, maka rumah sakit dituntut untuk melakukan peningkatan kualitas pelayanannya. Kualitas merupakan inti kelangsungan hidup sebuah lembaga. Gerakan revolusi mutu melalui pendekatan manajemen mutu terpadu menjadi tuntutan yang tidak boleh diabaikan jika suatu lembaga ingin hidup dan berkembang, Persaingan yang semakin ketat akhir-akhir ini

menuntut sebuah lembaga penyedia jasa/layanan untuk selalu memanjakan pelanggan/konsumen dengan memberikan pelayanan terbaik. Para konsumen akan mencari produk berupa barang atau jasa dari perusahaan yang dapat memberikan pelayanan yang terbaik kepadanya (Assauri, 2003: 25). Masalah utama sebagai sebuah lembaga jasa pelayanan kesehatan adalah semakin banyaknya pesaing. Oleh karena itu, rumah sakit dituntut untuk selalu menjaga kepercayaan konsumen dengan meningkatkan kualitas pelayanan agar kepuasan konsumennya meningkat. Pihak rumah sakit perlu secara cermat menentukan kebutuhan konsumen sebagai upaya untuk memenuhi keinginan dan meningkatkan kepuasan atas pelayanan yang diberikan (John, J., 1992: 57).

Memberikan pelayanan dengan kualitas terbaik, bukanlah sesuatu yang mudah bagi pengelola rumah sakit karena pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit menyangkut kualitas hidup para pasiennya sehingga bila terjadi kesalahan dalam tindakan medis dapat berdampak buruk bagi pasien. Dampak tersebut dapat berupa sakit pasien bertambah parah, kecacatan bahkan kematian (Jacobalis, S. 1995: 68).

Rumah Sakit sebagai bagian dari sistem kesehatan nasional dituntut untuk meningkatkan kualitas penyediaan fasilitas, pelayanan dan kemandirian. Dengan demikian rumah sakit merupakan salah satu pelaku pelayanan kesehatan yang kompetitif harus dikelola oleh pelaku yang mempunyai jiwa wirausaha yang mampu menciptakan efisiensi, keunggulan dalam kualitas dan pelayanan, keunggulan dalam inovasi serta unggul dalam merespon kebutuhan pasien (Jacobalis, S. 1995: 77).

Dalam menerima dan melayani pasien rawat inap sebagai konsumen dengan berbagai karakteristik, rumah sakit harus melengkapi diri supaya senantiasa mendengarkan suara konsumen, dan memiliki kemampuan memberikan respon terhadap setiap keinginan, harapan konsumen dan tuntutan pengguna jasa sarana pelayanan kesehatan. Hal ini erat berhubungan

dengan tenaga kesehatan yang senantiasa mendampingi dan melayani pasien sebagai konsumennya.

Hal tersebut di atas sejalan dengan pendapat yang dikemukakan Waworuntu (1997: 19) bahwa "Seseorang yang profesional dalam dunia administrasi negara menguasai kebutuhan masyarakat dan mengetahui cara memuaskan dan memenuhi kebutuhan masyarakat. Masyarakat perlu dipuaskan melalui pemenuhan kebutuhannya. Sehingga masyarakat merasa sebagai seorang raja, maka harus dilayani dengan baik".

Faktor manusia sebagai pemberi pelayanan terhadap publik dalam organisasi dianggap sangat menentukan dalam menghasilkan pelayanan yang berkualitas. Menurut Thoha (2002: 181) "kualitas pelayanan kepada masyarakat sangat tergantung pada individual aktor dan sistem yang dipakai". Dokter, perawat, dan tenaga penunjang medis serta nonmedis yang bertugas di rumah sakit harus memahami cara melayani konsumennya dengan baik terutama kepada pasien dan keluarga pasien, karena pasien dan keluarga pasien adalah konsumen utama di rumah sakit. Kemampuan rumah sakit dalam memenuhi kebutuhan pasien dapat diukur dari tingkat kepuasan pasien.

Pada umumnya pasien yang merasa tidak puas akan mengajukan komplain pada pihak rumah sakit. Komplain yang tidak segera ditangani akan mengakibatkan menurunnya kepuasan pasien terhadap kapabilitas pelayanan kesehatan di rumah sakit tersebut. Kepuasan konsumen telah menjadi konsep sentral dalam wacana bisnis dan manajemen. Konsumen umumnya mengharapkan produk berupa barang atau jasa yang dikonsumsi dapat diterima dan dinikmatinya dengan pelayanan yang baik atau memuaskan (Assauri, 2003: 28).

Kepuasan konsumen dapat membentuk persepsi dan selanjutnya dapat memposisikan produk perusahaan di mata konsumennya. Dalam hubungannya dengan kepuasan konsumen/pasien dan kualitas pelayanan Rumah Sakit PKU

Muhammadiyah Surakarta, masyarakat Kota Surakarta beberapa kali menyampaikan keluhan terhadap pelayanan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta melalui media masa lokal, khususnya terhadap kualitas pelayanan rawat inap. Keluhan atas pelayanan rumah sakit juga disampaikan melalui kotak saran yang ada di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta. Hal demikian memberikan indikasi bahwa Rumah Sakit PKU

Muhammadiyah Surakarta yang dibangun dengan sarana dan prasarana cukup memadai belum mampu memberikan pelayanan yang sesuai harapan, keinginan dan tuntutan dari masyarakat sebagai konsumen.

Pasien akan merasa puas apabila ada persamaan antara harapan dan kenyataan pelayanan kesehatan yang diperoleh. Kepuasan pengguna pelayanan kesehatan mempunyai kaitan yang erat dengan hasil pelayanan kesehatan, baik secara medis maupun non medis seperti kepatuhan terhadap pengobatan, pemahaman terhadap informasi medis dan kelangsungan perawatan (Kotler, 1997: 82).

Berdasarkan hasil pengamatan peneliti memperoleh data jumlah pasien yang pernah dirawat di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta selama tahun 2009.

Tabel 1.
Jumlah Pasien RS PKU Muhammadiyah Surakarta

Keterangan	2008	2009	Naik/turun
Rawat inap	1624	1572	(-) 3.20 %
Rawat jalan	1808	1751	(-) 3.15 %
Jumlah	3432	3323	(-) 3.17 %

Sumber: Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta, 2009.

Berdasarkan data kunjungan pasien dan penerimaan rata-rata per bulan pada bulan Januari sampai Desember 2009, terjadi penurunan kira-kira 3-5% di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta. Hal ini mengindikasikan terjadi penurunan kualitas pelayanan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta. Dari uraian di atas sangatlah perlu dilakukan penelitian tentang

sejauhmana tingkat kepuasan pasien rawat jalan terhadap pelayanan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta yang diharapkan dapat meningkatkan kinerja pelayanan kesehatan.

B. Rumusan Masalah

Di dalam penelitian, masalah dapat didefinisikan sebagai pertanyaan-pertanyaan yang akan dicari jawabannya melalui kegiatan penelitian. Dari fenomena yang telah diuraikan pada latar belakang penelitian dapat dirumuskan permasalahan penelitian sebagai berikut :

1. Bagaimana tingkat kesesuaian antara harapan pasien rawat inap terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta ?
2. Apakah kualitas pelayanan berpengaruh terhadap kepuasan pasien rawat inap di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah:

1. Untuk mengetahui tingkat kesesuaian antara harapan pasien rawat inap terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta.
2. Untuk mengetahui pengaruh kualitas pelayanan terhadap kepuasan pasien rawat inap di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat akademik: penelitian ini diharapkan dapat memperkuat teori-teori yang mengenai kualitas pelayanan, kepuasan pasien, dan untuk mengungkapkan faktor-faktor yang menyebabkan kepuasan pasien serta dapat dimanfaatkan untuk penelitian selanjutnya, khususnya di bidang yang sesuai.
2. Manfaat praktis: hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi pemerintah daerah khususnya bagi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta, berkaitan dengan upaya peningkatan kualitas pelayanan rawat inap yang diberikan.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Kajian Teori

1. Pengertian Kualitas

Kata kualitas mengandung banyak definisi dan makna karena orang yang berbeda akan mengartikannya secara berlainan, seperti kesesuaian dengan persyaratan atau tuntutan, kecocokan untuk pemakaian perbaikan berkelanjutan, bebas dari kerusakan atau cacat, pemenuhan kebutuhan pelanggan, melakukan segala sesuatu yang membahagiakan. Dalam persepektif TQM (*Total Quality Management*) kualitas dipandang secara lebih luas, yaitu tidak hanya aspek hasil yang ditekankan, tetapi juga meliputi proses, lingkungan dan manusia.

Hal ini jelas tampak dalam definisi yang dirumuskan oleh Goeth dan Davis yang dikutip Tjiptono (2000: 51) bahwa kualitas merupakan suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses, dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan.

Sebaliknya, menurut Lukman (1999: 9) definisi kualitas bervariasi dari yang kontroversional hingga kepada yang lebih strategik. Definisi konvensional dari kualitas biasanya menggambarkan karakteristik langsung suatu produk, seperti: (1) performansi (*performance*); (2) keandalan (*reliability*); (3) mudah dalam penggunaan (*ease of use*); (4) estetika (*esthetics*), dan sebagainya. Oleh karena itu, kualitas pada prinsipnya adalah untuk menjaga janji pelanggan agar pihak yang dilayani merasa puas dan diungkapkan.

Ibrahim (1997: 54) mendeskripsikan kualitas dari pengamatan produsen yang dirangkum sebagai berikut: “kualitas adalah suatu strategi dasar bisnis yang menghasilkan barang dan jasa yang memenuhi kebutuhan dan kepuasan konsumen internal dan eksternal, secara eksplisit dan implisit. Strategi ini menggunakan seluruh kemampuan sumber daya manajemen, modal, teknologi, peralatan, material, sistem dan manusia

perusahaan untuk menghasilkan barang atau jasa bernilai tambah bagi manfaat masyarakat serta memberikan keuntungan kepada para pemegang saham”.

Sedangkan *The American Society for Quality Control* dalam Aviliani dan Wilfidrus (1997: 42), mendefinisikan kualitas adalah keseluruhan ciri-ciri dan karakteristik dari suatu produk atau jasa dalam hal kemampuannya untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan yang telah ditentukan atau yang bersifat laten. Gilmore (1974: 124) mengartikan bahwa kualitas sebagai derajat sejauh mana produk memenuhi suatu desain atau spesifikasi.

Menurut Assauri (2003: 25) kualitas merupakan inti kelangsungan hidup sebuah lembaga. Gerakan revolusi mutu melalui pendekatan manajemen mutu terpadu menjadi tuntutan yang tidak boleh diabaikan jika suatu lembaga ingin hidup dan berkembang, Persaingan yang semakin

ketat akhir-akhir ini menuntut sebuah lembaga penyedia jasa/layanan untuk selalu memanjakan konsumen/pelanggan dengan memberikan pelayanan terbaik. Para pelanggan akan mencari produk berupa barang atau jasa dari perusahaan yang dapat memberikan pelayanan yang terbaik kepadanya.

Berdasarkan beberapa pengertian kualitas di atas dapat diartikan bahwa kualitas hidup kerja harus merupakan suatu pola pikir (*mindset*), yang dapat menterjemahkan tuntutan dan kebutuhan pasar konsumen dalam suatu proses manajemen dan proses produksi barang atau jasa terus menerus tanpa hentinya sehingga memenuhi persepsi kualitas pasar konsumen tersebut.

Kualitas memiliki hubungan yang sangat erat dengan kepuasan pelanggan, yaitu kualitas memberikan suatu dorongan kepada pelanggan untuk menjalani ikatan hubungan yang kuat dengan perusahaan. Dalam jangka panjang ikatan seperti ini memungkinkan perusahaan untuk memahami dengan saksama harapan pelanggan serta kebutuhan mereka. Dengan demikian, perusahaan dapat meningkatkan kepuasan pelanggan

yang pada gilirannya kepuasan pelanggan dapat menciptakan kesetiaan atau loyalitas pelanggan kepada perusahaan yang memberikan kualitas memuaskan.

Menurut Gaspersz yang dikutip Lukman (1999:146) pada dasarnya sistem kualitas modern dapat dicirikan oleh lima karakteristik, yaitu sebagai berikut.

- a. Sistem kualitas modern berorientasi pada pelanggan yang berarti produk-produk didesain sesuai dengan keinginan pelanggan melalui suatu riset pasar kemudian diproduksi dengan baik dan benar sehingga memenuhi spesifikasi desain yang pada akhirnya memberikan pelayanan purnajual kepada pelanggan.

- b. Sistem kualitas modern dicirikan oleh adanya partisipasi aktif yang dipimpin oleh manajemen puncak dalam proses peningkatan kualitas secara terus-menerus.
- c. Sistem kualitas modern dicirikan oleh adanya pemahaman dari setiap orang terhadap tanggung jawab spesifik untuk kualitas.
- d. Sistem kualitas modern dicirikan oleh adanya aktivitas yang berorientasi pada tindakan pencegahan kerusakan, tidak berfokus pada upaya untuk mendeteksi kerusakan saja.
- e. Sistem kualitas modern dicirikan oleh adanya suatu filosofi yang menganggap bahwa kualitas merupakan jalan hidup.

2. Kualitas Pelayanan Kesehatan

Kualitas layanan merupakan pelayanan terbaik yang dilakukan oleh seseorang, kelompok atau lembaga yang memberi kepuasan bagi pelanggan atau masyarakat dan pada gilirannya kepuasan itu akan menciptakan loyalitas pelanggan atau masyarakat kepada seseorang/kelompok/lembaga yang memberikan pelayanan tersebut. Pelayanan kesehatan sebagai spesifikasi dari pelayanan publik itu sendiri menurut Levey dan Loomba (dalam Azwar, 1996 : 35) adalah : "Setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah,

menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok, dan atau pun masyarakat"

Menurut Lukman (1999: 11) pelayanan adalah kegiatan-kegiatan yang tidak jelas, namun menyediakan kepuasan konsumen dan atau pemakai industri serta tidak terikat pada penjualan suatu produk atau pelayanan lainnya. Lebih lanjut dikatakan bahwa pelayanan adalah suatu urutan kegiatan yang terjadi dalam interaksi langsung dengan orang-orang atau mesin secara fisik dan menyediakan kepuasan konsumen.

Kualitas pelayanan yang baik mutlak diberikan oleh suatu usaha jasa. Dengan munculnya perusahaan pesaing baru akan mengakibatkan persaingan yang ketat dalam memperoleh konsumen maupun mempertahankan pelanggan. Konsumen yang jeli tentu akan memilih produk dan jasa yang merupakan kualitas baik. Kualitas merupakan strategi bisnis dasar yang menyediakan barang dan jasa untuk memuaskan secara nyata pelanggan internal dan eksternal dengan memenuhi harapan-harapan tertentu secara eksplisit maupun implisit.

Pelayanan kesehatan yang baik menurut Azwar (1996:38-39) harus memenuhi syarat-syarat pokok sebagai berikut:

- a. Tersedia dan berkesinambungan, artinya jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat adalah pada setiap saat yang dibutuhkan.
- b. Dapat diterima dan wajar, artinya tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat.
- c. Mudah dicapai, untuk mewujudkan pelayanan yang baik, pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting, sehingga tidak terjadi konsentrasi sarana kesehatan yang tidak merata.
- d. Mudah dijangkau, artinya harus diupayakan biaya pelayanan kesehatan sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat.
- e. Berkualitas, yaitu yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang di satu pihak dapat

memuaskan para pemakai jasa pelayanan, dan pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

Hal senada juga disampaikan oleh Yacobalis (2001: 61) bahwa pelayanan kesehatan yang baik harus memenuhi syarat-syarat, "tersedia

dan terjangkau, tepat kebutuhan, tepat sumber daya, tepat standar profesi/etika profesi, wajar dan aman, kualitas memuaskan bagi pasien yang dilayani". Menurut Schulz R. Dkk (2003: 222), pelayanan medis yang baik adalah pelayanan medis yang memenuhi syarat-syarat :

- a. Didasari oleh praktek medis yang rasional dan didasari oleh ilmu kedokteran.
- b. Mengutamakan pencegahan.
- c. Terjadinya kerja sama antara masyarakat dengan ilmuwan medis.
- d. Mengobati seseorang sebagai keseluruhan.
- e. Memelihara kerjasama antara dokter dengan pasien.
- f. Berkoordinasi dengan pekerja sosial.
- g. Mengkoordinasikan semua jenis pelayanan medis.
- h. Mengaplikasikan pelayanan modern dari ilmu kedokteran yang dibutuhkan masyarakat.

Untuk melihat pelayanan itu berkualitas dan memenuhi keinginan pelanggan atau masyarakat, ada beberapa cara-cara untuk menilainya, antara lain dengan sistem keluhan dan saran, survei kepuasan pelanggan, serta pengamatan pada kepuasan pelanggan. Dengan demikian fokus pada kebutuhan/keinginan masyarakat diartikan sebagai orientasi pemerintah terhadap kebutuhan dan keinginan masyarakat atas layanan yang diinginkan masyarakat.

Kualitas pelayanan kesehatan bersifat multidimensional, yaitu kualitas menurut pemakai jasa layanan kesehatan (pasien, dan keluarga), dan kualitas menurut penyelenggara pelayanan kesehatan (dokter, perawat dan petugas lainnya). Pengertian kualitas atau kualitas

pelayanan kesehatan secara umum dapat disebutkan sebagai berikut (Azwar, 1996: 39):

Yang dimaksud dengan kualitas pelayanan kesehatan adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesi yang telah ditetapkan. Bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan (*health consumer*) dimensi kualitas layanan kesehatan menurut Azwar (1996: 40) sebagai berikut: "Kualitas pelayanan kesehatan lebih terkait pada ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran berkomunikasi antara petugas dengan pasien, keprihatinan serta keramahmatan petugas dalam melayani pasien dan atau kesembuhan penyakit yang sedang diderita oleh pasien". Petugas dimaksud adalah tenaga medis/dokter dan paramedis serta tenaga pendukung yang bertugas memberikan pelayanan kepada pasien yang dirawat harus mengikuti kode etik yang telah ada.

Kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh birokrasi akan dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti tingkat kompetensi aparat, kualitas peralatan yang dipergunakan untuk memproses pelayanan, budaya birokrasi, dan sebagainya. Kompetensi aparat birokrasi merupakan akumulasi dari sejumlah subvariabel seperti tingkat pendidikan, jumlah tahun pengalaman kerja, dan variasi pelatihan yang telah diterima. Kuantitas peralatan yang digunakan akan mempengaruhi prosedur, kecepatan proses, dan kualitas keluaran (*output*) yang akan dihasilkan. Apabila organisasi menggunakan teknologi modern seperti komputer maka metode dan prosedur kerja akan berbeda dengan ketika organisasi menggunakan cara kerja manual. Dengan mengadopsi teknologi modern dapat menghasilkan *output* yang lebih banyak dan berkualitas dalam waktu yang relatif cepat.

Kualitas pelayanan rumah sakit adalah produk akhir dari interaksi dan ketergantungan yang rumit antara berbagai komponen atau aspek rumah sakit sebagai suatu sistem. Kualitas asuhan kesehatan adalah derajat dipenuhinya standar profesi yang baik dalam pelayanan pasien dan terwujudnya hasil akhir seperti yang diharapkan yang menyangkut asuhan, diagnosa, tindakan, dan pemecahan masalah teknis. Pemahaman konsep tentang kualitas pelayanan terikat dengan faktor kepuasan pasien walaupun puasnya pasien itu tidak selalu sama dengan pelayanan berkualitas (Sumarwanto, 1994:54). Umumnya kualitas pelayanan medis di rumah sakit sangat tergantung pada individu dokter, dan diluar kewenangan direksi rumah sakit untuk mengaturnya (Rijanto, 1994:18). Variabel input dalam proses mewujudkan kualitas pelayanan kesehatan adalah :

- a. Faktor manusia: pemberi jasa layanan langsung (administrator dan profesional tidak langsung (pemilik).
- b. Faktor sarana: bangunan dan peralatan rumah sakit.
- c. Faktor manajemen: prosedur pelayanan yang dipergunakan rumah sakit.

Dengan demikian kualitas pelayanan kesehatan yang baik pada dasarnya apabila pelayanan tersebut tersedia dan terjangkau, tepat kebutuhan, tepat tujuan, tepat sumber dayanya, tepat standart profesi, wajar dan aman, memuaskan bagi pasien yang dilayani.

2. Kepuasan Sebagai Indikator Kualitas Pelayanan

Menurut Oliver (dalam Barnes, 2003: 64) ”kepuasan adalah tanggapan pelanggan atas terpenuhinya kebutuhan”, sedangkan Kotler (2000: 36) mengemukakan bahwa tingkat kepuasan adalah: “*Satisfaction is a person’s feelings of pleasure or disappointment resulting from comparing a product’s percieved performance (or outcome) in relation to his or her expectations.*” Artinya, kepuasan adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang muncul setelah membandingkan antara persepsi/kesannya terhadap kinerja (atau hasil) suatu produk dan harapan-

harapannya. Sukar untuk mengukur tingkat kepuasan pasien, karena menyangkut perilaku yang sifatnya sangat subyektif. Kepuasan seseorang terhadap suatu obyek bervariasi mulai dari tingkat sangat puas, puas, cukup puas, kurang puas, sangat tidak puas.

Dengan pelayanan yang sama untuk kasus yang sama bisa terjadi tingkat kepuasan yang dirasakan pasien akan berbeda-beda. Hal ini tergantung dari latar belakang pasien itu sendiri, karakteristik individu yang sudah ada sebelum timbulnya penyakit yang disebut dengan *predisposing factor*. Faktor-faktor tersebut antara lain : pangkat, tingkat ekonomi, kedudukan sosial, pendidikan, latar belakang sosial budaya, sifat umum kesukuan, jenis kelamin, sikap mental dan kepribadian seseorang (Anderson, 2009: 165).

Dipandang dari sudut pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit dapat dibedakan atas medis dan non medis. Aspek medis termasuk penunjangnya mulai dari sumber daya manusia baik kuantitas maupun kualitas serta peralatan untuk menunjang keperluan diagnosa atau pengobatan suatu penyakit. Masalah yang menyangkut non medis adalah pelayanan informasi, administrasi, keuangan, gizi, apotek, kebersihan, keamanan serta keadaan lingkungan rumah sakit. Dalam memberikan pelayanan kepada pasien, pelayan harus benar-benar menyadari bahwa penyembuhan seseorang bukan hanya ditentukan oleh obat-obatan yang diberikannya, tetapi juga dipengaruhi oleh cara pelayanan yang diperlihatkan para petugas kesehatan seperti sikap, ketrampilan serta pengetahuannya (Gonzales, 2007:21).

Keputusan-keputusan seorang konsumen untuk mengkonsumsi atau tidak mengkonsumsi suatu barang-jasa dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain adalah persepsinya terhadap kualitas pelayanan. Pernyataan ini menunjukkan adanya interaksi yang kuat antara “Kepuasan Konsumen” dengan “Kualitas Pelayanan”. Menurut

Zeithaml, et al. (1990:23), "harapan konsumen terhadap kualitas pelayanan sangat dipengaruhi oleh informasi yang diperolehnya dari mulut ke mulut,

kebutuhan-kebutuhan konsumen itu sendiri, pengalaman masa lalu dalam mengkonsumsi suatu produk, hingga pada komunikasi eksternal melalui iklan, dan sebagainya". Kepuasan pasien mempunyai peranan penting dalam perkiraan kualitas pelayanan rumah sakit. Kepuasan dapat dianggap sebagai pertimbangan dan keputusan penilaian pasien terhadap keberhasilan pelayanan (Donabedian, 2000:96). Kepuasan pasien adalah salah satu ukuran kualitas pelayanan perawatan dan merupakan alat yang dapat dipercaya dalam membantu menyusun suatu perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dari sistem pelayanan di rumah sakit.

Bila pasien atau konsumen merasa puas dengan pelayanan yang diberikan dalam arti sesuai dengan apa yang diharapkan, besar kemungkinan konsumen ini akan kembali pada kesempatan lain yang lebih penting lagi pasien atau konsumen akan menceritakan pada teman-temannya tentang kepuasan yang diterimanya. Untuk itu rumah sakit perlu selalu menjaga hubungan dengan penderita-penderita yang telah menggunakan jasa pelayanan rumah sakit.

Kepuasan masyarakat sebagai penerima layanan merupakan perbandingan antara layanan yang diterima dengan layanan yang diharapkan. Bila hasilnya mendekati satu maka masyarakat akan puas, begitu juga sebaliknya bila harganya jauh lebih kecil dari satu maka masyarakat semakin tidak puas. Idealnya adalah melebihi satu yang berarti bahwa jasa layanan yang diberikan melebihi harapan, atau ada harapan yang tidak diduga (antisipasi) yang dipuaskan. Bila hal ini tercapai maka masyarakat akan sangat puas terhadap layanan yang diterima. Secara teoritis, definisi di atas dapatlah diartikan, bahwa semakin tinggi selisih antara kebutuhan pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai keinginan

pasien dengan pelayanan yang telah diterimanya, maka akan terjadi rasa ketidakpuasan pasien. Asumsi teoritis di atas selaras pendapat Gibson (2007:112), yang dapat disimpulkan bahwa kepuasan seseorang (pekerja, pasien atau pelanggan) berarti terpenuhinya kebutuhan yang diinginkan yang diperoleh dari pengalaman melakukan sesuatu, pekerjaan, dan

memperoleh perlakuan tertentu atau memperoleh sesuatu sesuai kebutuhan yang diinginkan.

Istilah kepuasan dipakai untuk menganalisis atau mengevaluasi hasil, membandingkan kebutuhan yang diinginkan yang ditetapkan individu dengan kebutuhan yang telah diperolehnya. Berdasarkan uraian di atas dapatlah disimpulkan bahwa berbagai kegiatan dan prasarana kegiatan pelayanan kesehatan yang mencerminkan kualitas rumah sakit merupakan determinan utama dari kepuasan pasien. Pasien akan memberikan penilaian (*reaksi afeksi*) terhadap berbagai kegiatan pelayanan kesehatan yang diterimanya maupun terhadap sarana dan prasarana kesehatan yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Penilaian terhadap kondisi rumah sakit (kualitas baik atau buruk) merupakan gambaran kualitas rumah sakit seutuhnya berdasarkan pengalaman subjektif individu pasien.

Beberapa karakteristik individu yang diduga menjadi determinan dan indikator kualitas pelayanan kesehatan dan mempengaruhi tingkat kepuasan pasien, adalah (Utama, 2005:5) berikut ini:

- a. Umur, masa hidup pasien, yang dinyatakan dalam satuan tahun sesuai pernyataan pasien.
- b. Jenis kelamin, yang dapat digunakan untuk membedakan pasien laki-laki atau perempuan.
- c. Lama perawatan, sesuatu periode waktu yang dihitung sejak pasien terdaftar resmi sebagai pasien rawat inap.

- d. Sumber biaya, adalah sumber pembiayaan pasien untuk biaya pelayanan kesehatan rumah sakit, seperti uang sendiri, asuransi, bantuan sosial, atau kombinasi diantaranya, dan gratis.
- e. Diagnosa penyakit, adalah kegiatan yang dilakukan oleh tugas kesehatan untuk menentukan jenis, penyebab, dan cara penyembuhan dari penyakit yang diderita pasien.
- f. Pekerjaan adalah status pekerjaan pasien.
- g. Pendapatan, adalah jumlah gaji atau penghasilan dalam untuk uang dan barang (dikonversikan ke nilai uang) rata-rata setiap bulan dari pasien.
- h. Pendidikan, adalah status resmi tingkat pendidikan akhir pasien.
- i. Suku bangsa, adalah identitas sosial budaya berdasarkan pengakuan pasien, sehingga dapat dikelompokkan pada kelompok suku bangsa tertentu, seperti Batak, Jawa, atau Melayu.
- j. Tempat tinggal, adalah alamat rumah pasien, termasuk jarak antara rumah dengan rumah sakit.
- k. Kelas perawatan, adalah tipe ruangan tempat perawatan yang menunjukkan padatingkatan pelayanan kesehatan seta pasilitas yang diperoleh dan dapat dini kmati pasien di rumah sakit.
- l. Status perkawinan, adalah identitas pasien sehingga dapat dikategorikan sebagai sudah kawin, belum kawin, janda, atau duda.
- m. Agama, adalah identitas pasien ynag dapat digunakan sebagai dasar pengelompokan sebagai pemeluk Islam, Kriste Protestan, Katolik, Hindu atau Budha.
- n. Preferensi, adalah serangkaian alasan atau sebab mengapa pasien memilih, menetapkan atau mengutamakan untuk dirawat di rumah sakit tertentu.

Selanjutnya, menurut Utama (2005:5) indikator pelayanan kesehatan yang dapat menjadi prioritas menentukan kepuasan pasien, diantaranya adalah seperti berikut:

- a. Kinerja tenaga dokter, adalah perilaku atau penampilan dokter rumah sakit dalam proses pelayanan kesehatan pada pasien, yang meliputi ukuran: layanan medis, layanan nonmedis, tingkat kunjungan, sikap, dan penyampaian informasi.
- b. Kinerja tenaga perawat, adalah perilaku atau penampilan tenaga perawat rumah sakit dalam proses pemberian pelayanan kesehatan pada pasien, yang meliputi ukuran: layanan medis, layanan non medis, sikap, penyampaian informasi, dan tingkat kunjungan.
- c. Kondisi fisik, adalah keadaan sarana rumah sakit dalam bentuk fisik seperti kamar rawat inap, jendela, pengaturan suhu, tempat tidur, kasur dan sprei.
- d. Makanan dan menu, adalah kualitas jenis atau bahan yang dimakan atau dikonsumsi pasien setiap harinya, seperti nasi, sayuran, ikan, daging, buahbuahan, dan minuman. Menu makanan adalah pola pengaturan jenis makanan yang dikonsumsi oleh pasien.
- e. Sistem administrasi pelayanan, adalah proses pengaturan atau pengelolaan pasien di rumah sakit yang harus diikuti oleh pasien (rujukan dan biasa), mulai dari kegiatan pendaftaran sampai fase rawat inap.
- f. Pembiayaan, adalah sejumlah uang yang harus dibayarkan kepada rumah sakit selaras pelayanan yang diterima oleh pasien, seperti biaya dokter, obat-obatan, makan, dan kamar. Rekam medis, adalah catatan atau dokumentasi mengenai perkembangan
- g. Kondisi kesehatan pasien yang meliputi diagnosis perjalanan penyakit, proses pengobatan dan tindakan medis, dan hasil pelayanan.

Indikator pelayanan kesehatan yang dipilih pasien sebagai prioritas ukuran kualitas pelayanan kesehatan, cenderung akan menjadi sumber utama terbentuknya tingkat kepuasan pasien. Kepuasan pasien adalah hasil penilaian pasien berdasarkan perasaanya, terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang telah menjadi bagian dari

pengalaman atau yang dirasakan pasien rumah sakit; atau dapat dinyatakan sebagai cara pasien rumah sakit mengevaluasi sampai seberapa besar tingkat kualitas pelayanan di rumah sakit, sehingga dapat menimbulkan tingkat rasa kepuasan (Utama, 2005: 6).

Penilaian terhadap kualitas pelayanan kesehatan sangat penting, sebab dapat digunakan untuk menilai seberapa jauh pelayanan yang diberikan oleh organisasi memenuhi harapan dan memuaskan pengguna jasa. Menurut Dwiyanto (2002: 47) penilaian kualitas pelayanan publik tidak cukup hanya dilakukan dengan menggunakan indikator-indikator yang melekat pada birokrasi/ petugas seperti efisiensi dan efektivitas,

tetapi harus dilihat juga dari indikator-indikator yang melekat pada pengguna jasa, seperti kepuasan pengguna jasa, akuntabilitas, dan responsivitas.

Penilaian kualitas dari sisi pengguna jasa menjadi sangat penting karena birokrasi publik seringkali memiliki kewenangan monopolis sehingga para pengguna jasa tidak memiliki alternatif sumber pelayanan. Apabila dicermati berbagai indikator yang dipergunakan untuk mengukur kualitas pelayanan kesehatan sangat bervariasi. Secara umum untuk melihat kualitas pelayanan kesehatan dapat dilihat dari dua perspektif, yaitu perspektif pemberi layanan dan pengguna jasa. Dua perspektif tersebut tidak dapat dilihat secara diametrik, sebab dalam melihat persoalan kualitas pelayanan kesehatan terdapat berbagai faktor yang mempengaruhi secara timbal balik, terutama pengaruh interaksi lingkungan yang dapat mempengaruhi cara pandang pemerintah terhadap masyarakat, ataupun sebaliknya.

Kualitas pelayanan menurut konsep diatas, mengkaitkan dua dimensi sekaligus, yaitu di satu pihak penilaian kualitas pelayanan pada dimensi konsumen, sedangkan di pihak lain penilaian juga dapat dilakukan pada dimensi *provider* atau secara lebih dekat lagi adalah terletak pada

kemampuan kualitas pelayanan yang disajikan petugas pelayanan dari tingkat manajerial hingga ke tingkat *front line service*.

Menurut Parasuraman dkk, (dalam Tjiptono , 1996: 70) ada lima dimensi pokok yang menentukan kualitas jasa, yaitu:

- a. Bukti langsung (*tangibles*), meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai, dan sarana komunikasi.
- b. Keandalan (*reliability*), yaitu kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat, dan memuaskan.
- c. Daya tangkap (*responsiveness*), yaitu keinginan para staf untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap.
- d. Jaminan (*assurance*), mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan, dan sifat yang dapat dipercaya, bebas dari bahaya, resiko, atau keragu-raguan.
- e. Empati, meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik, perhatian pribadi, dan memahami kebutuhan para pelanggan.

Kotler (dalam Supranto, 2006 : 231), menjelaskan lima determinan kualitas jasa adalah sebagai berikut:

- a. Keandalan (*reliability*), yaitu kemampuan untuk melaksanakan jasa yang dijanjikan dengan tepat dan terpercaya.
- b. Ketanggapan (*responsiveness*), yaitu kemauan untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa dengan cepat atau ketanggapan.
- c. Keyakinan (*confidence*), yaitu mencakup pengetahuan dan kesopanan karyawan serta kemampuan mereka untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan atau *assurance*
- d. Empati (*emphaty*), yaitu syarat untuk peduli, memberi perhatian pribadi bagi pelanggan.

- e. Berwujud (*tangible*), yaitu penampilan fasilitas fisik, peralatan, personil, dan media komunikasi.

Pelayanan kesehatan di rumah sakit Rumah sakit merupakan suatu lembaga yang berfungsi mewujudkan pranata upaya pelayanan kesehatan terbesar pada masyarakat di jaman modern ini. Rumah sakit didirikan sebagai suatu tempat untuk memenuhi berbagai permintaan pasien dan dokter, agar penyelesaian masalah kesehatan dapat dilaksanakan dengan baik. Menurut Wolper dan Pena (dalam Azwar, 1996:84), rumah sakit adalah, "tempat di mana orang sakit mencari dan menerima pelayanan kedokteran serta tempat di mana pendidikan klinis untuk mahasiswa kedokteran, perawat dan berbagai tenaga profesi kesehatan lainnya diselenggarakan".

Tuntutan masyarakat terhadap kualitas pelayanan kesehatan rumah sakit telah menjadi masalah mendasar yang dihadapi sebagian besar rumah

sakit di berbagai negara. Tuntutan ini menjadi dasar pengembangan organisasi kesehatan dan sistem pelayanan kesehatan di berbagai negara melalui pelaksanaan desentralisasi. Kompleksitas masalah kualitas pelayanan rumah sakit tidak saja terkait dengan keterbatasan sumber daya dan lingkungan, tetapi juga bersumber dari perbedaan persepsi diantara pemakai jasa pelayanan, petugas kesehatan, dan pemerintah atau penyandang dana terhadap ukuran kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit. Kualitas pelayanan rumah sakit (RS) dapat ditelaah dari tiga (Donabedian A, 2000) hal yaitu :

- a. Struktur (sarana fisik, peralatan, dana, tenaga kesehatan dan nonkesehatan, serta pasien).
- b. Proses (manajemen RS baik manajemen interpersonal, teknis maupun pelayanan keperawatan yang kesemuanya tercermin pada tindakan medis dan nonmedis kepada pasien).
- c. *Outcome*.

Kualitas pelayanan rumah sakit dapat dilihat dari beberapa aspek yang berpengaruh, baik yang berpengaruh langsung maupun tidak langsung. Menurut Yacobalis (2009:14) beberapa aspek yang berpengaruh tersebut adalah sebagai berikut :

- a. Klinis, yaitu menyangkut pelayanan dokter, perawat dan terkait dengan teknis medis.
- b. Efisiensi dan efektifitas, yaitu pelayanan yang murah, tepat guna, tak ada diagnosa dan terapi berlebihan.
- c. Keamanan pasien, yaitu upaya perlindungan terhadap pasien, misalnya perlindungan jatuh dari tempat tidur, kebakaran.
- d. Kepuasan pasien, yaitu berhubungan dengan kenyamanan, keramahan dan kecepatan pelayanan .

Bagian penerimaan pasien di rumah sakit mempunyai pengaruh dan nilai penting walaupun mungkin belum ada tindakan-tindakan pelayanan medis khusus yang diberikan kepada pasien. Kesan pertama akan memberikan arti tersendiri bagi pasien untuk melalui proses pelayanan selanjutnya. Kesiapan petugas, kelengkapan sarana/prasarana di bagian penerimaan pasien haruslah optimal. Diperlukan petugas-petugas yang mempunyai dedikasi tinggi, seperti : terampil, ramah, sopan, simpati, luwes, penuh pengertian, mempunyai kemampuan komunikasi dengan baik (Snook, 2001: 210).

Organisasi yang baik, diperlukan staf bagian penerimaan pasien yang mempunyai keterampilan tertentu yaitu, pewawancara, pencatat, dapat melakukan koordinasi dengan baik, mempunyai kemampuan umum tentang rumah sakit, menguasai pekerjaannya, dan yang lebih penting adalah petugas yang mempunyai kemampuan komunikasi dan interpersonal yang baik (Goldberg, 1996: 67). Prosedur kerja yang jelas, tegas dan tersusun rapi, data tempat tidur yang tersedia, tarif serta peralatan-peralatan sesuai standar pelayanan harus tersedia dan benar. Petugas rumah sakit harus memancarkan sikap positif pada orang lain

dalam memberikan pelayanan pelanggan yang berkualitas (Budiyanto, 1991: 76).

Pelayanan jasa yang diselenggarakan oleh rumah sakit untuk melayani kebutuhan masyarakat, khususnya di bidang perawatan adalah pelayanan rawat inap dan pelayanan rawat jalan. Pelayanan rawat jalan, pasien memperoleh pelayanan kesehatan pada jam-jam tertentu dan tidak perlu pemondokan, sedang pelayanan rawat inap, pasien memperoleh pelayanan kesehatan yang berlangsung lebih dari 24 jam. Selama perawatan di ruang rawat inap, pasien akan memperoleh jasa pelayanan berupa pemeriksaan, dilakukan diagnosa penyakitnya, diberikan pengobatan atau tindakan, asuhan keperawatan, dievaluasi kondisinya dan akhirnya pasien diperbolehkan keluar rumah sakit (sembuh, cacat, meninggal, dirujuk). Ruang rawat inap merupakan tempat yang paling lama bagi pasien untuk tinggal dibandingkan unit-unit lainnya. Disinilah harapan serta keyakinan pasien akan memperoleh pelayanan yang sebaik-baiknya, sedang rumah sakit berusaha semaksimal mungkin dapat memberikan pelayanan sesuai harapan pasien.

Penderita membutuhkan pelayanan kesehatan rumah sakit, maka yang terpikir pertama kali adalah dokternya, baru kemudian mengharapkan perawatan yang baik akan terpikirkan olehnya adalah perawat. Tenaga medik baik dokter umum, spesialis, dokter gigi agar mempunyai pengabdian yang tinggi dalam memberikan pelayanan kepada pasien disertai rasa kasih sayang, penuh perhatian, pengertian, memberikan rasa aman serta harus berusaha sekuat tenaga dalam mengobati dan merawatnya.

Menurut penelitian oleh ANA (*American Nurse's Assosiation*) bahwa, 60% dari 80% pelayanan preventif yang semula dilakukan oleh dokter sebenarnya dapat diberikan oleh perawat dengan kemampuan profesional dan menghasilkan kualitas pelayanan yang sama. Selayaknya

pengelola rumah sakit menciptakan kondisi yang memungkinkan tenaga keperawatan memberikan kontribusi yang maksimal dengan kualitas profesional.

Suatu rumah sakit agar bisa operasional, tidak cukup mempunyai sumber daya manusia saja, tetapi harus didukung pula oleh fasilitas penunjang Rumah Sakit baik penunjang medis maupun non medis, serta. Sarana penunjang rumah sakit antara lain meliputi : laboratorium, instalasi farmasi, radiologi, pelayanan makan pasien, dan lain-lain. Fasilitas penunjang rumah sakit juga sangat menentukan terhadap kualitas pelayanan rumah sakit. Kualitas pelayanan rumah sakit juga ditentukan oleh lingkungan rumah sakit. Persyaratan kesehatan lingkungan rumah sakit adalah:

- a. Lokasi atau lingkungan rumah sakit: nyaman, tenang, aman, terhindar dari pencemaran, selalu dalam keadaan bersih.
- b. Ruangan : berlantai dan berdinding bersih, penerangan cukup, tersedia tempat sampah, bebas bau yang tidak sedap, bebas dari gangguan serangga, tikus dan binatang pengganggu lainnya, lubang penghawaan yang cukup, manjamin pergantian udara dalam ruangan dengan baik.
- c. Atap, langit-langit, pintu sesuai dengan syarat yang telah ditentukan.

Biaya pelayanan kesehatan makin hari makin meningkat akibat berbagai faktor antara lain : laju inflasi, perubahan pola penyakit, perubahan hubungan dokter-pasien, tingkat permintaan yang meningkat serta penggunaan peralatan kedokteran yang canggih. Tarif yang tinggi dapat mengurangi kepuasan pasien sehingga secara tidak langsung akan mengurangi pemanfaatan sarana kesehatan oleh masyarakat khususnya bagi mereka yang mampu.

3. Pengukuran Kualitas Pelayanan

Untuk menganalisa kualitas jasa dapat dilakukan dengan mengkuantifikasikan dimensi kualitas dengan menggunakan skala interval pada kuisioner yang disebarakan kepada responden. Dari hasil skala interval ini, maka kualitas pelayanan dapat diukur. Zeithaml dkk (1988) mengukur kualitas pelayanan dengan *perceived service quality*, merupakan model yang mengukur perbedaan/*gap* antara harapan dengan persepsi pelanggan. Hal ini sesuai dengan definisi kualitas pelayanan, yaitu selisih perbedaan antara harapan pelanggan dengan persepsi pelanggan terhadap kinerja jasa yang diterima (Munawaroh, 1999).

Kepuasan pelanggan akan terpenuhi jika apa yang dirasakan melebihi dari apa yang diharapkan. Bila harapan tidak sesuai dengan apa yang dirasakan maka akan menimbulkan *gap*. Menurut Zeithaml dkk (1990) terdapat lima macam kesenjangan kualitas jasa yang memungkinkan kegagalan penyampaian jasa, yaitu:

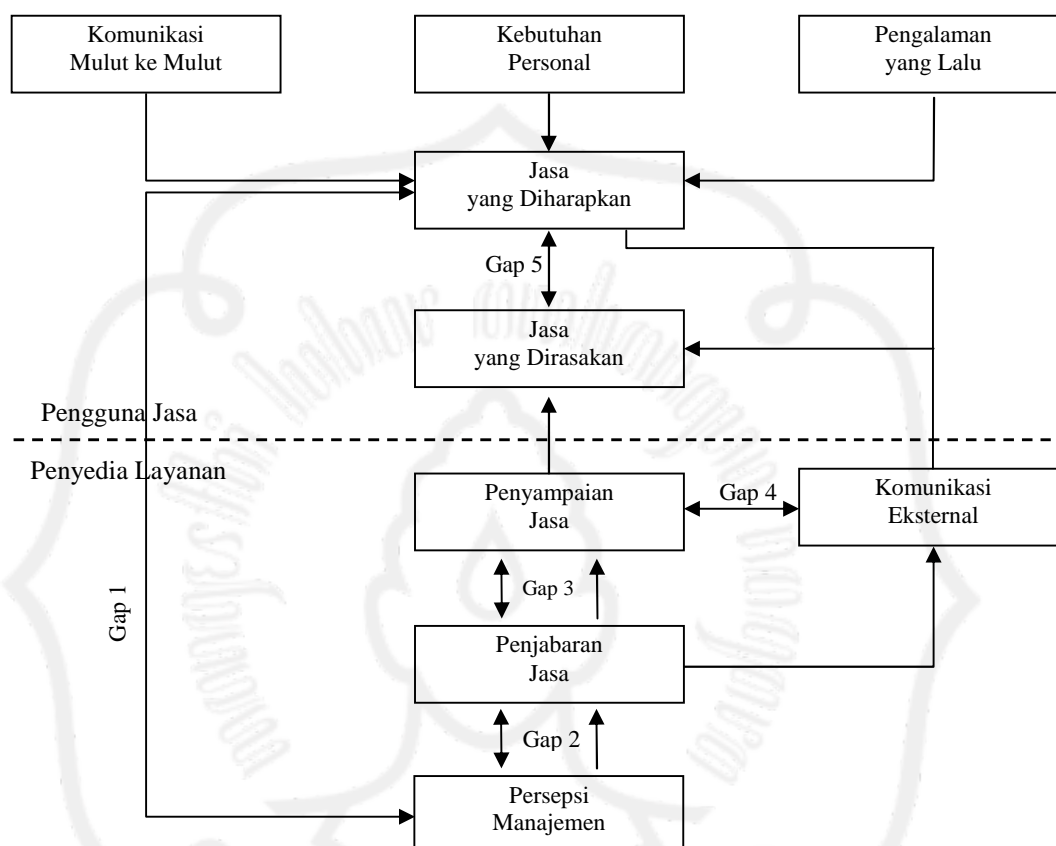
- 1) *Gap* antara harapan pelanggan dengan persepsi manajemen atas harapan pelanggan.
- 2) *Gap* antara persepsi manajemen atas harapan pelanggan dengan spesifikasi kualitas jasa.
- 3) *Gap* antara spesifikasi kualitas dengan kualitas jasa yang sebenarnya diberikan.
- 4) *Gap* antara jasa yang diberikan dengan jasa yang dikomunikasikan dengan pelanggan.
- 5) *Gap* antara harapan pelanggan dan persepsi yang dibentuk dengan apa yang dia rasakan/diterima dari jasa tersebut.

Hubungan dari kelima hal tersebut di atas dapat dilihat dari gambar Model Konseptual Kualitas Jasa. Dari gambar Model Konseptual Kualitas Jasa dapat dijelaskan sebagai berikut: manajemen akan berusaha untuk memahami apa yang akan diharapkan oleh pelanggan. Namun demikian, seringkali apa yang dipahami oleh manajemen tersebut keliru atau tidak

sesuai dengan apa yang sebenarnya diharapkan oleh pelanggan perbedaan inilah yang membentuk *gap* ke-1.

Gambar 1.

Model Konseptual Kualitas Jasa



Sumber : Zeithaml V.A., A. Parasuraman, and L.L. Berry (1990) *“Delivery Quality Service Balancing Customer Perceptions and Expectation”*. New York: The Free Press P. 46.

Dari persepsi manajemen akan diharapkan pelanggan tersebut, manajemen akan menterjemahkan kedalam spesifikasi kualitas jasa. Manajemen seringkali mengalami kesulitan ketika mereka berusaha untuk memenuhi harapan pelanggan. Hal ini disebabkan karena batasan sumber, kondisi pasar dan orientasi laba. Dengan demikian persepsi manajemen tentang kualitas jasa yang diharapkan oleh pelanggan bisa berbeda dengan

spesifikasi kualitas aktual yang diberikan oleh manajemen. Inilah yang menyebabkan timbulnya *gap* yang ke-2.

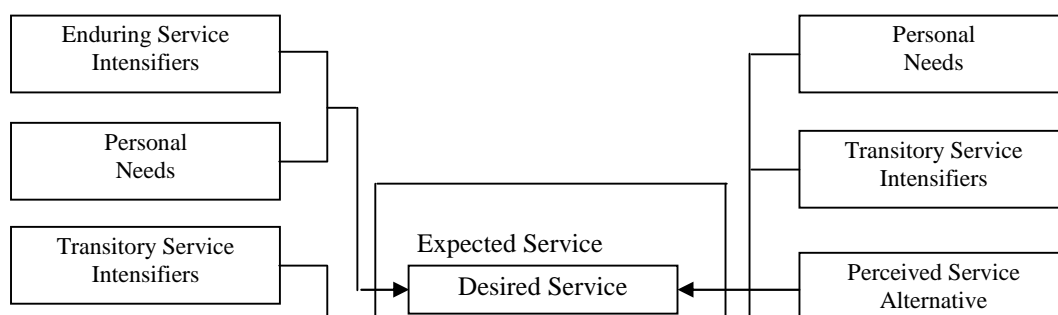
Setelah spesifikasi kualitas aktual ditentukan oleh manajemen, maka manajemen mulai menyerahkan kualitas yang ditetapkan oleh manajemen dengan kualitas aktual kepada pelanggan. Antara spesifikasi kualitas aktual yang diserahkan kepada pelanggan seringkali mengalami perbedaan. Perbedaan ini dapat disebabkan karena adanya ketidakjelasan peran manajemen, kekurangan kontrol, ketertinggalan teknologi, ketidakjelasan pekerja dalam menjalankan tugasnya, dan sebagainya. Inilah yang menimbulkan *gap* yang ke-3.

Manajemen seringkali mengiklankan produknya kepada pelanggan. Periklanan akan mempengaruhi pula pada kualitas jasa yang diharapkan oleh pelanggan, disamping mempengaruhi kualitas jasa yang dipersepsikan oleh pelanggan seringkali apa yang diiklankan oleh manajemen berbeda dengan apa yang diberikan oleh manajemen kepada pelanggan. Perbedaan antara kualitas yang dikomunikasikan dengan kualitas yang diberikan ini merupakan *gap* yang ke-4.

Dari kualitas yang diserahkan oleh manajemen, akan menimbulkan persepsi pelanggan terhadap kualitas yang diberikan kepadanya/kinerja jasa. Perbedaan antara harapan pelanggan yang telah menikmati jasa yang diberikan manajemen dengan persepsi pelanggan terhadap kualitas yang diberikan kepadanya/kinerja jasa ini termasuk pada *gap* ke-5. *Gap* ke-5 inilah sebenarnya yang mengukur kualitas jasa. *Gap* ke-5 terbentuk melalui keempat *gap* sebelumnya.

Gambar 2.

Gap Antara Jasa yang Diharapkan dengan Jasa yang Dipersepsikan



Sumber: Zeithaml dkk (1993)

Dengan demikian, penelitian ini meneliti *gap* yang ke-5 dengan menggali informasi tentang jasa yang dipersepsikan dengan jasa yang diharapkan melalui pelanggan itu sendiri, dalam hal ini pemakai jasa Mata Visual.

Berhubungan dengan *gap* ke-5, Zeithaml (1993) memberikan model penelitian seperti yang nampak pada gambar 2.3. Dari gambar tersebut dapat dijelaskan bahwa kualitas jasa merupakan perbedaan antara *expected service* (jasa yang diharapkan dengan *perceived service* (jasa yang dipersepsikan). *Expected service* terbagi menjadi dua bagian, yaitu *desired service* dengan *adequate service*. *desired service* merupakan level yang paling ideal yang diharapkan konsumen. Namun demikian konsumen menyadari bahwa level jasa yang ideal tersebut tidak selalu dapat diperoleh. Oleh karena itu, konsumen juga memiliki level harapan yang lebih rendah dari *desired service*, yaitu level harapan minimal yang masih dapat diterima oleh konsumen. Antara *desired service* dengan *adequate*

service inilah yang disebut dengan *zone of tolerance*. Dengan demikian konsumen dapat bervariasi dalam menerima hasil kinerja jasa, karena hasil kinerja jasa yang dapat diterima oleh konsumen dipengaruhi oleh *desired service* dan *adequate service* yang ditetapkannya. Dengan demikian, konsumen mungkin dapat menerima hasil kinerja, meskipun

tidak sesuai dengan harapannya. Hal ini disebabkan karena hasil kinerja tersebut sudah masuk dalam *zone of tolerance*-nya.

Desired service dipengaruhi oleh *enduring service intensifiers*, *personal needs*, *explicit service promises*, *implicit service promises*, *word of mouth* dan *past experience*. *Enduring service intensifiers* merupakan faktor yang secara stabil memperkuat tingkat sensitivitas jasa bagi konsumen.

Personel needs merupakan kondisi physical, sosial atau psychological seseorang, misalnya seseorang konsumen akan memiliki harapan yang tinggi atau kualitas sebuah perguruan tinggi. Ia mengharapkan tersedianya ruangan kuliah ber-AC, penggunaan OHP dalam menerangkan materi kuliah, dan sebagainya.

Explicit service promises dapat diperoleh lewat periklanan, sedangkan *implicit service promises* terdapat pada sesuatu yang tangible misalnya gedung. *Word of mouth* dan *past experience* adalah harapan konsumen telah terbentuk berdasarkan informasi dari pihak lain maupun dari pengalamannya.

Adequate service dipengaruhi oleh lima faktor, yaitu *transitory service intensifiers*, *perceived alternatives*, *self perceived service role*, *situation factors* dan *predictive service*. *Transitory service intensifiers* bersifat sementara, biasanya dalam jangka pendek, sehingga meningkatkan sensitivitas konsumen terhadap jasa tersebut.

Perceived alternatives merupakan persepsi konsumen pada tingkat kualitas jasa yang diberikan oleh perusahaan lain. Hal ini terjadi jika terdapat lebih dari satu perusahaan yang menawarkan jasa yang sama,

sehingga memberikan keleluasaan memilih bagi konsumen. Hal ini mempengaruhi kualitas jasa yang diharapkan oleh konsumen.

Self perceived service role merupakan persepsi konsumen terhadap kualitas jasa, dimana konsumen tersebut juga berpartisipasi dalam menentukan kualitas jasa. *Situasional factors* merupakan kinerja jasa yang dipersepsikan konsumen diluar kontrol yang diberikan oleh pemberi jasa. Hal ini dipengaruhi oleh adanya situasi tertentu, bersifat sementara.

Predictive service merupakan level kualitas jasa dimana konsumen yakin akan memperolehnya. Hal ini sama dengan pengertian dari jasa yang sama, yaitu: *explicit service promises, implicit service promises, word of mouth* dan *past experience*.

B. Kerangka Teori

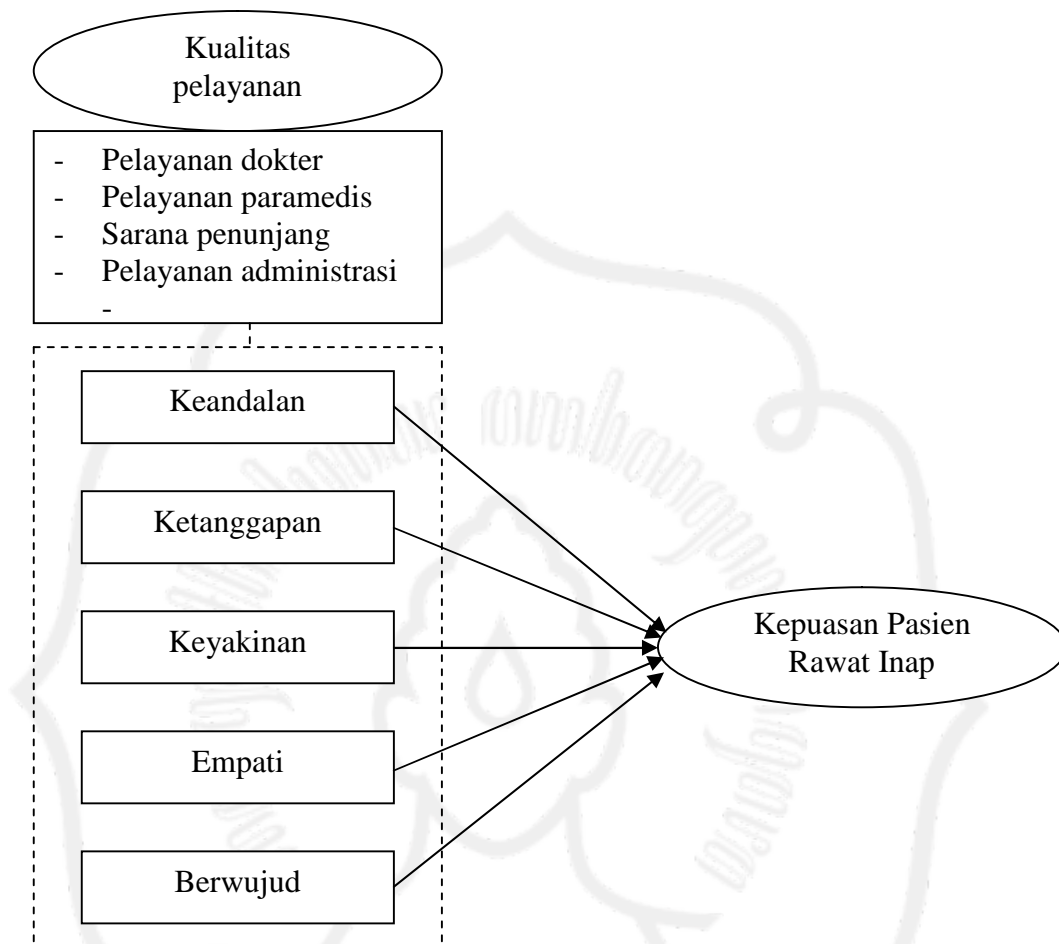
Menurut Utama (2005: 5) indikator pelayanan kesehatan yang dapat menjadi prioritas menentukan kepuasan pasien adalah: kinerja tenaga dokter, kinerja tenaga perawat, kondisi fisik rumah sakit, makanan dan menu pasien, sistem administrasi pelayanan, pembiayaan, dan rekam medis. Pada penelitian ini variabel kualitas pelayanan yang akan diteliti adalah : pelayanan dokter (medis), pelayanan perawat (paramedis), pelayanan sarana penunjang rumah sakit, dan pelayanan administrasi rumah sakit.

Karakteristik pasien (responden) seperti : umur, jenis kelamin, lama perawatan, sumber biaya, diagnosa penyakit, pekerjaan, pendapatan, pendidikan, suku bangsa, tempat tinggal, kelas perawatan, status perkawinan, agama, dan preferensi (Utama, 2005: 5), yang diduga menjadi indikator kualitas pelayanan kesehatan dan mempengaruhi tingkat kepuasan pasien namun tidak menyeluruh dibahas dalam penelitian ini.

Pada penelitian ini, hubungan dan pengaruh : kualitas pelayanan dokter (medis), kualitas pelayanan perawat (paramedis), kualitas pelayanan sarana penunjang rumah sakit, dan kualitas pelayanan administrasi terhadap kepuasan pasien rawat inap di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta, dijabarkan dalam kerangka teori penelitian seperti pada gambar 3.

Gambar 3
Kerangka Pemikiran

Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap
pada Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta



C. Perumusan Hipotesis

Hipotesis menurut Arikunto (2002: 154) adalah suatu jawaban yang bersifat sementara terhadap permasalahan penelitian sampai terbukti melalui data yang terkumpul. Hipotesis merupakan dugaan yang menjadi jawaban sementara terhadap masalah penelitian yang perlu diuji kebenarannya menggunakan hipotesis sebagai berikut:

1. Diduga ada tingkat kesesuaian antara harapan pasien rawat inap terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta.
2. Diduga pengaruh yang signifikan kualitas pelayanan terhadap kepuasan pasien pada Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta.



BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Metode/Desain dan Lokasi Penelitian

Desain penelitian adalah rencana dari struktur penelitian yang mengarahkan proses dan hasil penelitian sedapat mungkin menjadi valid, obyektif, efisien dan efektif (Hartono, 2004: 53). Menurut Indriantoro dan Supomo (2002:86), secara umum yang perlu ditentukan di dalam desain penelitian adalah karakteristik-karakteristik dari penelitiannya meliputi: tujuan studi, tipe hubungan antar variabel, lingkungan (*setting*) studi, unit analisis, horison waktu dan pengukuran *construct*.

1. Tujuan Studi

Tujuan studi penelitian ini adalah *hypothesis testing* (pengujian hipotesis), yaitu penelitian yang menjelaskan fenomena dalam bentuk hubungan antar variabel. Penelitian ini bertujuan untuk menguji pengaruh kualitas pelayanan terhadap kepuasan pasien.

2. Tipe Hubungan Variabel

Tipe hubungan variabel dalam penelitian ini adalah hubungan sebab akibat (kausal), yaitu penelitian yang menunjukkan arah hubungan antara variabel bebas (independen) dengan variabel terikat (dependen). Dalam penelitian ini variabel independennya adalah kualitas pelayanan yang meliputi lima dimensi yaitu keandalan, ketanggapan, keyakinan, empati dan berwujud yang mempengaruhi variabel dependen yaitu kepuasan pasien.

3. Lingkungan (*setting*) Penelitian

Lingkungan (*setting*) penelitian ini adalah lingkungan yang natural, yaitu dengan mengambil subyek penelitian pasien di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta.

4. Unit analisis

Unit analisis penelitian ini adalah tingkat individual, yaitu data yang dianalisis berasal dari setiap pasien di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta atau yang mewakili dari pasien

5. Horison Waktu

Data penelitian dapat dikumpulkan sekaligus pada waktu tertentu (satu titik waktu) atau dikumpulkan secara bertahap dalam beberapa waktu yang relatif lebih lama tergantung pada karakteristik masalah yang akan dijawab. Penelitian ini merupakan studi satu tahap (*one shot study*), yaitu penelitian yang datanya dikumpulkan sekaligus pada periode tertentu.

6. Pengukuran *Construct*

Construct merupakan abstraksi dari fenomena atau realitas yang untuk keperluan penelitian harus dioperasionalkan dalam bentuk variabel yang diukur dengan berbagai macam nilai. Pengukuran *construct* dalam penelitian ini menggunakan skala interval, yaitu skala yang menyatakan kategori, peringkat dan jarak *construct* yang diukur. Skala interval yang digunakan dinyatakan dengan angka 1 sampai 5.

Tempat penelitian yang dijadikan latar belakang untuk memperoleh data yang berguna untuk mendukung tercapainya tujuan penelitian ini adalah Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta. Peneliti mengambil lokasi ini dengan alasan:

1. Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta terdapat data yang diperlukan peneliti sehingga memungkinkan untuk digunakan sebagai objek penelitian.
2. Banyak pasien maupun keluarga pasien yang mengeluh dengan pelayanan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta.

B. Populasi, Sampel dan Teknik Sampling

1. Populasi

Populasi merupakan keseluruhan subyek penelitian (Suharsimi Arikunto, 1991:52). Populasi adalah “individu atau sejumlah penduduk

yang paling sedikit mempunyai sifat yang sama” (Sutrisno Hadi, 1992:157). Populasi adalah keseluruhan subyek yang berada dalam daerah penelitian yang dimaksud, dimana hasil penelitian tersebut akan digeneralisasikan. Pada penelitian ini populasinya mencakup seluruh pasien yang menjalankan rawat inap di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta periode April 2010.

2. Sampel

Sampel yaitu sebagian dari populasi yang hendak diteliti dan dianggap bisa mewakili keseluruhan populasi (Masri Singarimbun, 1997:112). Mengenai ukuran besarnya sampel yang harus diambil untuk mendapatkan data yang representatif, besarnya sampel dalam penelitian ditentukan sebanyak 100 responden.

Alasan yang digunakan sebagai dasar menentukan jumlah responden dengan pertimbangan bahwa tidak semua nasabah melakukan transaksi langsung ke bank. Secara teori dasar pertimbangan yang digunakan mengacu Donald R. Cooper dan C. William Emory (1996: 221), menurutnya formula dasar dalam menentukan ukuran sampel pada pengambilan sampel probabilitas mengasumsikan bahwa populasi adalah tidak dapat dipastikan. Jadi sampel 100 dari populasi 5000 secara kasar mempunyai ketepatan hampir sama dengan ketepatan estimasi 100 sampel dari 200 juta populasi.

3. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling*, dimana pemilihan sampel berdasarkan atas ciri-ciri/sifat-sifat tertentu yang dipandang mempunyai keterkaitan yang erat dengan ciri-ciri/sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Sutrisno Hadi,

2000: 226). Dimana penulis memberikan kuiseoner kepada setiap individu yang di temui dengan kriteria tertentu. Adapun kriteria yang dipilih sampel antara lain:

1. Responden adalah pasien rawat inap di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta lebih dari tiga hari.
2. Responden dipilih yang sedang rawat inap dari periode tanggal 9 sampai dengan 30 april
3. Responden hanya mengisi 1 kali (1 kuesieoner)
4. Tidak ada paksaan.

Tabel 2.1

Jumlah Pasien

No.	Perawatan Rawat Inap	Jumlah Pasien
1.	Kelas III	200
2.	Kelas II	56
3.	Kelas I	25
4.	Kelas Utama	6
5.	VIP	16
6.	ICU	6
7.	ICCU	3
	jumlah	312

Sumber: Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta, 2010.

Jumlah populasi sudah di ketahui maka jumlah sampel dapat di hitung dengan menggunakan rumus Rao (1996) yaitu

$$n = \frac{N}{1 + N(Moe)^2}$$

$$n = \frac{312}{1 + 312(0,1)^2}$$

$n = 99,6805$ di bulatkan menjadi 100

dimana

n = Jumlah sample

N = Jumlah populasi

Moe = Margin of error max (kesalahan yang masih di toleransi,dimambil 10%)

Tabel 2.2
Sampel Penelitian

No.	Perawatan Rawat Inap	Jumlah Pasien
1.	Kelas III	64Orang
2.	Kelas II	18 Orang
3.	Kelas I	8 Orang
4.	Kelas Utama	2 Orang
5.	VIP	5 Orang
6.	ICU	2 Orang
7.	ICCU	1 Orang
	Total	100 orang

C. Jenis Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini sesuai dengan kebutuhannya (Sugiyono, 2001: 14) yaitu:

1. Data kualitatif yaitu data yang dinyatakan dalam bentuk kata, kalimat dan gambar. Dalam hal ini peneliti menggunakan ketiga hal tersebut untuk menyajikan data dengan sebaik-baiknya agar dapat dimengerti.
2. Data kuantitatif yaitu data yang berbentuk angka atau data kualitatif diangkakan. Data ini dibutuhkan untuk menganalisis hasil penelitian yang menggunakan skala Likert.

D. Data dan Sumber Data

1. Data Primer

Adalah data yang langsung diperoleh dari responden, yaitu berupa jawaban pertanyaan dari kuesioner yang disebarakan tentang variabel kualitas pelayanan (X) dan kepuasan pasien (Y) serta karakteristik/profil responden sebagai data pendukung.

2. Data Sekunder

Adalah data yang berasal dari sumber-sumber yang berhubungan dengan obyek penelitian yang berupa laporan/catatan perusahaan. Data yang digunakan dalam penelitian ini berupa karakteristik masing-masing pasien rawat inap Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta.

E. Teknik Pengumpulan Data

Data yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah data primer yaitu data yang diperoleh dari hasil penyebaran kuesioner kepada responden. Penyebaran kuesioner, teknik pengumpulan data yang disebarakan kepada responden dengan menyusun daftar pertanyaan. Dengan cara responden cukup menjawab pertanyaan pada kolom yang sudah tersedia menggunakan Skala Likert, yaitu memberi pilihan 5 jawaban alternatif diantaranya : Sangat Setuju diberi skor 5, Setuju diberi skor 4, Netral diberi skor 3, Tidak Setuju diberi skor 2, dan Sangat Tidak Setuju diberi skor 1.

F. Definisi Variabel Penelitian

1. Kepuasan konsumen adalah perasaan senang atau kecewa yang dialami konsumen setelah membandingkan antara persepsi kinerja (atau hasil) suatu produk dengan harapan-harapannya.
2. Kualitas pelayanan adalah tingkat keunggulan pelayanan yang dapat memenuhi keinginan konsumen/pelanggan yang diberikan oleh tenaga medis, paramedis, dan penunjang medis. Kualitas pelayanan diukur

dengan lima indikator pelayanan (keandalan, ketanggapan, keyakinan, empati, dan berwujud).

a. Keandalan

Keandalan (*reliability*) merupakan kemampuan rumah sakit untuk menghasilkan produk pelayanan sesuai dengan apa yang dijanjikan. Diantaranya adalah janji ditepati sesuai jadwal dan diagnosisnya terbukti akurat.

b. Ketanggapan

Ketanggapan (*responsiveness*) merupakan sikap tim medis maupun non medis dalam menanggapi keluhan serta masalah yang dihadapi oleh pasien. Diantaranya adalah mudah diakses, tidak lama menunggu, dan bersedia mendengar keluhan pasien.

c. Keyakinan

Keyakinan (*assurance*) adalah pengetahuan yang luas, keramahan, dan kesopanan karyawan yang harus dimiliki oleh para tim medis dan non medis dalam memberikan rasa percaya serta keyakinan kepada para pasien.

d. Empati

Empati (*emphaty*) adalah kemampuan pihak rumah sakit untuk memberikan perhatian secara individu kepada para pasien. Diantaranya mengenal pasien dengan baik, mengingat masalah (penyakit, keluhan) sebelumnya, dan sabar.

e. Berwujud

Berwujud (*tangible*) adalah keberadaan fasilitas-fasilitas fisik, peralatan, karyawan, sarana komunikasi dan alat-alat pendukung yang berwujud dari rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada para pasien. Diantaranya ruang tunggu, ruang operasi, dan peralatan.

G. Instrumen Penelitian

Instrumen pengumpulan data yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner atau daftar pertanyaan yang diberikan pada responden. Selanjutnya akan dijelaskan uji coba instrumen sebagai berikut :

1. Uji Validitas

Validitas adalah tingkat kemampuan instrumen penelitian untuk mengungkapkan data sesuai dengan masalah yang hendak diungkapkan. Dengan kata lain, validitas menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur itu mengukur apa yang ingin diukur. Tinggi rendahnya validitas suatu angket atau kuesioner dihitung dengan teknik Korelasi *Product Moment* dengan rumus sebagai berikut :

$$r_{XY} = \frac{n(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{(n\sum X^2 - (\sum X)^2)(n\sum Y^2 - (\sum Y)^2)}} \quad (\text{Suharsimi, 1997:51})$$

Keterangan :

r_{XY}	= koefisien korelasi product moment
n	= jumlah sampel
X	= skor pernyataan
Y	= skor total

2. Uji Reliabilitas

Pengujian reliabilitas diperlukan untuk memastikan terlebih dahulu apakah data yang diperoleh secara relatif terbebas dari bias atau ketidakakuratan, akibat dari ketidakjelasan pertanyaan-pertanyaan pada kuesioner. Apakah ada konsistensi jawaban apabila kuesioner tersebut dipakai kembali pada penelitian yang sama (berulang).

Menurut Suryabrata (1998: 31) bahwa reliabilitas alat ukur merupakan keajegan hasil pengukuran bila alat tersebut digunakan orang

yang sama pada waktu yang berbeda. Menurut Azwar (2001: 66) mengemukakan bahwa suatu alat ukur dikatakan relatif apabila hasil pengukuran terhadap alat tersebut mampu memberikan hasil yang relatif tidak membedakan bila dilakukan pengukuran kembali terhadap subjek yang sama. Uji reliabilitas untuk menunjukkan sejauhmana suatu alat ukur memberikan hasil yang relatif sama apabila dilakukan pengukuran kembali pada subyek yang sama (Nur Indriantoro & Bambang Supomo, 2002). Uji reliabilitas yang digunakan adalah dengan menggunakan *Reliability Analysis Statistic* dengan *cronbach Alpha* (α). Jika nilai Cronbach Alpha (α) > 0,6 maka suatu konstruk atau variabel dikatakan reliabel (Nunally, 1997 dalam Ghozali, 2005: 140). Dalam menguji reliabilitas alat ukur peneliti menggunakan program komputer SPSS 12.

H. Rancangan Uji Hipotesis

Tahap pengujian hipotesis dimulai dengan menetapkan hipotesis nol (H_0) dan hipotesis penelitian (H_a), pemilihan dan pengujian statistik, penerapan tingkat signifikan, pengujian hipotesis dan pengambilan keputusan.

1. Penetapan H_0 dan H_a

Dalam prosedur pembuatan keputusan mengenai pengujian variabel biasanya diawali dengan penetapan hipotesis nol dan hipotesis penelitian. Jika H_0 ditolak maka H_a dapat diterima dan sebaliknya jika H_0 diterima maka H_a dapat ditolak. H_a tersebut merupakan hipotesis yang diajukan oleh peneliti. Adapun H_0 dan H_a yang dirumuskan oleh peneliti adalah sebagai berikut:

- a. $H_0 : \beta_1 = \beta_2 = \beta_3 = \beta_4 = \beta_5 = 0$, artinya tidak ada pengaruh yang signifikan antara variabel bebas terhadap variabel tidak bebas secara parsial maupun simultan.

- b. $H_a : \beta_1 \neq \beta_2 \neq \beta_3 \neq \beta_4 \neq \beta_5 \neq 0$, artinya ada pengaruh yang signifikan antara variabel bebas terhadap variabel tidak bebas secara parsial maupun simultan.
2. Pemilihan dan pengujian statistik

Pendekatan teknik statistik akan digunakan oleh peneliti untuk menguji hipotesis. Pendekatan ini digunakan untuk nilai eksak dalam pengertian keangkaan, sehingga waktu dan pikiran dapat lebih dipusatkan pada pengumpulan data yang tepat dan relevan.
3. Penetapan tingkat signifikansi

Untuk lebih menyakinkan lagi maka pengujian hipotesis dilakukan dengan menggunakan uji t dan uji F, serta hasilnya dibandingkan dengan tabel. Pada taraf signifikansi $\alpha = 0,05$, apabila nilai t_{hitung} atau F_{hitung} lebih besar daripada nilai t_{tabel} atau F_{tabel} maka hipotesis nol (H_0) ditolak dan hipotesis penelitian (H_{iu}) diterima, apabila nilai t_{hitung} atau F_{hitung} lebih kecil daripada nilai t_{tabel} atau F_{tabel} maka hipotesis nol (H_0) diterima dan hipotesis penelitian (H_{iu}) ditolak
4. Pengujian hipotesis

Nilai t_{hitung} atau F_{hitung} yang diperoleh selanjutnya dibandingkan dengan nilai t_{tabel} atau F_{tabel} .
5. Pengambilan keputusan

Jika $-t_{tabel} \leq t_{hitung} \leq t_{tabel}$ atau $F_{hitung} \leq t_{tabel}$ maka berada didaerah penerimaan H_0 . Ini berarti bahwa hipotesis yang diajukan penelitian ditolak. Jika $t_{hitung} > t_{tabel}$ atau $t_{hitung} < -t_{tabel}$ atau $F_{hitung} > t_{tabel}$ maka berada didaerah penolakan H_0 . Ini berarti bahwa hipotesis yang diajukan penelitian diterima.

I. Teknik Analisis Data

Sebelum melakukan uji hipotesis dilakukan terlebih dulu uji persyaratan bebas dari gangguan linier dengan uji asumsi klasik yaitu normalitas, heteroskedastisitas dan multikolinieritas. Setelah dinyatakan lolos

dari gangguan linier kemudian dilakukan uji hipotesis yaitu regresi linier berganda, uji F, uji t dan koefisien determinasi.

1. Uji Persyaratan

Uji asumsi klasik dilakukan untuk menguji kelayakan suatu model regresi yang akan digunakan untuk menguji hipotesis yang diajukan dalam suatu penelitian. Penggunaan uji asumsi klasik ini untuk menangani problem kembar inferensi statistik, yaitu penafsiran dan pengujian hipotesis, maupun masalah peramalan. Apabila tidak menggunakan uji asumsi klasik, maka data yang akan diuji dianggap tidak terdapat masalah/gangguan linier. Adapun uji asumsi klasik dalam penelitian ini adalah :

a. Uji Normalitas

Uji ini dilakukan untuk menguji apakah dalam model regresi variabel independen, variabel dependen atau keduanya mempunyai distribusi data yang normal atau tidak (Gujarati, 1997). Uji yang dipakai adalah Kolmogorov-Smirnov. Kriteria uji normalitas :

H_0 = Data residual berdistribusi normal

H_a = Data residual tidak berdistribusi normal

b. Uji Heterokedastisitas

Uji ini untuk menguji apakah dalam sebuah model regresi terjadi ketidaksamaan varian dari satu pengamatan ke pengamatan yang lain. Jika tetap maka disebut homokedastisitas sedang jika berbeda maka disebut heterokedastisitas. Uji yang dipakai uji Park dengan kriteria nilai signifikansi lebih dari 0,05 % maka *P. Value* tidak signifikan, berarti tidak terjadi

heterokedastisitas atau dapat dikatakan model regresi telah lolos uji heterokedastisitas (Gujarati, 1997).

c. Uji Multikolinieritas

Multikolinieritas adalah hubungan antara variabel prediktor atau independen terhadap variabel prediktor yang lain. Hal ini mengakibatkan varian (*standar error*) koefisien regresi tidak akan signifikan berbeda dengan nol. Ketentuannya adalah apabila nilai *tolerance* variabel kurang dari 0,10 dan nilai VIF lebih dari 10, dapat dikatakan terjadi multikolinieritas. Sebaliknya apabila nilai *tolerance* variabel lebih dari 0,10 dan nilai VIF kurang dari 10, dapat dikatakan tidak terjadi multikolinieritas (Gujarati, 1997). Uji Hipotesis

c. Analisis Regresi Linier Berganda

Analisis ini digunakan untuk mengukur pengaruh kualitas pelayanan terhadap kepuasan pasien rawat inap di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta. Dengan menggunakan *level of significant* (α) sebesar 5 % , hasil dari analisis ini dinyatakan dengan persamaan sebagai berikut :

$$Y = a + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + b_4X_4 + b_5X_5 + e$$

Keterangan :

Y	=	Kepuasan pasien rawat inap
X ₁	=	Keandalan
X ₂	=	Ketanggapan
X ₃	=	Keyakinan
X ₄	=	Empati
X ₅	=	Berwujud
b ₀	=	konstanta
b ₁ ..b ₅	=	koefisien regresi
e	=	variabel gangguan (semua variabel yang dihilangkan dari model tetapi secara bersama- sama mempengaruhi Y).

b. Uji F

Digunakan untuk mengetahui apakah variabel bebas secara bersama-sama mempunyai pengaruh yang berarti terhadap variabel terikat. Langkah-langkah pengujian :

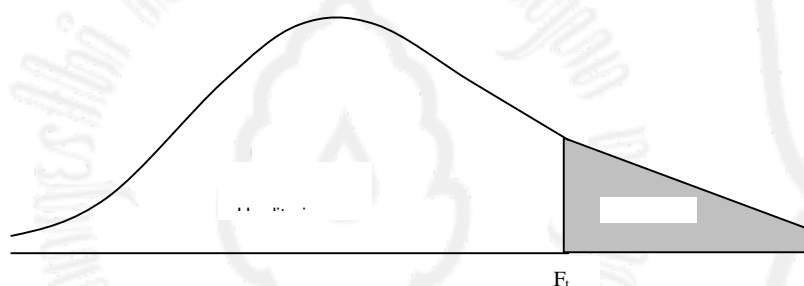
- 1) Menentukan Ho dan Ha.

$H_0 : \beta_1 = \beta_2 = \beta_3 = \beta_4 = \beta_5 = 0$, artinya tidak ada pengaruh yang signifikan secara bersama-sama variabel bebas terhadap variabel terikat.

$H_a : \beta_1 \neq \beta_2 \neq \beta_3 \neq \beta_4 \neq \beta_5 \neq 0$, artinya ada pengaruh yang signifikan secara bersama-sama variabel bebas terhadap variabel terikat.

2) *Level of significance* = 0,05

3) Kriteria pengujian



H_0 diterima bila $F_{hitung} \leq F_{tabel}$

H_0 ditolak bila $F_{hitung} > F_{tabel}$

4) Nilai F_{hitung}

Uji F yaitu untuk menguji pengaruh koefisien regresi secara bersama-sama, dengan rumus sebagai berikut :

$$F_{hitung} = \frac{JKR/k}{JKS / n - 1 - k} \quad (\text{Zainal Mustafa, 1995})$$

Keterangan :

JKR = Jumlah kuadrat regresi

JKS = Jumlah kuadrat sisa

n = Jumlah sampel

k = Banyaknya variabel bebas

5) Menentukan kesimpulan

Menentukan kesimpulan apakah H_0 diterima atau H_0 ditolak.

c. Uji t

Untuk mengetahui diterima atau tidaknya hipotesis yang diajukan, dilakukan analisis secara kuantitatif dengan menggunakan uji t. Uji t ini digunakan untuk menguji keberartian koefisien regresi, dengan menggunakan:

1) Menentukan H_0 dan H_a .

$H_0 : \beta = 0$, artinya tidak ada pengaruh yang signifikan variabel bebas terhadap variabel terikat, secara parsial.

$H_a : \beta \neq 0$, artinya ada pengaruh yang signifikan variabel bebas terhadap variabel terikat, secara parsial.

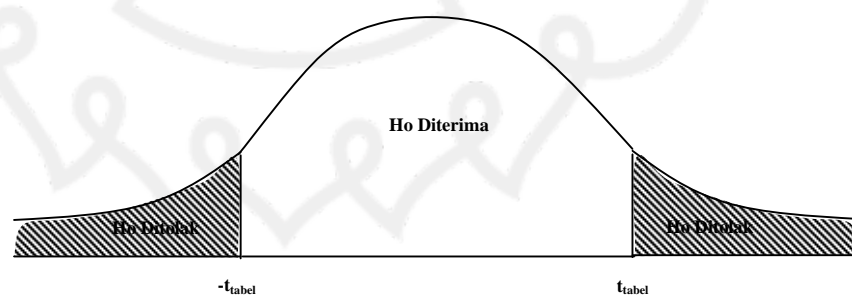
2) *Level of significant* = 0,05

$$t_{\text{tabel}} = t(\alpha/2; n - 1 - k)$$

3) Kriteria pengujian

H_0 diterima apabila : $-t_{\alpha/2} \leq t_{\text{hitung}} \leq t_{\alpha/2}$, artinya variabel bebas tidak berpengaruh terhadap variabel terikat.

H_0 ditolak apabila : $t_{\text{hitung}} > t_{\alpha/2}$ atau $t_{\text{hitung}} < -t_{\alpha/2}$, artinya variabel bebas berpengaruh terhadap variabel terikat.



4) Nilai t_{hitung}

Uji t digunakan untuk menguji keberartian koefisien regresi secara individu, dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$t = \frac{b_i - \beta_i}{Sb_i} \quad (\text{Djarwanto \& Subagyo, 1999})$$

Keterangan :

t = nilai koefisien regresi sampel ke-i
 β_i = koefisien regresi populasi ke -i
 Sb_i = *standard error* koefisien regresi

5) Menentukan kesimpulan

Menentukan kesimpulan apakah H_0 diterima atau H_0 ditolak

d. Uji Koefisien Determinasi (R^2)

Uji koefisien determinasi ini digunakan untuk mengetahui seberapa besar sumbangan yang diberikan variabel bebas terhadap variabel terikat yang ditunjukkan dengan prosentase. Adapun rumus yang digunakan adalah sebagai berikut :

$$R^2 = \frac{b_1 \Sigma X_{1y} + b_2 \Sigma X_{2y} + b_3 \Sigma X_{3y} + b_4 \Sigma X_{4y} + b_5 \Sigma X_{5y}}{\Sigma Y^2}$$

Keterangan :

R^2 = Koefisien determinasi
 $b_1.. b_5$ = Koefisien regresi
 $X_1.. X_5$ = Variabel bebas
 Y = Variabel terikat

BAB IV

ANALISIS DATA DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Objek Penelitian

1. Tentang PKU

Tahun 1927 – 1928 Pertama kali disebut dengan nama Balai Pengobatan Mata Penolong Kesejahteraan Oemoem (BPMPKO) namun belum mempunyai tempat domisili yang menetap. sehingga untuk melayani umat bertempat di rumah Bapak Kyai Muhtar Buchori tepatnya di Kauman Surakarta kemudian diteruskan di kantor Muhammadiyah di Keprabon surakarta. Jenis aktifitas pelayanan kesehatan yang ditawarkan saat itu berupa poliklinik mata (termasuk THT).

Tahun 1928 – 1930 Lokasi tersebut kemudian pindah ke Alun-alun utara, tepatnya bertempat disebelah utara Masjid Raya Surakarta. Jenis pelayanan dan nama yang digunakan masih sama dengan tahun-tahun sebelumnya.

Tahun 1930 – 1931 Pelayanan kesehatan dan nama masih sama dengan tahun yang lalu, hanya lokasinya yang berubah yaitu di daerah Kauman Surakarta.

Tahun 1931 – 1933 Pada saat ini jenis pelayanan kesehatan pada namanya masih tetap seperti tahun-tahun lalu hanya lokasinya pindah ke daerah Keprabon Surakarta.

Tahun 1933-1936 Lokasi pindah di daerah Kusumayudan. Jenis kesehatan yang diberikan bertambah yaitu poliklinik mata (termasuk THT) poliklinik umum, poliklinik apotik, pemondokan (RB) namanyapun berubah menjadi Balai Kesehatan Pembina Kesejahteraan Oemoem (BKPKO).

Tahun 1936 – 1948 Lokasi berada di Batangan yaitu di jalan Pasar Kliwon 156 Surakarta. Jenis pelayanan yang ditawarkan semakin banyak :

Poliklinik umum, poliklinik apotik, pemondokan orang sakit, khitanan, asrama bidan dan juru rawat serta kamar operasi mata dan THT.

Tahun 1948 -1949 Sebagian lokasi di pindah ke Bekonang Keprabon kemudian ke SD Muhammadiyah I Surakarta. Jenis pelayanan kesehatan masih sama dengan tahun-tahun sebelumnya, tetapi untuk laborat dan THT berhenti beroperasi dengan alasan penderita menurun.

Tahun 1949 – 1976 Lokasi berpindah ke Batangan Surakarta. Pada tahap ini PKU di ganti dengan nama Pembina Kesejahteraan Oemat (PKOM) pada tahun 1951. Jenis pelayanan kesehatan bertambah adalah pelayanan operasi mata dan THT, Laboratorium bertambah untuk pemondokan pasien THT, Poliklinik Gigi, Poliklinik anak, serta mendirikan koperasi tahun 1974.

Tahun 1976 – 1982 Selain perkembangan fisik dan penambahan pelayanan kesehatan PKOM juga menghasilkan perkembangan kesejahteraan karyawan, sebagaimana didirikannya koperasi untuk mensejahterakan karyawan. Selain itu diadakan pendidikan atau pengaturan gaji karyawan yang sebelumnya belum diatur.

BKPKOM berusaha menjadi lembaga kesehatan yang menyelenggarakan kesehatan bagi masyarakat luas dengan berusaha mewujudkan tujuan dan cita-cita semula yaitu ingin memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat agar tercapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya baiki jasmani, rohani dan sosial sehingga mampu melaksanakan perintah agama. Pada tahun 1978 BPKPKOM mulai mengajukan izin untuk menjadi Rumah Sakit.

Tahun 1984 – 1986 Jenis pelayanan kesehatan menjadi bertambah dengan adanya pelayanan poliklinik kandungan, Poliklinik Mata, Psikiater, Saraf, Konsultasi Psikologi, Klinik, pemondokan untuk Umum, Bersalin,

THT, Anak/Pediatri, Paru-paru, Dalam, Jantung, Orthopedi, Operasi Saraf, KU dan ICCU.

Tahun 1986 – Sekarang. Jenis pelayanan kesehatan yang ditambah adanya angkutan pasien (ambulance), angkutan jenazah serta pelayanan parkir kendaraan dalam hal melaksanakan kegiatan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah. Pada masa sekarang ini Rumah Sakit PKU

Muhammadiyah telah memiliki unit-unit pelayanan kesehatan seperti poliklinik, penunjang medik, unit-unit pelayanan non medik. Untuk rawat inap terbagi beberapa kelas, VIP, Kelas I, Kelas II, Kelas III. Kapasitas yang tersedia di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta sebanyak 157 tempat tidur. Izin menyelenggarakan RS PKU Muhammadiyah Surakarta keluar pada tanggal 7 Februari 1986 dengan nomor : 023/Tan/Med/RS.KS/PA/1992. Tahun 1998 RS PKU MUHAMMADIYAH mendapatkan akreditasi untuk 5 pelayanan meliputi pelayanan Medis, administrasi Manajemen, Instalasi Gawat Darurat, Keperawatan, dan Rekam Medis.

2. Sejarah berdirinya RS. PKU Muhammadiyah Surakarta

Rumah sakit PKU Muhammadiyah berdiri sejak tahun 1988. Pada awal berdirinya Rumah Sakit PKU Muhammadiyah hanyalah sebuah BP. Mata. Tahun 1933 rumah sakit berkembang menjadi Balai Kesehatan dan Rumah Bersalin. Hingga akhirnya pada tahun 1986 telah berkembang dan memperoleh izin menjadi Rumah Sakit Umum. Dan pada tahun 1998 mendapatkan akreditasi penuh dari Departemen Kesehatan. Rumah Sakit PKU Muhammadiyah menempati tempat yang strategis ditengah kota dan mempunyai akses yang mudah dicapai dengan berbagai macam alat transportasi. Hingga pada akhirnya RS. PKU Muhammadiyah menjelma menjadi salah satu rumah sakit pilihan di kota Solo. Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Solo merupakan institusi pelayanan medik Umum dan Spesialistik yang mempunyai fungsi pencegahan, penyembuhan dan

pemulihan penderita. Dalam operasionalnya disamping untuk memenuhi kebutuhan masyarakat sebagai pelayanan kesehatan, peran sosial tetap dipertahankan dan selalu ditingkatkan dengan adanya pelayanan kesehatan bagi mereka yang tidak mampu.

RS. PKU Muhammadiyah Surakarta mempunyai 2 (dua) satelit pelayanan kesehatan, yaitu :

- a. BP / RB PKU Muhammadiyah Sampangan di Pasar Kliwon Surakarta
- b. BP PKU Muhammadiyah Solo Utara di Nusukan Banjarsari Surakarta

2. Visi, Misi, Tujuan, Motto dan Slogan RS. PKU Muhammadiyah Surakarta

Visi :

RS. PKU Muhammadiyah Surakarta menjadi Rumah sakit pilihan dalam layanan yang paripurna dan Islami.

Misi :

Dapat memberikan pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif yang berkualitas, nyaman, aman, tenang dalam perawatan, cepat, akurat, serta senyum ramah dalam memberikan pelayanan.

Tujuan :

Mewujudkan derajat kesehatan setinggi-tingginya serta menyeluruh sesuai dengan perundang-undangan serta tuntutan ajaran Islam dengan tidak memandang agama, golongan, dan kedudukan.

Motto :

Sehat Sejahtera Islami (SEHAT).

Slogan :

“ IKHLAS – RAMAH – CEKATAN “

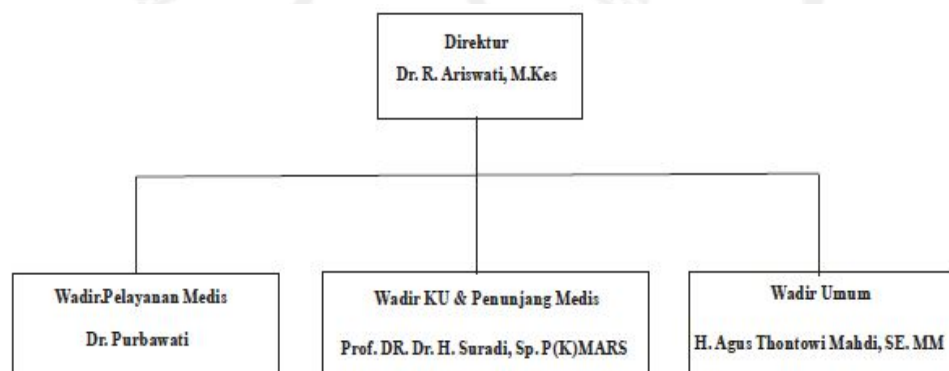
IKHLAS – RAMAH – CEKATAN dalam melayani pasien tanpa membedakan golongan, agama, suku, status, sosial ekonomi dan kedudukan.

3. Struktur Organisasi RS. PKU Muhammadiyah Surakarta

Sebuah organisasi bisa berjalan dengan baik, lancar dan tertib apabila organisasi tersebut memiliki *job description* yang baik dan jelas pada setiap bagian-bagiannya. Dengan adanya *job description* yang jelas pada masing-masing bagian akan dapat dihindari *overlapping* wewenang dalam menangani suatu persoalan yang mungkin timbul atau dalam menentukan kebijakan yang harus diambil. Diantara bagian-bagian yang ada tersebut, terdapat pola-pola hubungan yang bersifat koordinatif, proses komunikasi diantara mereka dan pengambilan keputusan. Dengan kata lain berusaha menimbulkan pengaruh *synergistic* yaitu usaha untuk menghasilkan tambahan keuntungan atau kepuasan melalui kerja

bersama. Jadi apa yang tidak dapat dijangkau masing-masing individu dapat dijangkau melalui organisasi.

Dengan adanya *job description* dalam suatu organisasi dapat dilihat dari struktur organisasi yang dimiliki. Pengertian *struktur* adalah cara pembagian kerja untuk semua pelaku atau bagian yang terlihat dalam suatu organisasi dalam suatu pola hubungan yang tetap, mempunyai pola instruksi tertentu dan mencerminkan sistem koordinasi. Direksi di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta :



4. Kapasitas Rawat Inap di RS. PKU Muhammadiyah Surakarta

Sampai saat ini RS PKU Muhammadiyah Surakarta masih berusaha melakukan penambahan kapasitas tempat tidur. Sedangkan kapasitas tempat tidur pasien yang ada saat ini adalah :

a. VVIP

- 1) Jumlah: 2 tempat tidur (Khusus Kebidanan).

- 2) 1 kamar 1 pasien.
 - 3) Fasilitas: AC, Sofa yang dapat berfungsi sebagai tempat tidur, meja kursi tamu, TV, almari es, Loker, Telepon, Kamar mandi dengan air panas/dingin, Pantry.
- b. VIP
- 1) Jumlah: 11 tempat tidur.
 - 2) 1 kamar 1 pasien.
 - 3) Fasilitas: AC, Sofa yang dapat berfungsi sebagai tempat tidur, TV, Almari es, Loker, Telepon, Kamar mandi dengan air panas/dingin, Pantry.
- c. Kelas I
- 1) Jumlah: 26 tempat tidur.
 - 2) 1 kamar 1 pasien.
 - 3) Fasilitas: AC (Khusus Kebidanan) / Kipas angin, loker, sekat pembatas, Korden, kursi penunggu.
- d. Kelas II
- 1) Jumlah: 22 tempat tidur (umum - dewasa, 8 tempat tidur (anak), 6 tempat tidur (kebidanan).
 - 2) 1 kamar 4 pasien (umum & anak), 1 kamar 6 pasien (kebidanan).
 - 3) Fasilitas: AC (khusus kebidanan) / kipas angin, loker, sekat pembatas / korden, kursi penunggu.
- e. Kelas III
- 1) Jumlah: 30 tempat tidur (umum & dewasa), 8 tempat tidur (anak), 10 tempat tidur (kebidanan).
 - b. Kamar berupa bangsal. Untuk bangsal umum-dewasa dibedakan untuk bangsal laki-laki dengan perempuan.
 - c. Fasilitas: kipas angin, loker, sekat pembatas / korden, kursi penunggu.
- f. ICU / ICCU / NICU / PICU

Melayani pasien dengan perawatan intensive, ICU (Intensive Care Unit), ICCU (Intensive Cardiac Care Unit), PICU (Pediatric Intensive Care Unit), NICU (Neonantal Intensive Care Unit).

g. PERINATOLOGI

Melayani pasien bayi yang baru lahir (lahir normal atau lahir dengan faktor penyulit lainnya) atau bayi memerlukan perawatan inkubator dan memerlukan pengawasan intensive dan khusus.

h. INTERMEDIATE CARE (IMC)

Melayani pasien dengan perawatan intensive, ICU (Intensive Care Unit), ICCU (Intensive Cardiac Care Unit), PICU (Pediatric Intensive Care Unit), NICU (Neonantal Intensive Care Unit). Dengan biaya

lebih murah, tanpa mengurangi fasilitas kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan.

5. Sarana dan Prasarana di RS. PKU Muhammadiyah Surakarta

a. Klinik Pijat dan Senam Bayi

Merupakan terapi sentuhan bagi bayi sejak bayi lahir sampai usia 12 bulan yang dilaksanakan oleh tenaga Tim Fisioterapi profesional. Pijatan ini akan memberikan keuntungan besar bagi bayi serta orang tua. Waktu Pelayanan :

Setiap hari kerja pada jam 11.00 WIB – selesai

b. Klinik Senam Hamil

Merupakan kegiatan yang bertujuan memberikan dorongan serta melatih jasmani dan rohani Ibu Hamil secara bertahap sehingga memperlancar proses persalinan. Disini seorang ibu akan diajarkan latihan persiapan fisik, cara mengejan, cara mengatasi nyeri persalinan, sikap tubuh yang baik, dan latihan mengendalikan syaraf otot. Biasanya senam dilakukan pada akhir bulan ke-6 atau awal bulan ke-7 pada masa kehamilan. Dengan senam hamil ibu akan lebih siap dan tenang menghadapi Spersalinan. Dalam melakukan senam akan

dibimbing oleh Tim Fisioterapi dibawah pengawasan Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik. Waktu Pelayanan :

Setiap hari Rabu dan Sabtu pada jam 11.00 WIB – selesai

c. Layanan Unggulan Klinik Hidayah

Berupa pelayanan konsultasi untuk pasangan suami istri yang kurang subur (subfertil) dan menginginkan segera mempunyai anak. Konsultasi ini dilakukan oleh Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi. Waktu Pelayanan :

Setiap hari pada jam 08.00 WIB – selesai

d. Deteksi Dini Kanker Payudara

RS. PKU Muhammadiyah Surakarta membuka pelayanan untuk mendeteksi adanya kanker payudara. Kanker payudara ini sangat berbahaya, penyakit ini merupakan penyakit serius menduduki

rangking dua dari seluruh penyakit keganasan kanker mulut rahim 65 – 79 % ditemukan pada stadium yang sudah lanjut. Ada beberapa faktor yang menyebabkan penyakit ini :

- 1) Riwayat keluarga menderita kanker payudara
- 2) Wanita umur > 40 tahun yang tidak mempunyai anak
- 3) Wanita yang tidak menikah
- 4) Wanita yang punya satu anak pada umur > 40 tahun
- 5) Menopause yang lambat (> 55 tahun)
- 6) Masa menyusui singkat
- 7) Pernah operasi tumor jinak
- 8) Riwayat trauma pada payudara
- 9) Konsumsi tinggi makanan berlemak

Usaha untuk meningkatkan angka ketahanan hidup dan keberhasilan penyembuhan ialah dengan menemukan kanker tersebut pada stadium “ Sedini Mungkin “ dengan cara :

1) SASARI (Pemeriksaan Payudara Sendiri)

Yang dapat dikerjakan oleh penderita sendiri untuk menemukan benjolan di payudara dengan perabaan tangan. Benjolan dapat

teraba pada ukuran minimal 1 cm². Pemeriksaan payudara yang teliti oleh dokter.

2) Pemeriksaan MAMOGRAFI

Adalah suatu alat kedokteran canggih dengan menggunakan foto roentgen khusus yang dipakai untuk mendeteksi secara dini adanya kanker payudara.

Keuntungan pemeriksaan :

- 1) Lesi kanker yang sangat kecil (2 mm) bisa diketahui secara dini, sehingga ramalan penyakit akan lebih baik dan penderita tidak perlu kehilangan payudara, hanya diperlukan operasi pengangkatan tumor saja.
- 2) Teknis pemeriksaan Mamografi yang sangat sederhana dan dalam waktu singkat (Proses pemotretan + 10 menit).
- 3) Validitas hasil pemeriksaan mencapai 80 % - 90 %

Waktu Pelayanan :

Setiap hari pada jam 07.00 WIB – selesai

6. Unit Pelayanan RS. PKU Muhammadiyah Surakarta

Unit pelayanan kesehatan yang ada di RS. PKU Muhammadiyah Surakarta saat ini termasuk lengkap, meliputi :

- a. Pelayanan Rawat Inap dan Rawat Jalan
 - 1) Instalasi Gawat Darurat
 - 2) Klinik Umum
 - 3) Klinik Penyakit Dalam
 - 4) Klinik Penyakit jantung
 - 5) Klinik Kebidanan dan Penyakit Kandungan
 - 6) Klinik Penyakit Anak dan Bayi Sehat
 - 7) Klinik Penyakit Telinga, Hidung, Tenggorokan (THT)
 - 8) Klinik Penyakit Mata
 - 9) Klinik Penyakit Kulit dan Kelamin

- 10) Klinik Penyakit Jiwa
 - 11) Klinik Penyakit Gigi dan Bedah Mulut
 - 12) Klinik Kardiologi
 - 13) Klinik Penyakit Syaraf
 - 14) Klinik Penyakit Paru
 - 15) Klinik Bedah Umum
 - 16) Klinik Bedah Tulang
 - 17) Klinik Bedah Urologi
 - 18) Klinik Bedah Plastik
 - 19) Klinik Bedah Anak
 - 20) Klinik Bedah Saluran Pencernaan
 - 21) Klinik Rehabilitasi Medik
 - 22) Kamar Operasi
 - 23) Kamar Bersalin
 - 24) Unit Perawatan Intensif
 - 25) Unit Perawatan Intensif Jantung
- b. Unit Penunjang Lainnya
- 1) Pembinaan Kerohanian Islam
 - 2) Immunisasi
 - 3) Konsultasi Psikologi
 - 4) Pelayanan KB
 - 5) Perpustakaan
 - 6) General Cek Up
 - 7) Bank
 - 8) Transportasi dan telepon
 - 9) Ambulance
 - 10) Senam Hamil & Pijat Bayi
 - 11) Kegiatan Kemasyarakatan
 - 12) Perawatan Jenazah Islami
 - 13) Konsultasi Gizi
 - 14) Wartel

- 15) Home Care
- 16) Khitanan Massal
- c. Unit Penunjang Pelayanan Medis
 - 1) Farmasi (24 jam)
 - 2) Laboratorium (24 jam)
 - 3) Radiologi
 - 4) Gizi
 - 5) Fisioterapi
 - 6) Rekam Listrik Jantung (EKG)
 - 7) Rekam Listrik Otak dan Pemetaan Otak (Brain Mapping)
 - 8) Rekam Sura Ultra (USG)
 - 9) Laparoscopi
 - 10) CTG (rekam janin)
 - 11) Endoscopi
 - 12) Haemodialisa
 - 13) CT. Scan

7. Sumber Daya Manusia di RS. PKU Muhammadiyah Surakarta

Upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia di RS. PKU Muhammadiyah Surakarta yang digerakkan bersama dari jajaran direksi hingga pegawai lini terdepan. Data personalia melaporkan bahwa RS. PKU Muhammadiyah Surakarta ini mempunyai 41 dokter. Sementara potensi lainnya berupa tenaga keperawatan juga relatif memadai. Sebagian besar diantaranya sudah berkualifikasi sebagai ahli madya keperawatan. Sedang hal senada juga berlaku pada bagian non medis, terutama pada bagian administratif dan pekerjaan umum.

Berikut data sumber daya manusia yang dimiliki RS. PKU Muhammadiyah Surakarta yaitu :

- a. Pegawai Tetap
 - 1) Tenaga Medis : 14 orang
 - 2) Tenaga Keperawatan : 258 orang
 - 3) Tenaga Non Medis : 302 orang

b. Pegawai Tidak Tetap

Tenaga Medis : 65 orang

RS. PKU Muhammadiyah Surakarta mempunyai beberapa dokter spesialis

- a. Dokter Anak
- b. Dokter Bedah Umum
- c. Dokter Bedah Anak
- d. Dokter Bedah Tulang
- e. Dokter Bedah Syaraf
- f. Dokter Bedah Onkologi
- g. Dokter Bedah Urologi
- h. Dokter Bedah Plastik
- i. Dokter Bedah Mulut
- j. Dokter Bedah Digestif
- k. Dokter Kebidanan & Penyakit Kandungan
- l. Dokter Penyakit Dalam
- m. Dokter Syaraf
- n. Dokter THT
- o. Dokter Mata
- p. Dokter Paru
- q. Dokter Kulit & Kelamin
- r. Dokter Jantung & Pembuluh Darah
- s. Dokter Rehabilitasi Medik
- t. Dokter Andrologi
- u. Dokter Patologi Anatomi
- v. Dokter Jiwa

B. Deskripsi Responden

Gambaran tentang deskripsi responden diperoleh dari data diri yang terdapat pada bagian data responden yang meliputi jenis kelamin, pendidikan terakhir, umur, dan pekerjaan yang disajikan pada tabel berikut.

Tabel IV.1

Deskripsi Responden Penelitian Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase
---------------	--------	------------

Laki-laki	40	40,0
Perempuan	60	60,0
Jumlah	100	100,0

Sumber: data primer yang diolah.

Tabel IV.1 di atas menunjukkan bahwa dari 100 responden, 40 % berjenis kelamin laki-laki dan 60 % berjenis kelamin perempuan. Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa kebanyakan responden penelitian ini adalah perempuan.

Tabel IV.2

Deskripsi Responden Penelitian Berdasarkan Pendidikan

Pendidikan	Jumlah	Persentase
SD	6	6,0
SMP	15	15,0
SMU	46	46,0
AKADEMI	5	5,0
SARJANA	26	26,0
LAINNYA	2	2,0
Jumlah	100	100,0

Sumber: data primer yang diolah.

Tabel IV.2 di atas menunjukkan bahwa dari 100 responden, sebagian besar responden yaitu 46 % mempunyai tingkat pendidikan terakhir SMU.

Tabel IV.3

Deskripsi Responden Penelitian Berdasarkan Umur

Umur	Jumlah	Persentase
< 20	12	12,0
20 – 29	34	34,0
30 – 39	24	24,0
40 – 49	18	18,0
>50	12	12,0
Jumlah	100	100,0

Sumber: data primer yang diolah.

Tabel IV.3 di atas menunjukkan bahwa dari 100 responden bahwa sebagian besar responden berumur 20 – 29 tahun sebanyak 34 %.

Tabel IV.4
Deskripsi Responden Penelitian Berdasarkan Pekerjaan

Pekerjaan	Jumlah	Persentase
PNS	8	8,0
TNI/POLRI	1	1,0
Wiraswasta	36	36,0
Buruh	4	4,0
Pelajar	13	13,0
Lainnya	38	38,0
Jumlah	100	100,0

Sumber: data primer yang diolah.

Tabel IV.4 di atas menunjukkan bahwa dari 100 responden bahwa sebagian besar responden tidak memiliki pekerjaan yang pasti dan hanya mengurus rumah tangga saja sebanyak 38 %.

C. Pengujian Instrumen

Diperoleh koefisien korelasi lebih dari r_{tabel} sebesar 0,195 ($n = 100$; $\alpha=5\%$) pada semua pertanyaan, sehingga semuanya dinyatakan valid (Sutrisno Hadi, 1991). Demikian juga dengan hasil pengujian reliabilitas, diperoleh koefisien *alpha cronbach* lebih dari 0,60 pada semua dimensi, sehingga dinyatakan reliabel. Dengan valid dan reliabel ini maka kuesioner layak digunakan untuk menjangar data penelitian. Hasil lebih terinci dari pengujian instrumen diuraikan berikut ini.

1. Uji Validitas

Hasil perhitungan korelasi *product moment* pada tiap item dalam dimensi kualitas pelayanan diperlihatkan pada tabel IV.5, terlihat korelasi yang diperoleh berkisar antara 0,4344 Sampai 0.9240, semuanya lebih dari 0.239. sehingga dinyatakan valid. (Sutrisno Hadi, 1991).

Tavel IV.5
Hasil Uji Validitas

Dimensi	Item	r _{hitung}		r _{tabel}	Ket
		Keyakinan	Harapan		
Keandalan (X ₁)	1	0,716	0,763	0,195	Valid
	2	0,798	0,800	0,195	Valid
	3	0,809	0,509	0,195	Valid
	4	0,710	0,578	0,195	Valid
Ketanggapan (X ₂)	1	0,813	0,621	0,195	Valid
	2	0,845	0,714	0,195	Valid
	3	0,881	0,520	0,195	Valid
	4	0,698	0,630	0,195	Valid
Keyakinan (X ₃)	1	0,778	0,704	0,195	Valid
	2	0,749	0,735	0,195	Valid
	3	0,740	0,611	0,195	Valid
	4	0,671	0,416	0,195	Valid
Keberwujudan (X ₄)	1	0,649	0,539	0,195	Valid
	2	0,835	0,652	0,195	Valid
	3	0,704	0,747	0,195	Valid
	4	0,694	0,583	0,195	Valid
Empati (X ₅)	1	0,857	0,833	0,195	Valid
	2	0,815	0,717	0,195	Valid
	3	0,804	0,706	0,195	Valid
	4	0,726	0,686	0,195	Valid
Kepuasan pasien (Y)	1	0,717	-	0,195	Valid
	2	0,749	-	0,195	Valid
	3	0,751	-	0,195	Valid
	4	0,825	-	0,195	Valid
	5	0,728	-	0,195	Valid

Sumber: Hasil pengolahan data primer, 2010.

2. Uji Reliabilitas

Hasil pengujian reliabilitas dengan alpha cronbach menghasilkan koefisien alpha lebih dari 0,60 pada semua dimensi kualitas pelayanan, berarti kuesioner memiliki konsistensi dan keandalan maksud yang baik. Berdasarkan kemampuan ini kuesioner dinyatakan reliabel, (Suharsimi, 2002).

Tabel IV.6

Hasil Uji Reliabilitas

Dimensi	Alpha		Nilai Kritis	Ket
	Keyakinan	Harapan		
Keandalan (X ₁)	0,751	0,695	0,60	Reliabel
Ketanggapan (X ₂)	0,827	0,674	0,60	Reliabel
Keyakinan (X ₃)	0,714	0,678	0,60	Reliabel
Keberwujudan (X ₄)	0,686	0,704	0,60	Reliabel
Empati (X ₅)	0,812	0,714	0,60	Reliabel
Kepuasan pasien (Y)	0,804	-	0,60	Reliabel

Sumber: Hasil pengolahan data primer, 2010.

D. Analisis Gap

Respon pasien rawat inap terhadap kualitas pelayanan kesehatan di PKU Muhammadiyah Surakarta mencakup dimensi keandalan, ketanggapan, keyakinan, keberwujudan dan empati, masing-masing diukur dengan empat butir pertanyaan dengan skala jawaban 1 (Sangat Tidak Setuju – disingkat STS) sampai 5 (Sangat Setuju – disingkat SS).

Tabel IV.6

Analisis Gap

	Item	Keyakinan						Harapan						Gap
		STS	TS	N	S	SS	Jml	STS	TS	N	S	SS	Jml	
Keandalan	1	0	3	26	59	12	380	0	0	1	52	47	446	
	2	0	2	16	62	20	400	0	0	2	58	40	438	
	3	0	4	9	54	33	416	0	0	2	83	15	413	
	4	0	6	18	59	17	387	0	0	0	70	30	430	
	Rata-rata						395.8	Rata-rata						
Rata-rata						3.96	Rata-rata						4.32	-0.36
Ketanggapan	1	0	4	12	63	21	401	0	0	1	42	57	456	
	2	0	4	16	51	29	405	0	0	2	57	41	439	
	3	0	4	11	53	32	413	0	0	1	84	15	414	
	4	0	0	17	60	23	406	0	0	0	77	23	423	
	Rata-rata						406.3	Rata-rata						
Rata-rata						4.06	Rata-rata						4.33	-0.27
Keyakinan	1	0	5	18	58	19	391	0	0	0	54	46	446	
	2	0	6	18	40	36	406	0	0	1	53	46	445	
	3	0	5	11	55	29	408	0	0	1	50	49	448	
	4	0	0	16	55	29	413	0	0	1	80	19	418	
	Rata-rata						404.5	Rata-rata						
Rata-rata						4.05	Rata-rata						4.39	-0.35
Keberwujudan	1	0	8	21	57	14	377	0	0	0	82	18	418	
	2	0	5	18	58	19	391	0	0	0	40	60	460	
	3	0	6	18	40	36	406	0	0	1	61	38	437	
	4	0	5	11	55	29	408	0	0	0	83	17	417	
	Rata-rata						395.5	Rata-rata						
Rata-rata						3.96	Rata-rata						4.33	-0.38
Empati	1	0	4	20	64	12	384	0	0	0	46	54	454	
	2	0	2	25	58	15	386	0	0	0	63	37	437	
	3	0	4	31	56	9	370	0	0	1	55	44	443	
	4	0	2	29	54	15	382	0	0	1	39	60	459	
	Rata-rata						380.5	Rata-rata						
Rata-rata						3.81	Rata-rata						4.48	-0.68

Sumber: Pengolahan data primer, 2010.

Rata-rata respon tersebut kemudian diklasifikasikan agar lebih mudah diinterpretasikan, dalam rentang rata-rata dari terkecil sebesar 1 sampai dengan terbesar sebesar 5 memiliki interval :

$$\begin{aligned} \text{Interval} &= (\text{Skor tertinggi} - \text{Skor terendah}) / \text{Jumlah kelompok} \\ &= (5 - 1) / 5 \\ &= 0.8 \text{ (Sri Mulyono, 1991:9)} \end{aligned}$$

Sehingga diperoleh klasifikasi jawaban :

Interval	Klasifikasi
1 – 1,8	Sangat rendah
> 1,8 – 2,6	Rendah
> 2,6 – 3,4	Sedang
> 3,4 – 4,2	Tinggi
> 4,2 – 5	Sangat tinggi

Dalam tabel IV.6 terlihat rata-rata dimensi pelayanan pada keyakinan berkisar dari 3,70 sampai dengan 4,16, semuanya termasuk dalam klasifikasi tinggi. Berarti pasien RS PKU Muhammadiyah Surakarta sudah menilai baik terhadap pelayanan yang ada. Meskipun demikian bila skor keyakinan dibandingkan dengan skor harapan terlihat masih dibawah harapan. Dalam

tabel tersebut terlihat rata-rata pada harapan yang berkisar dari 4,13 sampai 4,60, termasuk dalam klasifikasi sangat tinggi.

Selisih (*Gap*) antara keyakinan dengan harapan menjelaskan tingkat kepuasan pasien, kepuasan paling rendah terjadi pada saat kinerja jauh dibawah harapan, yaitu saat kinerja minimal (1) sedangkan harapan maksimal (5), nilainya sebesar $1 - 5 = -4$. Sebaliknya kepuasan paling tinggi terjadi pada saat kinerja jauh melampaui harapan, yaitu saat kinerja maksimal (5) sedangkan harapan minimal (1), nilainya sebesar $5 - 1 = 4$. Rentang kepuasan -4 sampai dengan terbesar sebesar 4 memiliki interval :

$$\begin{aligned} \text{Interval} &= (\text{Skor tertinggi} - \text{Skor terendah}) / \text{Jumlah kelompok} \\ &= (4 - (-4)) / 5 \\ &= 1,6 \text{ (Sri Mulyono, 1991:9)} \end{aligned}$$

Sehingga diperoleh klasifikasi kepuasan :

Interval	Klasifikasi
----------	-------------

-4 s/d -2,4	Sangat rendah
> -2,4 s/d -0,8	Rendah
> -0,8 s/d 0,08	Sedang
> 0,8 s/d 2,4	Tinggi
> 2,4 s/d 4	Sangat tinggi

Dalam tabel IV.6 terlihat rata-rata kinerja dari semua dimensi pelayanan sebesar 3,97 sedangkan harapannya 4,37, sehingga menghasilkan *gap* atau tingkat kepuasan sebesar $3,97 - 4,37 = -0,41$. Dalam klasifikasi kepuasan *gap* ini termasuk dalam klasifikasi sedang, berarti pelayanan yang ada di RS PKU Muhammadiyah Surakarta biasa saja atau moderat.

E. Uji Asumsi Klasik

Uji asumsi klasik terdiri dari uji normalitas, uji heterokedastisitas dan uji multikolinieritas yang digunakan untuk mengetahui ada tidaknya penyimpangan terhadap asumsi klasik.

1. Uji Normalitas

Untuk uji normalitas bertujuan untuk menguji apakah dalam model regresi, variabel pengganggu atau residual memiliki distribusi normal. Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji statistik non parametrik *Kolmogorov-Smirnov Test* (K-S). Berdasarkan uji *Kolmogorov-Smirnov Test* diketahui bahwa signifikasinya lebih dari 0,05 berarti menunjukkan keadaan yang tidak signifikan. Hal ini berarti H_0 diterima, yang artinya bahwa data residual berdistribusi normal.

Tabel IV.7

Hasil Uji Normalitas

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Unstandardized Residual
N		100
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	.0000000
	Std. Deviation	1.21341507
Most Extreme Differences	Absolute	.098
	Positive	.059
	Negative	-.098
Kolmogorov-Smirnov Z		.977
Asymp. Sig. (2-tailed)		.295

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Sumber : Data Primer yang telah Diolah.

2. Uji Heterokedastisitas

Heterokedastisitas merupakan suatu asumsi kritis dari model linier klasik, yaitu gangguan U_i merupakan variasi yang sama. Jika asumsi ini tidak dipenuhi dalam suatu model linier maka model dalam penelitian tersebut kurang valid.

Tabel IV.8
Hasil Uji Heterokedastisitas

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.286	.584		2.202	.030
	X1	.005	.049	.017	.111	.912
	X2	-.025	.049	-.087	-.509	.612
	X3	-.101	.074	-.338	-1.362	.176
	X4	.140	.079	.476	1.764	.081
	X5	-.036	.044	-.116	-.806	.422

a. Dependent Variable: ABSRES_1

Sumber : Data olahan SPSS.

Dari tabel diatas diketahui nilai signifikansi lebih dari 0,05 %, sehingga nilai *P. Value* dari variabel kualitas pelayanan ternyata tidak ada yang signifikan, hal ini berarti tidak terjadi heterokedastisitas atau dapat dikatakan model regresi telah lolos uji heterokedastisitas.

3. Uji Multikolinieritas

Salah satu cara untuk melihat ada tidaknya multikolinieritas, dapat dilihat dari nilai *tolerance* dan nilai *variance inflation factor* (VIF). Ketentuannya adalah apabila nilai *tolerance* variabel kualitas pelayanan kurang dari 0,10 dan nilai VIF lebih dari 10, dapat dikatakan terjadi multikolinieritas. Sebaliknya apabila nilai kualitas pelayanan lebih dari 0,10 dan nilai VIF kurang dari 10, dapat dikatakan tidak terjadi multikolinieritas.

Tabel IV.9
Hasil Uji Multikolinieritas

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta	Tolerance	VIF
1	(Constant)	2.046	1.070			
	X1	.364	.090	.298	.416	2.403
	X2	.387	.090	.344	.349	2.865
	X3	-.571	.136	-.490	.165	6.047
	X4	.754	.145	.658	.140	7.143
	X5	.161	.081	.134	.493	2.028

a. Dependent Variable: Y

Hasilnya menunjukkan bahwa kualitas pelayanan menunjukkan nilai *tolerance* lebih dari 0,10 dan nilai VIF kurang dari 10. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa model regresi tersebut lolos dari uji multikolinieritas.

F. Pengujian Hipotesis

1. Tingkat kesesuaian antara harapan pasien rawat inap terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta

Uji kepuasan digunakan model indeks kepuasan yang merupakan model pengukuran kepuasan yang digunakan sebagai model dasar dengan menggunakan harapan yang akan datang dan keyakinan yang ada pada RS PKU Muhammadiyah Surakarta. Skala yang digunakan adalah Skala Likert yaitu skala berjenjang dari nilai 1 sampai dengan 5 dengan pertanyaan tertutup dari tidak setuju sampai sangat setuju, dengan asumsi bahwa setiap orang akan memilih jawaban condong kekiri atau kekanan, hal ini untuk menghindari kecenderungan orang memilih netral.

Analisis deskriptif ini menjelaskan tentang kualitas pelayanan terhadap kepuasan pasien rawat inap, penilaian tingkat kepuasan tersebut didasarkan pada hasil tanggapan responden terhadap tingkat harapan dan keyakinan. Jumlah responden yang diambil berjumlah 100 orang. Setelah dilakukan pembobotan dengan skor yang telah ditentukan, maka dapat ditentukan hasil ratio tingkat kesesuaian kedua data tersebut tentang harapan yang akan datang dengan keyakinan atau kenyataan yang ada di RS PKU Muhammadiyah Surakarta saat ini. Hasil ini menunjukkan bahwa nilai tingkat kepentingan lebih tinggi dari pada nilai kinerja, sehingga menghasilkan nilai rasio kesesuaian sebesar 102,30 %. Kondisi ini menunjukkan bahwa konsumen merasakan kondisi sangat puas.

Tabel IV.10

Hasil Total Tanggapan Responden Tentang Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap

Dimensi	Keyakinan	Harapan	P<I	P>I	
Keandalan	1583	1727	-	109.10	Sangat puas
Ketanggapan	1625	1732	-	106.58	Sangat puas
Keyakinan	1618	1757	-	108.59	Sangat puas
Keberwujudan	1582	1732	-	109.48	Sangat puas
Empati	1522	1793	-	117.81	Sangat puas
Total	7930	8741			

Sumber : Data primer yang telah diolah, 2010.

Hasil tersebut menunjukkan bahwa total nilai keyakinan atau kenyataan yang ada lebih rendah dari pada harapan yang akan datang. Dengan hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa tanggapan responden terhadap kualitas pelayanan adalah sangat puas.

2. Pengaruh yang signifikan kualitas pelayanan terhadap kepuasan pasien pada Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta

a. Uji F

Uji F ini bertujuan untuk menguji apakah variabel independen secara bersama-sama mampu mempengaruhi besarnya variabel dependen secara nyata/ signifikan atau tidak. Dari hasil perhitungan dengan menggunakan program bantu SPSS, diketahui besarnya $F = 70,155$ sedangkan nilai F_{tabel} dengan menggunakan $\alpha = 0,05$ dan $df_1 = 5$; $df_2 = 94$ ($F_{(0,05;5;94)}$), diperoleh nilai F_{tabel} sebesar 2,29. Secara bersama-sama variabel keandalan, ketanggapan, keyakinan, keberwujudan dan empati mempengaruhi kepuasan pasien rawat inap RS PKU Muhammadiyah Surakarta.

Tabel IV.11

Uji F

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	543.945	5	108.789	70.155	.000 ^a
	Residual	145.765	94	1.551		
	Total	689.710	99			

a. Predictors: (Constant), X5, X2, X1, X3, X4

b. Dependent Variable: Y

b. Uji t

Uji t merupakan uji kecocokan model secara individu variabel kualitas pelayanan yang meliputi dimensi keandalan, ketanggapan, keyakinan, keberwujudan dan empati. Suatu variabel independen berpengaruh terhadap variabel dependen dilihat dari nilai signifikansi uji t. Nilai itu dikatakan signifikan jika tingkat signifikansi $< 0,05$.

Tabel IV.11

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2.046	1.070		1.912	.059
	X1	.364	.090	.298	4.059	.000
	X2	.387	.090	.344	4.280	.000
	X3	-.571	.136	-.490	-4.205	.000
	X4	.754	.145	.658	5.191	.000
	X5	.161	.081	.134	1.989	.050

^a. Dependent Variable: Y

$$Y = 2,046 + 0,364 X_1 + 0,387 X_2 - 0,571 X_3 + 0,754 X_4 + 0,161 X_5$$

Hasil pengujian ini menunjukkan bahwa jalur yang dianalisis memiliki pengaruh yang signifikan, terlihat dari besarnya tingkat signifikansi yang lebih kecil dari 0,05.

1. Konstan 2,046, yang berarti konstanta bernilai positif menunjukkan bahwa apabila tidak ada faktor keandalan (X1), ketanggapan (X2), keyakinan (X3), keberwujudan (X4), empati (X5). Maka masih ada kepuasan pasien rawat inap (Y). dengan demikian dapat diketahui bahwa kepuasan pasien rawat inap tidak hanya dipengaruhi oleh faktor Keandalan, ketanggapan, keyakinan, keberwujudan dan empati.
2. Variabel keandalan nilai positif menunjukkan bahwa adanya hubungan searah yang signifikan antara faktor keandalan (X1) terhadap kepuasan pasien rawat inap (Y). artinya apabila keandalan pelayanan semakin baik kepuasan pasien juga akan semakin baik
3. Variabel ketanggapan ada pengaruh yang signifikan terhadap kepuasan pasien rawat inap, artinya apabila ketanggapan pelayanan di tingkatkan, maka kepuasan pasien rawat inap akan mengalami peningkatan
4. Variabel keyakinan menunjukkan nilai negatif maka keyakinan pasien akan turun, dengan asumsi variabel keandalan, keyakinan, keberwujudan, dan empati yang dianggap konstan
5. Variabel keberwujudan menunjukkan nilai positif, yaitu terdapat hubungan searah yang signifikan antara keberwujudan terhadap

kepuasan pasien rawat inap, artinya keberwujudan baik maka kepuasan pasien rawat inap meningkat

6. Variabel empati menunjukkan nilai positif, yaitu terdapat hubungan signifikan antara variabel empati terhadap kepuasan pasien rawat inap, artinya jika empati pelayanan semakin baik maka kepuasan pasien rawat inap meningkat.

c. *R Square*

Dari Tabel IV.12 dapat dilihat tentang nilai korelasi atau hubungan antara variabel dependen (Y) dengan variabel independen (X).

Tabel IV.12

R Square

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.888 ^a	.789	.777	1.24527

a. Predictors: (Constant), X5, X2, X1, X3, X4

b. Dependent Variable: Y

Nilai secara umum (R) sebesar 0,888, sedangkan nilai *R square* yang telah disesuaikan (*adjusted R square*) sebesar 0,789. Ini artinya bahwa 78,9 % variabel dependen (kepuasan pasien) dapat dijelaskan oleh variabel independennya (dimensi keandalan, ketanggapan, keyakinan, keberwujudan dan empati). Sisanya sebesar 21,1 % dipengaruhi oleh variabel lain yang tidak diikutsertakan dalam model penelitian ini.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

1. Berdasarkan analisis gap dimensi pelayanan secara keseluruhan, kesesuaian antara pelayanan yang diberikan oleh RS PKU Muhammadiyah Surakarta dengan harapan pasien terdapat *gap*/ tingkat kepuasan sebesar (-0,36), skor ini dikategorikan dalam kelompok sedang, meskipun belum sepenuhnya memenuhi harapan pasien tetapi pelayanan yang diberikan sudah cukup baik.
2. Berdasarkan hasil analisis regresi diatas dapat disimpulkan bahwa semua variabel dari dimensi kualitas pelayanan (keandalan, ketanggapan, keyakinan, keberwujudan dan empati) secara bersama-sama memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan pasien rawat inap RS PKU Muhammadiyah Surakarta. Hasil tersebut menunjukkan bahwa hipotesis alternatif (H_a) dapat diterima dan hipotesis nihil (H_0) ditolak, pengaruhnya yang paling besar adalah variabel keberwujudan (5,191) diikuti ketanggapan (4,280), keandalan (4,059), empati (1,989), dan keyakinan (-4,205) terhadap kepuasan pasien rawat inap RS PKU Muhammadiyah Surakarta. Hasilnya adalah R^2 sebesar (0,789) menunjukkan bahwa 78,9 % variabel kepuasan pasien dapat dijelaskan oleh kualitas pelayanan yaitu keandalan, ketanggapan, keyakinan, keberwujudan dan empati sedangkan sisanya 21,1 % lainnya dijelaskan variabel lain yang tidak termasuk dalam model penelitian ini.
3. Berdasarkan hasil analisis *gap* (kesesuaian antara harapan dengan keyakinan) tiap dimensi, dapat disimpulkan variabel yang paling memuaskan pasien diantara variabel yang ada yaitu variabel yang memiliki tingkat kepuasan terbesar atau *gap* paling kecil yaitu variabel

empati (-0,63) skor ini dikategorikan sedang dan paling baik, dapat dikatakan bahwa variabel empati ini sudah cukup baik, kemudian variabel selanjutnya diikuti variabel keberwujudan (-0,38), variabel keandalan

(-0,36), variabel keyakinan (-0,35), dan yang terakhir variabel ketanggapan (-0,27). Meskipun belum sepenuhnya pelayanan yang diberikan sesuai harapan, tetapi pelayanan RS PKU Muhammadiyah Surakarta sudah cukup baik dan agar terus ditingkatkan.

B. Saran

1. Untuk meningkatkan kualitas layanan agar lebih mempertahankan tingkat layanan yang memuaskan, pihak RS PKU Muhammadiyah Surakarta sebaiknya tetap mempertahankan kondisi seperti pada dimensi empati, dimensi ini memiliki tingkat kepuasan pelanggan terbesar karena mempunyai *gap* terkecil (-0,68) dibanding dengan dimensi yang lain tetapi dimensi lain juga perlu diperhatikan agar lebih ditingkatkan pelayanannya.
2. Item-item yang masih kurang pelayanannya atau yang mempunyai *gap* paling besar di masing-masing dimensi kualitas agar selalu diperhatikan dan ditingkatkan pelayanannya agar memuaskan pasien, pada dimensi keyakinan yang mempunyai *gap* terbesar (-0,27).
3. RS PKU Muhammadiyah Surakarta perlu secara rutin mengamati pelayanannya agar dapat mempertahankan kelebihan-kelebihan yang ada dan selalu meningkatkan kualitas pelayanan pada variabel-variabel yang masih kurang penilaiannya atau menurut penilaian pasien belum sesuai dengan yang diharapkan oleh pasien, hal ini bisa dilakukan dengan lebih memperhatikan terhadap kebutuhan dan keinginan pasien, peningkatan fasilitas sarana dan prasarana, jaminan rasa aman, nyaman, dan kepercayaan serta pelayanan yang dijanjikan secara cepat, akurat dan pasti sehingga akan meningkatkan kepuasan pasien.

4. Semua unsur dimensi kualitas pelayanan diatas mempunyai pengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan pasien rawat inap sehingga RS PKU Muhammadiyah Surakarta perlu memperhatikan lebih khusus dimensi-dimensi tersebut serta mencari terobosan baru yang dapat meningkatkan kepuasan pasien rawat inap.

DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, R. Joanna K, dkk. 2009. *Equity in Health Service, Emperical Analysis in Social Policy*. Mass Ballinger Publishing Campany. Cambrige.
- Arikunto, S. 199. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Assauri, S. 2003. *Customer Service yang Baik Landasan Pencapaian Customer Satisfaction dalam Usahawan*, No. 01, Tahun XXXII, Januari, hal.25-30: Jakarta.
- Aviliani dan Wilfidrus, 1997. “*Membangun Kepuasan Pelanggan Melalui Kualitas Pelayanan*”. Usahawan No.05 Tahun XXVI, Mei.
- Azwar, S. 1996. *Reliabilitas dan Validitas*. Edisi ketiga. Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Azwar, Azrul H. 1996. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Azis Slamet Wiyono dan M. Wahyuddin. (2005). *Studi Tentang Kualitas Pelayanan dan Kepuasan Konsumen di Rumah Sakit Islam Manisrenggo Klaten*, Surakarta: Program Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Budiyanto, FX. 1991. *Pelayanan Pelanggan yang Ber,utu, Seni Melakukan Pelanggan Sebagai Tamu*. Jakarta: Binarupa Aksara
- Djarwanto Ps dan Pangestu Subagyo. 1999. *Statistik Induktif*. BPFE, Yogyakarta.
- Donabedian, A. 2000. *Exprolation in Quality Assesment and Monitoring*. Arbor Michigan: Health Administration Press.

- Dwiyanto, A. 2002. *Reformasi Birokrasi Publik di Indonesia*. Yogyakarta: Pusat Studi Kependudukan UGM.
- Gibson, JL. et.al. 2007. *Organisasi dan Manajemen Perilaku, Struktur, Proses*. Jakarta: Erlangga
- Goldberg, A. 1996. *Hospital Departemen Profil*. USA: American Hospital Publishing, Co. INC.
- Gonzales, 2007. *Cultur, Diseas and Healing Studies in Medical Anthropology*. New York: Millan Publishing, Co. INC.
- Ghozali, I. 2005. *Metode Penelitian Bisnis*, Bagian Penerbitan FE-UNDIP, Semarang.
- Gujarati, D. 1997. *Ekonometrika Dasar*, PT. Gelora Aksara, Jakarta
- Ibrahim, B. 1997. *“TQM, Panduan Untuk Menghadapi Pasar Global”* Penerbit Djambatan, Jakarta.
- John, J., 1992. *Patient Satisfaction: The Impact of Past Exdperience*. JHCM. Vol 12. No. 3. pp 56-64.
- Jacobalis, S. 1995. *Liberalisasi Bisnis Jasa Kesehatan dan Dampaknya Bagi Rumah Sakit Indonesia*. Jakarta: IRSJAM XXXVII.
- Kotler, P. 2000. *Manajemen Pemasaran : Analisis, Perencanaan, Implementasi dan Pengendalian*, diindonesiakan oleh Ancella Aniwati Hermawan, Salemba Empat : Prentice Hall Edisi Indonesia.
- Rijanto, S. 1994. *“Tantangan Industri Rumah Sakit Indonesia tahun 2020”*. *Jurnal Kajian Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: UI Press.
- Singarimbun, M.; dan Effendi, S.(eds.). 1997. *Metode Penelitian Survei*. LP3ES: Jakarta.
- Sugiyono, 2001. *Metodologi Penelitian Bisnis*, Alfabeta, Bandung.
- Sutrisno, H, 1992. *Analisis Butir Untuk Instrumen Angket, Tes, dan Skala Nilai dengan BASICA*. Edisi Pertama, cetakan pertama. Penerbit Andi Offset, Yogyakarta.
- Sumarwanto, E. 1994. *“Standar Perilaku Sebagai Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan”*. *Cermin Dunia Kedokteran*. No. 19. Jakarta.

- Supranto, J. 2006. *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan untuk Menangkap Pangsa Pasar*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Snook, JR. D. 2001. *Hospital What They are and How They Work*. Maryland London: An Aspen Publication Rock Ville,
- Thoah, M. 2002. *Perilaku Organisasi*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Tjiptono, F. 2000. *Strategi Pemasaran*, Andi Offset, Yogyakarta
- Utama, S. 2005. "Memahami Fenomena Kepuasan Pasien Rumah Sakit". *Jurnal Manajemen Kesehatan*. 09 (1), 1-7.
- Waworuntu, B. 1997. *Dasar-dasar Keterampilan Abdi Negara Melayani Masyarakat*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Zeithaml V.A., A. Parasuraman, and L.L. Berry (1990) "*Delivery Quality Service Balancing Customer Perceptions and Expectation*". New York: The Free Press P. 46.